

ARCH ITAL UROL ANDROL

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

Vol. 85; n. 3, Supplement 1, September 2013

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

XXIX Congresso Nazionale SIA

LA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA
tra Cultura, Scienza e Comunicazione

18-21 Settembre 2013
Firenze - Auditorium CTO

Presidente SIA
Furio Pirozzi Farina

Presidente del Congresso
Paolo Turchi

Presidente Onorario
Marco Carini





Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

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

Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP

Indexed in

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



Presentazione al volume degli Abstract

XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia

L'Archivio Italiano di Urologia ed Andrologia, da quest'anno organo ufficiale della Società Italiana di Andrologia, è lieto di ospitare in questo numero speciale gli abstract selezionati per il nostro XXIX Congresso Nazionale. Pubblicare il volume degli abstract in una rivista di impatto internazionale, recensita su PubMed, è doppiamente motivo di orgoglio: per chi ha reso ciò possibile, strutturando la partnership scientifica tra SIA e l'Archivio Italiano, e per tutti i Soci che, inviando contributi scientifici di ottima qualità, hanno dimostrato di meritare pienamente la maggiore visibilità internazionale che l'Archivio Italiano garantisce.

Se da un lato il lusinghiero livello qualitativo degli abstract è merito soprattutto della Commissione Scientifica, che ha saputo selezionare temi di grande interesse e quindi stimolare gli Andrologi Italiani ad inviare i loro migliori elaborati, dall'altro è un vanto del Comitato Esecutivo il fatto che le attività dell'odierna Società Italiana di Andrologia non siano riducibili alla mera ricerca scientifica di settore. Infatti, i contributi scientifici raccolti in questo volume, per quanto siano tutti di elevato pregio e di autorevole firma, non rendono giustizia all'odierna SIA, alla sua capacità di aprirsi a tematiche sociali e culturali, alla sua propensione verso gli aspetti concreti della professione dell'Andrologo, come risulterà evidente a chi vorrà analizzare l'attività dell'Esecutivo SIA nell'ultimo triennio, ed il programma scientifico di questo XXIX Congresso Nazionale.

Del resto, la lettura di un abstract non è che il preludio ad un ben più corposo ed interessante approfondimento scientifico, che sia questo una relazione a congresso o un manoscritto in extenso. Allo stesso modo, questo volume degli abstract non è che un invito, da diffondere con fierezza, a vivere con intensità e passione la vita della nostra amata SIA, ed aiutarla a dare voce alle discipline andrologiche nella società civile contemporanea, o per dirla con il motto del Congresso, a promuovere l'Andrologia "tra Cultura, Scienza e Comunicazione".

Ferdinando Fusco (SIA Editor-in-Chief)
Furio Pirozzi Farina (Presidente SIA)

Discorso inaugurale Presidente S.I.A.

Autorità, Gentili Signore e Signori, Illustri Colleghi e Cari Amici,

Vi ringrazio per aver voluto essere presenti all'inaugurazione di questo 29° Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia, accolti, grazie alla Municipalità di Firenze, in questa splendida sala, creata in un solo anno: il 1494; nello stesso arco di tempo in cui noi, con molti affanni e non certo con paragonabile magnificenza, riusciamo ad organizzare il nostro Congresso.

Dal 18 al 21 settembre saremo ospiti del Dottor Paolo Turchi, Coordinatore della Sezione Toscana-Umbria-Liguria della SIA e Presidente del Congresso, e del Prof Marco Carini, Ordinario di Urologia dell'Università di Firenze, qui nella veste di Presidente Onorario.

Quest'anno, il tema conduttore della nostra Assise sarà: La Società Italiana di Andrologia tra Cultura, Scienza e Comunicazione. Quest'espressione vorrebbe sintetizzare tanto l'attività della Sezione Toscana-Umbria-Liguria della SIA, che quest'anno organizza il Congresso Nazionale, quanto quella espressa dalla Società Italiana di Andrologia nel contesto socio-culturale Nazionale.

Per cogliere quest'obiettivo, la Commissione Scientifica, coadiuvata dal Presidente del Congresso e dal Comitato Esecutivo, ha cercato di realizzare un evento stimolante, sia in ordine ai temi trattati, sia all'impostazione fortemente formativa che caratterizza, forse per la prima volta, il Congresso Nazionale.

Eredi di una tradizione andrologica fortemente ispirata ai temi dell'infertilità maschile, il Presidente del Congresso ed il Consiglio di Coordinazione della Sezione Toscana-Umbria-Liguria, hanno proposto quest'argomento come pietra d'angolo del 29° Congresso della Società Italiana di Andrologia. Le più recenti acquisizioni sul fattore maschile d'infertilità di coppia, saranno quindi compiutamente discusse sia nelle sessioni plenarie, sia nell'ambito dei Corsi Formativi.

Quest'orientamento, tuttavia, non ha fatto trascurare, alla nostra attenta Commissione Scientifica, l'opportunità di svolgere approfonditamente i più attuali temi di chirurgia andrologica e protesica e le terapie farmacologiche: quelle nuove e quelle che si affacciano nell'immediato futuro dell'andrologia.

Sono stati altresì affrontate, in maniera originale, alcune problematiche emergenti e con le quali dovrà confrontarsi la Società Italiana di Andrologia.

Tra le molte, qui mi piace anticiparVi il percorso, intrapreso dalla nostra Società, per mettere i Soci che lo vorranno, nella condizione di avere un ruolo fattivo nella prevenzione della crescita dell'odioso fenomeno dello stalking; e, ancora, le proposte per affrontare le incongruenze che emergono dall'attuale normativa sull'assicurazione professionale in ambito andrologico; ed infine, i migliori consigli per districarsi tra le molte incertezze interpretative, in ambito giudiziale, sulla definizione delle responsabilità professionali dell'andrologo.

In questo 29° Congresso, come peraltro negli altri due Congressi svolti durante il mio mandato, si è data adeguata ospitalità alle Società Scientifiche a noi affini o ai loro delegati, anche coinvolgendoli, con una formula proficua oltretutto innovativa, nella preparazione e nella conduzione di quei Corsi, che la nostra Commissione Scientifica ha ritenuto più consoni alle peculiarità scientifiche e professionali di ciascuna singola Società.

Sarà questo anche il Congresso che vedrà esaurirsi il mio mandato. Un'esperienza da me vissuta molto intensamente. Come lo è ogni sfida che l'individuo lancia a se stesso in epoca senile. È stato per me un onore compiere questo percorso, oneroso e, tuttavia, ricco di sapori nuovi e di emozioni particolari. Al di là dei consuntivi, che altri vorranno trarre, concludo questa mia esperienza con un bilancio che reputo soddisfacente per la nostra Società e, conseguentemente, per me.

Un'altra epoca si inaugura, qui a Firenze, per la Società Italiana di Andrologia. Io mi auguro che sia all'insegna di un rinnovamento in uomini, idee e proposte, tanto da poter far rifiorire, in quelli meno giovani di noi, nuove speranze, per continuare a tenere alte le insegne di questa nostra Società, che tanto ancora merita di dire e di dare alla scienza ed alla popolazione.

A questo punto, anche quest'anno, nel ringraziare tutti, voglio menzionare quanti ho avuto particolarmente vicini, personalmente ed in questa mia attività istituzionale.

E quindi:

un sentito ringraziamento lo porgo al Presidente del Congresso Dott. Paolo Turchi ed al Presidente Onorario Prof. Marco Carini, per quanto si sono voluti dedicare a questo evento.

Ringrazio tutto il Comitato Esecutivo per l'apporto dato per la buona riuscita di questo Congresso, e per l'avermi supportato e sopportato nel triennio di questo mio mandato. Un ringraziamento personale e particolare lo devo ad Alessandro Palmieri, che in più di un'occasione si è preso cura, con capacità, di molti oneri che mi sarebbero stati propri.

Un doveroso ringraziamento lo rivolgo al nostro Tesoriere: "la quota rosa" di questo CE.

Ringrazio il Dott. Mauro Silvani ed il Consiglio delle Sezioni Regionali per le sempre preziose osservazioni.

Un apprezzamento particolare va alla nostra brillante e capace Commissione Scientifica, sempre ben guidata dal Professor Giovanni Muzzonigro, che ha sapientemente e saggiamente composto la parte scientifica anche di questo Congresso e con la quale ho avuto una franca e proficua collaborazione durante tutto il mio mandato.

Ringrazio l'Avvocato Stefano Rinaldi ed il Dottor Fabio Porfiri, per essermi stati vicini con le loro grandi competenze professionali, oltre che per la disponibilità con la quale mi hanno assistito nell'affrontare e superare i molti problemi incontrati nella conduzione legale ed amministrativa della Società.

Anche quest'anno, e come sempre, la Signora Simona Santopadre, responsabile di SIA Servizi, ha brillantemente curato l'organizzazione non solo del Congresso, ma anche dei Corsi che, sotto l'egida di SIA, hanno caratterizzano questo mio terzo anno di mandato.

Grazie alla Signora Valentina Salvo, recente bis mamma, per avermi assistito sempre con premuroso affetto e competenza, e per aver prestato la sua esperienza e disponibilità a chi a lei si è rivolto per ogni problematica di Segreteria.

Rivolgo un affettuoso ringraziamento alla signora Emma Milani, da me a volte non sufficientemente lodata per il suo lavoro prezioso sempre svolto con misurata modestia, in particolare nei lunghi mesi nei quali, da sola, ha retto le sorti della segreteria. Ed ancora non posso non ricordare l'apprezzato lavoro di tanti anni della Signora Valentina Pisacane, sacrificata alle contingenze di bilancio della nostra Società.

Voglio infine ringraziare lo staff di Emilia Viaggi ed il Sig. Vallisi, con il quale ci siamo reciprocamente sostenuti in questi anni, oltretutto in quest'ultimo impegno fiorentino.

Infine, com'è mio costume, ma oggi ancor più che per il passato, non posso non ringraziare, citandole singolarmente, le Aziende che, pur in maniera diversa, mi hanno accompagnato in questo triennio di presidenza, e quelle che, con la loro presenza a questo Congresso, hanno voluto dimostrare la loro fiducia nei confronti della Società Italiana di Andrologia.

E quindi:

**BAYER
ELI LILLY
GLAXOSMITHKLINE
IDI PHARMA
LJ PHARMA
MENARINI
MERCK SERONO**

PFIZER
PROSTRAKAN
RECORDATI
TEGEA AMS

e ancora,

BREA
FARMACEUTICA MEV
LOACKER
PIERRE FABRE

e infine,

ACCAFARMA
ANDROLINE
ANGELINI
ASTELLAS
COLOPLAST
DORIA & BELLISARIO ASSICURAZIONI
FERPHARMA
MAR S.A.S.
PROMED
SHEDIRFARMA

E qui, tornando con nostalgia a ricordare molti momenti topici di questa mia presidenza, vi lascio con il rimpianto di non essere riuscito a costruire di più e di meglio per questa nostra Società, pur avendole dedicato amore, energie, idee e lealtà, ma nutrendo l'intima speranza di essere stato degno di chi, pur con maggiori capacità, mi ha preceduto ed utile a chi mi succederà in questa carica.

Ed è con quest'intimo augurio che ho l'onore di annunciare l'apertura del 29° Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia.

Grazie a tutti per la vostra paziente attenzione.

Furio Pirozzi Farina

XXIX Congresso Nazionale SIA

Firenze
18-21 Settembre 2013

**Auditorium CTO
AOU Careggi
Largo Palagi 1**



La Società Italiana di Andrologia

tra Cultura, Scienza e Comunicazione



Presidente SIA

Furio Pirozzi Farina

Presidente del Congresso

Paolo Turchi

Presidente Onorario

Marco Carini

Comitato Organizzatore Locale

Alessandro Natali

Urologia 1, A.O.U. Careggi

Augusto Delle Rose

Urologia 2, A.O.U. Careggi



Coordinamento

SIAS Congress Team

Via Bellotti Bon, 10 - 00197 Roma

Tel. +39.06.80691301 - Fax +39.06.80660226

siascongressteam@andrologiaitaliana.it - www.andrologiaitaliana.it



Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting

Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno - BO

Tel. +39.051.6194911 - Fax +39.051.6194900

evcongressi@emiliaviaggi.it - www.emiliaviaggi.it



PRESIDENTI SIA

Carlo Conti (1976-1979)
Aldo Fabbrini (1980-1983)
Franco Di Silverio (1984-1986)
Aldo Isidori (1987-1989)
Armando Maver (1990-1992)
Fabrizio Menchini Fabris (1993-1996)
Emanuele Belgrano (1996-1999)
Vincenzo Mirone (1999-2002)
Edoardo Austoni (2002-2004)
Vincenzo Gentile (2004-2007)
Vincenzo Gentile (2007-2010)
Furio Pirozzi Farina (2010-2013)

COMITATO ESECUTIVO

PRESIDENTE

Furio Pirozzi Farina

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

**SEZIONE REGIONALE S.I.A.
Toscana-Umbria-Liguria**



**CONSIGLIO
DI COORDINAZIONE**

Coordinatore

Paolo Turchi

SEGRETARIO

Alessandro Papini

CONSIGLIERI

Antonio Casarico, Filippo Menchini Fabris,
Giorgio Pomara



La Società Italiana di Andrologia

tra Cultura, Scienza e Comunicazione

Mercoledì 18 Settembre 2013

POMERIGGIO

Ore 14.30

SPAZIO ASSICURAZIONE E RISCHI PROFESSIONALI

Moderatori e provoker: *G. Morgia, A. Palmieri, G. Pomara*

La gestione diretta dei danni da responsabilità sanitaria in Regione Toscana

R. Giardiello (U.O.C. Affari Generali A.O.U Careggi)

La tutela assicurativa per il medico, come scegliere la polizza migliore

M. Dipasquale (Assifreebroker)

Ore 16.00

PREMIAZIONE DEI VINCITORI DEL CONCORSO LETTERARIO SIAMO TUTTI SCRITTORI

Ore 18.30

CERIMONIA DI INAUGURAZIONE

**Salone dei Cinquecento,
Palazzo Vecchio**

Lettura Inaugurale

Ministro dell'umana spezie: l'andrologia secondo Leonardo

Prof. Carlo Pedretti

Giovedì 19 Settembre 2013

Presidenti della Giornata: *Armando Maver e Paolo Giannotti*

MATTINA

Ore 9.00 **SIA - PRESENTAZIONE CANDIDATI**

Ore 9.15 **PRESENTAZIONE DI COMUNICAZIONI ORALI - AREA MEDICA**
C1-C6

Moderatori: *L. Chiappetta, I. Ortensi*

Ore 10.05 **C7-C13**

Moderatori: *R. Falabella, T. Zenico*

Ore 11.00 **SIMPOSIO SATELLITE**

Moderatore: *V. Mirone*

Lilly

SINDROME DE-LUTS: IL BENESSERE IN UNA SOLUZIONE UNICA

L'esperienza dei LUTS nel paziente con DE

G. Novara

L'andrologo e la scelta del trattamento DE+LUTS: il paziente fa la differenza

A. Salonia

Ore 12.00 **INCONTRO CON L'ESPERTO**

Introducono: *G. Antonini, E. Pescatori*

CHIRURGIA PROTESICA: DAL DAY HOSPITAL ALLA CHIRURGIA MINI-INVASIVA

N. Mondaini

Ore 12.20 **DIBATTITO APERTO**

Moderatori: *G. Muzzonigro, C. Trombetta*

VARICOCELE: COSA FARE NEI CASI PARTICOLARI

Bambini

M. Sulpasso

Adolescenti

A. Vita

Azoospermici

E. Spera

Over 40

M. Polito

Aging

G. Maio

POMERIGGIO

Ore 13.50 SEZIONE REGIONALE TOSCANA, UMBRIA, LIGURIA - TAVOLA ROTONDA

Moderatori: *M. Carini, G. Del Popolo*

**LA RIABILITAZIONE DELLA DE NEL PROSTATECTOMIZZATO:
L'ESPERIENZA TOSCANA**

Da un'idea di Michelangelo Rizzo a una normativa regionale

M. Carini

**Stato dell'arte sulla riabilitazione della funzione erettile
nel prostatectomizzato**

G. Pomara

I risultati clinici delle delibere regionali

A. Morelli, A. Natali

I risultati economici. Per la Toscana costo o beneficio?

A. Cammelli

Ore 15.20 SIMPOSIO SATELLITE

Moderatori: *E. Belgrano, B. Giammusso*


DAPOXETINA: DA WATERLOO ALLO SBARCO IN NORMANDIA
Waterloo

N. Mondaini

Sbarco in Normandia

C. Basile Fasolo

Ore 16.20 FOCUS ON

Moderatori: *P. Izzo, G. Piubello*

**IL TESTOSTERONE NELL'ANZIANO: TERAPIA, PLACEBO O DOPING?
I PERCHÉ DI UNA TERAPIA CHE NON DECOLLA**
Il punto di vista dell'endocrinologo

G. Bonanni

Il punto di vista dell'urologo

F. Fusco

PRESENTAZIONE DI COMUNICAZIONI ORALI - AREA CHIRURGICA
Ore 17.00 C14-C18

Moderatori: *F. Dehò, M. Marzotto Caotorta*

Ore 17.40 C19-C23

Moderatori: *D. D'Agostino, A. Scardigli*

Ore 18.15 C24-C28

Moderatori: *G. Romano, V. Sidari*

Venerdì 20 Settembre 2013

Presidenti della Giornata: *Dario Fontana, G. Fabrizio Menchini Fabris*

MATTINA

PRESENTAZIONE DI POSTER

Ore 8.00

P1-P8

Moderatori: *G. De Giorgi, A. Maffucci, M. Mercenaro*

Ore 8.45

P9-P16

Moderatori: *M. Creta, A. Curreli, D. Di Trapani*

Ore 9.30

LINEE GUIDA

Introduce: *A. Palmieri*

TERAPIA DELL'INFERTILITÀ MASCHILE: LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Commissione SIA Linee Guida

G. De Grande, S. Lauretti, P. Vicini

Ore 9.50

TAVOLA ROTONDA

LA TERAPIA MEDICA NELL'INFERTILITÀ MASCHILE: DALLE LINEE GUIDA ALL'AMBULATORIO

Moderatori: *S. Campo, C. Maretti*

Terapia ormonale

M. Rossato

Criteri di affidabilità della nutraceutica

D. Arcaniolo

La terapia con la nutraceutica

P. Turchi

Ore 10.50

LETTURA

Introduce: *G. Franco*



LA POTENZA DELL'ORO

C. Bettocchi

Ore 11.25

DIBATTITO APERTO

Moderatori: *A. Delle Rose, V. Ficarra*

NEOPLASIE DEL PENE

La chirurgia demolitiva

L. Cormio

Quando e quale linfadenectomia

L. Rolle

La chirurgia ricostruttiva*F. Colombo***Le complicanze: come prevenirle, come trattarle***G. Morelli***POMERIGGIO****Ore 12.55****SEZIONE REGIONALE TOSCANA, UMBRIA, LIGURIA****L'ANDROLOGO NEL PERCORSO DELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA***Moderatori: V. Giovannini, R. Ponchietti***All'inizio era l'ANTOS***A. Papini***Da un'istanza degli andrologi ad una normativa regionale per la PMA***M. Menchini***Il percorso del maschio infertile: dal MMG allo specialista***L. Polenzani***L'Andrologo nel percorso PMA***M Maggi***Andrologia e territorio: teoria e realtà***P. Turchi***Ore 14.25****TAVOLA ROTONDA***Moderatori: L. Canclini, R. Leonardi***LUTS: IPB MA NON SOLO****Ruolo degli α 1-litici nei LUTS da flogosi prostato-vescicolare (FPV)***P. Verze***LUTS e disfunzione erettile: interpretazione farmaco-dinamica ed epidemiologica del profilo di tollerabilità dei 5 α -Ris***A. Salonia***Ore 15.25****LETTURA SIU***Introduce: F. Pirozzi Farina***L'UROLOGO E L'ANDROLOGO DI FRONTE ALLE NUOVE SFIDE: SINERGIE E PUNTI DI CONTATTO***V. Mirone***PRESENTAZIONE DI VIDEO****Ore 15.40****V1-V5***Moderatori: G. Alei, C. Ceruti, G.M. Ludovico***Ore 16.20****V6-V10***Moderatori: A. Ledda, D. Di Trapani, L. Vaggi*

Ore 17.15-19.15 AGGIORNAMENTO SIA SUL TEMA MEDICO-LEGALE.

FORO ANDROLOGICO SIMULATO

Chairman: *F. Sasso*

M. Capone, G. La Pera

Sabato 21 Settembre 2013

MATTINA

PRESENTAZIONE DI POSTER

Ore 8.00

P17-P24

Moderatori: *A.M. Granata, L. Salamè, I.A. Veneziano*

PRESENTAZIONE DI COMUNICAZIONI ORALI

Ore 8.45

C29-C33

Moderatori: *A. Guerani, I. Bianchessi*

Ore 9.20

C34-C37

Moderatori: *E. Andriani, F. Menchini Fabris*

Ore 9.55

TAKE HOME MESSAGES

G. Bozzini, L. Favilla, N. Pavan

Ore 10.10

RIFLESSIONI DI UN ESPERTO

Introduce: *G. Ughi*

PAVIMENTO PELVICO E DISFUNZIONI SESSUALI NEL MASCHIO

A. Pischedda

Ore 10.20

BRAINSTORMING

Moderatori: *L. Larocca, A. Papini*

LA VIOLENZA SULLE DONNE: L'ANDROLOGIA E LA PSICOPATOLOGIA FORENSE. PROFILO DI UN VIOLENTO CAMALEONTICO

L'aggressività in adolescenza: quando diventa patologica e premessa di un comportamento adulto stalker

R. Nosedà

L'aggressività in adolescenza da abuso di alcol e sostanze

C. Silvaggi

Programma SIA prevenzione stalker

E. Longhi

Ore 11.20	PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DELLO STUDIO MULTICENTRICO SULL'IPP
------------------	--

Introduce: *F. Palumbo*

A cura di *G. Paulis*

Ore 11.30	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DEL REGISTRO ITALIANO DELL'IMPLANTOLOGIA PROTESICA PENIENA
------------------	--

Introduce: *E. Caraceni*

A cura di *E. Pescatori*

Ore 11.40	ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA
	RISULTATI DELLE ELEZIONI
	PREMIAZIONE DEI LAVORI SCIENTIFICI

Ore 13.30	CHIUSURA DEL CONGRESSO
------------------	-------------------------------

CORSI SIA - ECM

Firenze, 18-19-20 Settembre 2013

Nuovo Ingresso Careggi (NIC)

Mercoledì 18 Settembre - Ore 11-00-13.00

Aula 7

CORSO BASE SIA

SIA

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DEL MASCHIO INFERTILE

Chairman: P. Turchi

Docenti: G. Beretta, G. Cavallini

Aula 8

CORSO AVANZATO SIA

SIA

CHIRURGIA DELL'INFERTILITÀ MASCHILE

Chairman: F. Colombo

Docenti: G. Franco, C. Trombetta

Aula 10

CORSO BASE SIA

SIA

**OBESITÀ ADOLESCENZIALE E SVILUPPO GENITALE.
GLI ORMONI NELLA PUBERTÀ**

Chairman: G. Bonanni

Docenti: A. Morandi, T. Scalvini

Giovedì 19 Settembre - Ore 7-00-8.45

Aula 7

CORSO BASE SIA-UrOP

SIA-UrOP

VIDEOCHIRURGIA DEI GENITALI ESTERNI

Chairman: Spera, S. Pecoraro

Docenti: M. Silvani, L. Mavilla

Aula 10

CORSO AVANZATO SIA

SIA

SEMINOLOGIA CLINICA

Chairman: F. Pirozzi Farina

Docenti: G. Del Noce, I. Natali

Aula 8

CORSO BASE SIA-SIEUN

SIA-SIEUN

L'ECOGRAFIA NELLE MANI DELL'ANDROLOGO

Chairman: G. Liguori

Docenti: S. Bucci, M. Bitelli

Venerdì 20 Settembre - Ore 17-15-19.15

Aula 7**CORSO BASE SIA****SIA****LESIONI SUPERFICIALI DEL GLANDE***Chairman: T. Cai**Docenti: G. Bandieramonte, A. Casarico, D. Massi***Aula 8****CORSO BASE SIA-CECOS****SIA-CECOS****ORGANIZZAZIONE DI UN LABORATORIO DI CRIOCONSERVAZIONE
DELLO SPERMA***Chairman: V. Gentile**Docenti: G. Morrone, C. Livi*





ABSTRACTS

La Società Italiana di Andrologia

tra Cultura, Scienza e Comunicazione

Comunicazioni orali

C1

QUALITÀ SEMINALE DI GIOVANI PAZIENTI ONCOLOGICI IN UN PROGRAMMA DI CRIOBANCA: VALUTAZIONE DELLA NOSTRA ESPERIENZA

Giuseppina Peluso, Giampaolo Arena, Carlo Perri, Pietro Paolo Cozza, Giancarlo Morrone

SSD di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - Azienda Ospedaliera di Cosenza

Introduzione e obiettivi. In letteratura sono documentati gli effetti negativi di varie forme di neoplasia sulla spermatogenesi e sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi che compromettono la qualità spermatica pre-trattamento antineoplastico. Gran parte dei tumori maligni può essere associata ad alterata attività dell'epitelio seminifero con quadro seminale alterato ed evidenze istologiche documentate a livello dell'epitelio dei tubuli seminiferi sono state dimostrate in seminomi e oncoemopatie. Che vi sia un effetto specifico sulla spermatogenesi correlato al tipo di neoplasia, rimane tuttavia un argomento controverso in letteratura. In questo lavoro sono stati valutati i parametri seminali di pazienti oncologici inseriti in un programma di crioconservazione prima di trattamenti antineoplastici.

Materiali e metodi. Sono stati esaminati retrospettivamente (dal 2009 ad oggi), 80 pazienti di età compresa tra 16-38 anni, con anamnesi positiva per neoplasia, afferiti alla Banca del Seme dell'S.S.D. di Androl. e Fisiopat. della Ripr. - A.O. Cosenza. Dei pazienti, 45 erano affetti da tumori del testicolo, 20 da Linfoma di Hodgkin, 10 tra Linfoma non-Hodgkin e Leucemia Mieloide Cronica, 1 neoplasia mesenchimale, 1 carcinoma squamo-cellulare della guancia, 1 adenocarcinoma intestinale, 1 neoplasia

polmonare, 1 neoplasia gastrica. Su di essi è stato eseguito un accurato esame del liquido seminale con valutazione dei parametri: concentrazione, motilità e morfologia (WHO 2010), prima di effettuare la crioconservazione. I risultati dello spermogramma sono stati riportati su una scheda biol. pre-trattamento crio.

Risultati. Tutti i pazienti esaminati hanno riportato alterazioni nei parametri seminali; in particolare è stato evidenziato nei tumori del testicolo, inclusi i post-orchietomia, un'alterazione di tutti e tre i parametri (oligoastenoteratozoospermia) con valori attestati tra 1-10 milioni per il numero, 10-30% per la motilità (a+b da 5-20%), 10-25% per la morfologia. Nei Linfomi di Hodgkin e altre oncoemopatie, l'alterazione più frequente è il parametro motilità attestato intorno ai seguenti valori (15-45% totale, di cui 10-25% a+b).

Conclusioni. I nostri risultati suggeriscono una significativa alterazione della spermatogenesi presente in questi pazienti prima della terapia antineoplastica. Tali dati concordano con quanto sostenuto in letteratura sull'effetto sistemico delle neoplasie sull'asse endocrino-riproduttivo dell'organismo e l'impatto negativo delle stesse sui parametri seminali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C2

EFFETTI DI DIVERSI TAMPONI IN COMMERCIO SULLA CAPACITAZIONE SPERMATICA

Chiara Sabbadin¹, Gabriella Donà², Alessandra Andrisani³, Guido Ambrosini³, Marcantonio Bragadin⁴, Decio Armanini¹, Giulio Clari², Luciana Bordin², Guglielmo Bonanni¹

¹Dipartimento di Medicina-Endocrinologia, Università di Padova, Italia; ²Dipartimento di Medicina Molecolare-Chimica biologica, Università di Padova, Italia; ³Dipartimento di salute

della donna e del bambino, Università di Padova, Italia; ⁴Dipartimento di Scienze ambientali, Università di Venezia, Italia

Scopo. Confrontare gli effetti di diversi tamponi di lavaggio disponibili in commercio sulla vitalità e capacità spermatica.

Materiali e metodi. abbiamo arruolato 25 donatori maschi sani, dai 30 ai 40 anni, età media 36.6. Tutti i campioni usati nello studio risultavano nella norma per conta spermatica, motilità, morfologia, volume, livelli di fruttosio e pH. Lo sperma ottenuto nella parte inferiore dei pellets dal gradiente di densità (80%) è stato raccolto, diviso in 4 aliquote, separatamente lavate con differenti tamponi di lavaggio spermatico e rianalizzate in termini di concentrazione, motilità, vitalità e morfologia degli spermatozoi. Sulle aliquote incubate in stanza umida a 37°C, sono stati analizzati: produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS), livello di fosforilazione tirosinica (Tyr-P) e reazione acrosomiale sia immediatamente sia dopo 180 minuti.

Risultati. i tamponi influenzano in modo diverso la generazione di ROS, provocando una rapida degradazione cellulare fino all'apoptosi (quando l'aumento di ROS è troppo alto per la sopravvivenza cellulare) o un'incapacità funzionale delle cellule (quando la conta dei ROS è troppo bassa). Solo un tampone era in grado di mantenere una curva di generazione ROS normale, confermata anche dalla alta percentuale di Tyr-P e reazione acrosomiale, rispetto alle percentuali ottenute con gli altri tamponi.

Conclusioni. la generazione di una conta di ROS controllata è influenzata dal tipo di tampone scelto. In questo studio abbiamo dimostrato che solo uno di quattro tamponi analizzati era efficace nella capacità di mantenere il maggior numero di cellule normali, come indicato dalle percentuali di cellule con reazione acrosomiale, e nella prevenzione della apoptosi tempo dipendente. Ulteriori studi sono necessari per valutare l'esclusione degli altri tamponi commerciali se utilizzato per differenti condizioni cliniche patologiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C3

BANCA CONSERVATIVA DEL SEME IN UN REPARTO DI URO-ANDROLOGIA: SEI ANNI DI ESPERIENZA

Andrea Curreli, Maria Laura Fois, Antonella Pischedda, Maria Antonietta Foddai, Furio Pirozzi Farina
U.O. di Urologia Andrologica - AOU Sassari

Introduzione e obiettivi. La Banca Conservativa dello Sperma (BCS) è finalizzata alla crioconservazione di gameti di pazienti affetti da patologie che implicano un rischio di compromissione della fertilità, o candidati a terapie chemio/radioterapiche o chirurgiche, che possono compromettere la fertilità. Una particolare applicazione è rappresentata dal prelievo microchirurgico di spermatozoi in pazienti azoospermici al fine di attuare una PMA in tempi differiti.

Questo nostro report retrospettivo illustra 6 anni di

esperienza della BCS annessa al nostro Reparto di Uro-Andrologia.

Materiali e metodi. Vengono riportati i dati di 95 pazienti che hanno richiesto la crioconservazione dei propri gameti presso la nostra BCS, nel periodo Dic 2006 - Mar 2013.

Risultati. L'età media dei pazienti era di 32,6 aa (17-49); la raccolta dei gameti proveniva in 79 (83.1%) pazienti da liquido seminale raccolto presso la BCS, in 3 (3.1%) era stata ottenuta da MESA ed in 13 (13.6%) da TESE. Le cause che hanno portato alla crioconservazione erano così distribuite: 53 pz con tumore testicolare (54.7%), 9 con linfoma (9.4%), 10 con nefropatia (10.5%), 2 con tumore prostatico (2.1%), 1 con tumore intestinale (1%), 1 con LES (1%), 1 con tumore della laringe (1%), 1 con tumore pancreatico (1%), 1 post-orchite (1%) e 16 pazienti con azoospermia. Le richieste di crioconservazione nel corso degli anni sono state rispettivamente: 2 nel 2006, 10 nel 2007, 10 nel 2008, 12 nel 2009, 12 nel 2010, 17 nel 2011, 23 nel 2012 e 9, fino a marzo 2013. Per i pz che ne hanno fatto esplicita richiesta (8/95-8,4%), si è provveduto alla consegna del campione, in idoneo contenitore criogenico, trasportabile con autonomia di 72 ore e sigillato. I Centri di PMA riceventi sono stati tre. 12 pz hanno richiesto l'eliminazione del campione crioconservato.

Discussioni e conclusioni. Dal 2007 al 2012 le richieste di crioconservazione di liquido seminale sono raddoppiate. Deve essere considerato che solo dal 2013 la nostra ASL ha convenzionato il servizio, in precedenza molto oneroso per il paziente. Nel 12,5% dei pazienti che richiesto l'eliminazione del campione, può essere compreso un fattore economico. Certamente la BCS gestita in ambiente uro-andrologico elimina un antico rapporto di soggezione con il ginecologo e, anzi, migliora ed espande le potenzialità di reciproca collaborazione in ambito di PMA, enfatizzando ed ottimizzando i vantaggi per la coppia infertile da fattore maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C4

RISULTATI DELLO HYPO-OSMOTIC SWELLING TEST E DELLA FRAMMENTAZIONE DEL DNA IN SPERMATOZOI DI PAZIENTI FERTILI E INFERTILI: ESISTE UNA CORRELAZIONE?

Natali Ilaria¹, Muratori Monica², Cambi Marta², Filimberti Erminio³, Turchi Paolo⁴, Simi Stefano⁴, Ciraolo Anna¹, Baldi Elisabetta², Giachini Claudia¹

¹Laboratorio di PMA e Seminologia, Ospedale di Pistoia, Azienda USL 3 Pistoia; ²Medicina della Sessualità e Andrologia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche, Sezione di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze; ³Laboratorio di Seminologia e CRR Crioconservazione Liquido Seminale, SOD di Medicina della Sessualità e Andrologia, AOU Careggi, Firenze; ⁴Servizio di Andrologia, Azienda USL 4 Prato

Introduzione e obiettivi. L'Hypo-Osmotic Swelling Test (HOST) è un test di vitalità spermatozoaria e si basa sul rigonfiamento della membrana degli spermatozoi vita-

li in ambiente ipoosmotico. Studi recenti dimostrano che gli spermatozoi vitali selezionati con l'HOST posseggono anche una ridotta frammentazione del DNA. Obiettivo dello studio è dimostrare l'esistenza di una correlazione tra l'HOST e la frammentazione del DNA in pazienti fertili e infertili.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati 58 pazienti di cui 32 infertili perché alla ricerca di una gravidanza da più di 2 anni, e 26 fertili perché con concepimento entro l'anno dalla data del test. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame del liquido seminale secondo il Manuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e a test di vitalità HOST. L'analisi della frammentazione del DNA è stata eseguita secondo la tecnica TUNEL/PI (Terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated fluorescein dUTP nick end labeling/Propidium Iodide) mentre i dati ottenuti sono stati analizzati con il test di Spearman.

Risultati. È stata evidenziata una correlazione positiva tra la percentuale di spermatozoi rigonfi e la concentrazione ($r = 0.304$, $P < 0.05$), il numero totale ($r = 0.407$, $P < 0.01$) e la morfologia ($r = 0.349$, $P < 0.01$) nella popolazione totale (fertili + infertili); allo stesso modo, è stato possibile evidenziare una correlazione positiva tra la percentuale di spermatozoi rigonfi sia con la concentrazione ($r = 0.522$, $P < 0.01$) che con il numero totale ($r = 0.627$, $P < 0.05$) nei soli infertili. Nei fertili non è stata osservata alcuna correlazione tra la percentuale di spermatozoi rigonfi ed i parametri seminali. Riguardo alla frammentazione, è stata osservata una correlazione negativa tra la percentuale degli spermatozoi rigonfi e la frammentazione del DNA sia nella popolazione totale ($r = -0.554$, $P < 0.01$), che nei soli infertili ($r = -0.712$, $P < 0.01$) o nei soli fertili ($r = -0.392$, $P < 0.05$).

Conclusioni. L'HOST può essere considerato un test preliminare alla determinazione della frammentazione del DNA degli spermatozoi negli infertili, in quanto correlato alla presenza di spermatozoi con DNA frammentato. Per il basso costo e la facilità di esecuzione tale test può essere impiegato nei laboratori di seminologia come prima indagine.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C5

IMPATTO DEI BATTERI PRODUTTORI DI BIOFILM NEL TRATTAMENTO DELLE PROSTATITI CRONICHE BATTERICHE: RISULTATI DI UNO STUDIO LONGITUDINALE DI COORTE

Riccardo Bartoletti¹, Tommaso Cai², Nicola Mondaini¹, Daniele Tiscione², Gabriella Nesi³, Sara Albanese⁴, Francesca Meacci⁴, Sandra Mazzoli⁴, Kurt Naber⁵

¹Department of Clinical Care Medicine and Surgery, Urology Unit Santa Maria Annunziata Hospital, University of Florence, Italy; ²Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento, Italy; ³Department of Pathology, University of Florence, Italy; ⁴STD and Microbiology Center Santa Maria Annunziata

Hospital, Azienda Sanitaria Firenze, Italy; ⁵Department of Urology, Technical University of Munich, Munich, Germany.

Introduzione. Il ruolo dei biofilm è sempre più emergente nelle patologie infiammatorie prostatiche anche se non è del tutto compreso. Scopo del presente studio longitudinale di coorte è la valutazione dell'impatto della presenza di batteri che producono biofilm nella risposta microbiologica e clinica al trattamento antibiotico dei pazienti con prostatite batterica cronica (CBP).

Materiali e metodi. Tutti i pazienti afferenti consecutivamente allo stesso centro MTS da Gennaio a Dicembre 2008 per sintomi legati alla CBP e urinocoltura dopo massaggio prostatico positiva per uropatogeni, sono stati selezionati per questo studio longitudinale di coorte. All'arruolamento tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame clinico e strumentale, colture microbiologiche utilizzando il test di Meares e Stamey, tampone uretrale e spermocoltura. La valutazione della produzione batterica dei biofilm è stata eseguita mediante il test di Christensen. Ogni ceppo, inoltre, è stato sottoposto a test di sensibilità in vitro. Inoltre, l'analisi ultrastrutturale di biofilm batterico è stata effettuata mediante microscopio elettrico a trasmissione e scansione. Tutti i pazienti sono stati trattati con fluorquinoloni per 4 settimane e rivalutati clinicamente e microbiologicamente 3 mesi dopo la fine della terapia.

Risultati. 150 ceppi batterici sono stati selezionati da 116 pazienti arruolati. 85% di tutti i ceppi batterici isolati erano produttori di biofilm, specialmente *E. coli* e altri batteri Gram negativi. Ciprofloxacina e levofloxacina hanno mostrato tassi di resistenza simili per i batteri Gram-negativi e gli enterococchi. Tre mesi dopo la fine del trattamento antibiotico, 68/116 pazienti (58,6%) hanno avuto test microbiologici negativi, ma solo 11 (9,48%) hanno riferito un miglioramento dei sintomi soggettivi. 48 dei 116 pazienti (41,3%) sono risultati positivi all'analisi microbiologica: 40 di loro hanno riferito un temporaneo miglioramento dei sintomi, e gli altri 8 nessuna variazione dopo la terapia. Infine, l'analisi multivariata ha identificato la presenza di batteri moderati o forti produttori di biofilm come fattori prognostici significativi nel predire un fallimento della terapia antibiotica (RR = 1.59, 95% CI 1,05-2,43, $p = 0,02$).

Conclusioni. In conclusione, il presente studio dimostra come la presenza di batteri produttori di biofilm possa rappresentare un fattore determinante l'insuccesso della terapia antibiotica nei pazienti affetti da prostatite cronica batterica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C6

CORRELAZIONE TRA LA CONCENTRAZIONE DELLA PROTEINA "P53 CORRETTO" DI DNA DI SPERMATOZOI UMANI E IL POTENZIALE DI FERTILITÀ MASCHILE

Salvatore Raimondo¹, Tommaso Gentile², Felice Cuomo², Stefania De Filippo², Giovanna Contiero², John Guida³

¹Direttore de "Il Servizio di Andrologia" - Gragnano (NA) Italy;

²Settore Ricerca Laboratorio "Gentile s.a.s." - Gragnano (NA) Italy; ³Servizio di Patologia della Riproduzione "Medica Futura" - Pompei (NA) Italy

Introduzione e obiettivi. È stato ampiamente dimostrato il coinvolgimento della proteina p53 nella spermatogenesi, nel garantire sia l'adeguata qualità che quantità di spermatozoi maturi. In questo studio osservazionale ci proponiamo di valutare eventuale correlazione tra "p53 corretto" di DNA di spermatozoi umani e il potenziale di fertilità maschile.

Materiali e metodi. Il gruppo di studio è costituito da 63 partner maschili (pm), età tra i 22 e 37 anni e con valutazioni seminali eterogenee, manuale WHO 2010, normospermici 26 (41,3%) e vari gradi di oligospermici: 6 (9,5%) lievi, 14 (22,2%) medi e 17 (27,0) severi. Il gruppo di controllo A comprende 19 pm denominato "fertile", poiché il saggio di "p53 corretto" è stato effettuato su spermatozoi di liquido seminale a 30 + 2,5 giorni dal test positivo della partner (β HCG > 400 mU/ml).

Il gruppo osservato B, periodo di osservazione di 24 mesi, comprende 44 pm che non riferiscono concepimenti precedenti, negano fumo, alcol e droghe, non presentano all'EcoColorDoppler preliminare varicocele patologico e riferiscono di avere rapporti frequenti e non protetti. Determinazione di p53: per separare gli spermatozoi dal liquido seminale è stato utilizzato il kit Differex System e il kit DNA IQ (Promega), per il saggio di p53, il kit DuoSet IC diretto e quantitativo (R&D System). I valori di p53 sono stati corretti in relazione alla concentrazione degli spermatozoi ed espressi in ng/100ol.

Risultati. Il gruppo A presenta valori di "p53 corretto" che variano da 0,14 a 1,42, il gruppo B presenta valori che variano da 1,91 a 17,85. Nel gruppo B nel periodo di osservazione si sono verificate 4 gravidanze con valori iniziali di "p53 corretto": 1,91 - 2,40 - 2,53 - 2,74. Abbiamo raggruppato quindi tutti i pm (15) che avessero valori tra 1,91 e 2,74 in un sottogruppo B1 e il restante dei pm (29) sono stati inseriti in un sottogruppo B2 con valori iniziali tra 3,86 e 17,85.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti emerge che i pm con valori di "p53 corretto" tra 0,14 a 1,42 sono da considerare "Fertili"; pm con valori tra 1,91 a 2,74 sono da considerare "Potenzialmente fertili", in virtù delle 4 gravidanze; pm con valori tra 3,86 e 17,85 sono da considerare "Potenzialmente non fertili", poiché non si è riscontrata nessuna gravidanza. Se ulteriori studi confermeranno questi dati, il saggio p53 ELISA reinterpretato in "p53 corretto" potrà essere considerato come un nuovo e più preciso indicatore del potenziale di fertilità maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C7

RUOLO DEL GENE AR E REGIONI FIANCHEGGIANTE NELL'AZOOSPERMIA SECRETORIA

Elisa Galletto, Carlo Arduino, Luigi Rolle, Carlo Ceruti,

Massimiliano Timpano, Omidreza Sedigh, Marco Falcone, Mirko Preto, Bruno Frea

Università degli Studi di Torino - Città della Salute e delle Scienze - Molinette - Torino SCU Urologia - Direttore Prof. B. Frea Unità di Andrologia - Resp. Prof. ag. Luigi Rolle

L'azoospermia secretoria è l'assenza di spermatozoi nel liquido seminale eiaculato per un difetto di produzione intrinseco al parenchima testicolare.

Lo scopo del lavoro è quello di valutare il ruolo delle varianti del gene del AR nell'azoospermia secretoria. 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 è stato inviato al servizio di anatomia patologica per la diagnosi istologica. In base all'esame istologico, i pazienti 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: presenza di mutazioni e varianti del recettore degli androgeni in rapporto al quadro istologico e all'assetto ormonale a livello del sangue periferico; le varianti del AR in rapporto alla probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE. Non sono state evidenziate mutazioni nel gene AR. In 13 pazienti abbiamo evidenziato il polimorfismo p.995A>G: polimorfismo noto in letteratura e che ha una prevalenza nella popolazione maschile infertile del 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 increzione di testosterone e un significativo aumento di increzione di LH. In base ai nostri risultati possiamo affermare che esiste una correlazione statisticamente significativa tra il polimorfismo 995A e la presenza di un quadro endocrino maggiormente alterato nei pazienti con istologia più grave. 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.

In seguito a questi risultati, abbiamo valutato sei marcatori polimorfici all'interno del gene AR. Sono stati identificati quattro aplotipi prevalenti di cui uno (HAP4) che ha confermato la correlazione con un quadro endocrino maggiormente alterato nei pazienti con istologia più grave.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C8

NON SARÀ PRESENTATO

C9**PRESENTAZIONE CLINICA E FOLLOW-UP ANDROLOGICO DI UN GRUPPO DI PAZIENTI NON SELEZIONATI AFFETTI DA SINDROME DI KLINEFELTER: DATI PRELIMINARI**

Franco Gadda¹, Emanuele Ferrante^{2,3}, Vera Bianchi⁴, Alessio Paffoni⁵, Mariapia Serrago¹, Gabriele Cozzi¹, Andrea Conti¹, Faustina Lalatta⁴, Luigi Gargantini⁶, Paolo Beck-Peccoz^{2,3}, Francesco Rocco^{1,2}

¹U.O. Urologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ²Università degli Studi di Milano; ³Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Unità Operativa di Endocrinologia e Diabetologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁴U.O. Genetica Medica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁵U.O. Sterilità di Coppia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁶U.O. Pediatria A.O. Treviglio

Introduzione e obiettivi. La sindrome di Klinefelter (SK) è una patologia rara, caratterizzata dalla presenza di un X soprannumerario (47,XXY), con prevalenza di circa 150 casi/100000 maschi nati vivi. La diagnosi di SK avviene ancora tardivamente, nella maggior parte dei casi in età adulta, in circa il 25% di tutti i soggetti affetti. Una diagnosi precoce è fondamentale nella gestione clinica di fertilità, ipogonadismo e eventuali alterazioni cognitivo-comportamentali che sono tipiche della sindrome. Scopo dello studio è quello di descrivere in modo preliminare le caratteristiche e il follow-up andrologico di un gruppo non selezionato di pz affetti da SK afferiti al nostro Centro dopo la creazione di un percorso specifico per la cura di tale patologia.

Materiali e metodi. Dal febbraio 2011 i pz con SK hanno eseguito controllo endocrinologico e visita andrologica. I pz con desiderio di prole sono stati sottoposti a spermiogramma e a microTESE se azoospermici.

Risultati. Sono giunti all'osservazione 38 pz (età media alla diagnosi 25.3 ± 14.4 anni; età media alla visita basale: 36.1 ± 14.1 anni, range 15-71; distanza media dalla diagnosi di SK: 11 anni). 36 pz mostravano un cariotipo classico 47,XXY; 1 pz cariotipo 48,XXXY; 1 pz un mosaico 46,XY/47,XXY. 21/38 pazienti (55%) non erano in follow-up endocrinologico. 15/38 pz (39%) erano in terapia con testosterone (T). I livelli medi di LH, FSH e T totale nei pz non in trattamento sono risultati pari a 17.4 ± 7.8 mIU/ml, 36.2 ± 20.8 mIU/ml e 8.2 ± 5.6 nmol/l, rispettivamente. In 18/23 pz (78%) non in terapia sostitutiva, i livelli di T risultavano essere inferiori alla norma. Patologie correlate osservate: diabete mellito (2 pz); ipotiroidismo autoimmune (1 pz, 2,6%); osteopenia in 11/22 pz (50%), osteoporosi in 5 casi (23%). 5 pz (13,1%) sono stati sottoposti ad intervento di microTESE. 1 pz con contestuale rimozione di nodulo testicolare (neoplasia a cellule di Leydig). In 1/5 pz (20%) la ricerca spz è risultata positiva con crioconservazione di 6 pallettes.

Conclusioni. La sindrome di Klinefelter è ancora oggi diagnosticata in età tardiva e in una minoranza dei

soggetti affetti. La presenza di un gruppo di lavoro dedicato alla diagnosi e alla cura di questa patologia è fondamentale per una presa in carico tempestiva e duratura dei pazienti, nel tentativo di garantire la risposta più idonea possibile ai numerosi bisogni che essi presentano.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C10**BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA E DE: RISULTATI DELLO STUDIO BRED**

Stefano Lauretti¹, Vittorio Cardaci², Francesco Barrese³

¹UOSD Urologia, Centro Ospedaliero di Andrologia, Ospedale CTO Roma; ²Direttore Unità Operativa di Terapia Sub-Intensiva Respiratoria, IRCCS San Raffaele Roma; ³Unità di Urologia "Fabia Mater", Roma

La disfunzione erettile (DE) riconosce in numerose malattie croniche diversi fattori eziopatogenetici e, in assoluto, un aumento del rischio d'incidenza come emerge da diverse ampie indagini epidemiologiche (Krane, 1994; McInnes, 2003) nelle quali la DE prevale negli uomini di età compresa tra i 50 ed i 75 anni con una netta prevalenza per la forma moderata. Tra le condizioni morbose croniche maggiormente correlate con un quadro di disfunzione sessuale, la BPCO è caratterizzata da una significativa condizione infiammatoria e da una progressiva limitazione del flusso aereo non completamente reversibile. Anche se questa condizione è legata strettamente all'avanzare dell'età, inizia tuttavia a presentarsi in percentuali non più trascurabili anche in età giovanile. A causa della precocità del fumo, il 10% dei giovani tra i 20 ed i 44 anni presenta tosse ed espettorato senza ostruzione bronchiale (Stadio 0, a rischio) mentre il 3,6% presenta già sintomi con ostruzione bronchiale (Stadio I-III). L'abitudine al fumo è una causa accertata ed assai diffusa di disfunzione erettile: il numero di sigarette fumate al giorno e, in misura minore, la durata dell'abitudine al fumo sono direttamente correlate all'insorgenza di una disfunzione erettile (Mirone, 2002). Rispetto ai non fumatori, i soggetti che fumano o gli ex fumatori presentano un rischio significativamente più elevato di sviluppare una DE. Nel dicembre 2012 sono stati arruolati 66 pazienti nello studio osservazionale BRED al fine di studiare la relazione tra disfunzione erettile e BPCO. Le informazioni rilevate su ciascun paziente riguardano le seguenti caratteristiche: 1) demografico-sociali; 2) abitudine al fumo; 3) cliniche: comorbidità/comorbidità, indice di massa corporea (BMI), glicemia, colesterolo totale, MRC, IIEF, IPSS; misure spirometriche. La BPCO è stata espressa come variabile dicotomica e categorica, mentre la DE anche come continua. Il campione presenta un'età compresa tra 39 e 72 anni e media pari a 62.4 ± 6.9 anni. La DE era presente in 55 soggetti (83.3%): 32 di grave entità (48.5%), 6 di moderata entità (9.1%) e 17 di lieve entità (25.8%), i restanti 11 (16.7%) non la presentavano. Il 40.9% (n = 27) dei pazienti si era sottoposto a visita perché pre-

sentava dispnea, il 45.5% (n = 30) per tosse, il 12.1% (n = 8) per motivi legati alla funzionalità erettile, un paziente (1.5%) per un generico controllo. La BPCO è stata diagnosticata in 52 (78.8%) pazienti, di cui 10 (15.2%) lievi, 19 (28.8%) moderati, 13 (19.7%), 10 (15.2%) molto gravi e i restanti 14 (21.2%) a rischio. In base all'analisi delle correlazioni il grado di severità della DE e della BPCO risultano associate: in corrispondenza di gravi livelli di BPCO è stata riscontrata peggiore funzionalità erettile. Tuttavia, non è stato possibile individuare predittori della DE dall'analisi di regressione, benché sia emerso che i pazienti in unione e i pazienti con disturbi del tratto urinario di media e grave entità soffrivano di un maggiore grado di disfunzione. Inoltre i pazienti con assente o lieve patologia presentavano un'età mediana più bassa. Il confronto tra le due patologie mostra importanti analogie che possono rappresentare la base per un ulteriore miglioramento delle conoscenze, della prevenzione e della cura: per entrambe si riconosce, ancora oggi una significativa sottostima, e quindi ritardo, della diagnosi; entrambe riconoscono nel fumo un fattore eziologico fondamentale e la conseguente necessità di una prevenzione e modifica di stile di vita il più possibile capillare; entrambe, infine, possono determinare importanti e spesso ingravescenti problemi emotivi, relazionali, sociali e sessuali, con potenziali derive depressive, non solo nel paziente ma anche, e soprattutto, nella coppia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Bayer Health Care

C11

NOSTRA ESPERIENZA DEL TRATTAMENTO CON IMIQUIMOD NELLE INFEZIONI DA HPV SUBCLINICHE DEL MASCHIO

Andrea Curreli, Antonella Pischedda, Furio Pirozzi Farina

U.O. di Urologia Andrologica - AOU Sassari

Introduzione e obiettivi. Vardas (2011) riporta una prevalenza del 21% di infezione HPV in maschi eterosessuali. Studi condotti su partners di donne affette da HPV hanno evidenziato la presenza di lesioni da HPV solo nel 50% degli uomini studiati (Kjaer 2001). In questi soggetti non è noto se la terapia medica sia in grado di ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione. L'Imiquimod è un antivirale indiretto, la sua efficacia nella condilomatosi peniena è variabile dal 37-52%. Abbiamo voluto valutare se l'applicazione di Imiquimod crema, nel solco balano-prepuziale, possa ridurre la positività all'HPV-DNA test, in quei pz positivi al test da almeno 6 mesi e clinicamente asintomatici.

Materiali e metodi. Da dic 2010 a mar 2013 abbiamo valutato 107 uomini sessualmente attivi e con infezione da HPV da almeno 6 mesi. La determinazione dell'HPV è stata condotta utilizzando tamponi HPV-DNA test (Sampler®) mediante brushing del solco balano-prepuziale. Nessun pz presentava alla penoscopia lesioni suggestive per infezione da HPV. I pz reclutati

sono stati distribuiti, in modo random, in 2 gruppi di trattamento. 54 pz (GRUPPO A) trattati con Imiquimod crema 5% (Aldara®) e 53 pz (GRUPPO B) nessun trattamento. I pz dovevano applicare la crema nel solco balano-prepuziale alla sera e rimuoverla al mattino, per 3 volte alla settimana a giorni alterni, per 4 sett. Dopo 4 mesi dal termine del trattamento i pz hanno ripetuto l'HPV-DNA test. I dati sono stati elaborati statisticamente mediante software SPSS.

Risultati. Nei 107 pz, di età media era di 31,2 aa (22-35 aa), la positività all'HPV-DNA test era così distribuita: 21/54 (38,8%) nel GRUPPO A e 48/53 (90,5%) nel GRUPPO B (p < 0.05). Nel gruppo trattato con Imiquimod gli effetti collaterali riscontrati in 10/54 pz (18,5%) erano: eritema, edema e bruciore nella zona di applicazione.

Conclusioni. In questo studio preliminare abbiamo potuto osservare che il trattamento topico con Imiquimod nel solco balano-prepuziale, in pz da almeno 6 mesi positivi all'HPV-DNA, ha ridotto la positività al test in una percentuale statisticamente significativa di pz. Gli effetti collaterali, riscontrati nel gruppo di pz trattati non sono stati tali da richiedere l'interruzione del trattamento. Riteniamo però che, per i limiti intrinseci della metodica diagnostica e per la mancanza di dati circa il ruolo di carrier del virus nel maschio, altri studi siano necessari per poter affermare un reale beneficio del trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C12

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI E PROFILI DI PERSONALITÀ. DATI PRELIMINARI

Paolo Maria Michetti¹, Marco Silvaggi², Roberta Rossi², Adele Fabrizi², Matteo Sampalmieri¹, Edoardo Santini¹, Chiara Simonelli³

¹Sapienza Università di Roma - Dip.to Urologia; ²Istituto di Sessuologia Clinica - Roma; ³Sapienza Università di Roma - Psicologia

Introduzione e obiettivi. Già nel 1971 Eyesenk ha dimostrato che gli uomini con disfunzioni sessuali (DS) presentavano alti livelli di neuroticismo, inteso come tendenza ad esperire sentimenti di ansia e preoccupazione, se comparati alla popolazione senza DS (1). La relazione tra le DS ed i tratti di personalità è stata da allora scarsamente approfondita in letteratura. Scopo di questo lavoro è di verificare se vi siano dei profili di personalità più frequentemente associati alle principali disfunzioni sessuali maschili (DSM), ovvero la Disfunzione Erettile (DE) e l'Eiaculazione Precoce (EP), con conseguenti ripercussioni sulla pratica clinica.

Materiali e metodi. A 81 uomini richiedenti visita andrologica tra Novembre 2012 ed Aprile 2013, per DE o EP di origine psicogena (57 DE, 18 EP, 6 EP + DE), è stato somministrato l'International Index of Erectile Function (IIEF) per DE e il Premature Ejaculation Severity Index (PESI) per EP, insieme ad EPQ-R, un questionario strutturato per la valutazione del

profilo di personalità. Questo strumento si avvale di 5 scale corrispondenti a 5 aspetti della personalità più una di controllo.

Risultati. È emerso che nei soggetti con DE e/o EP, è presente in misura superiore alla popolazione di controllo (PdC) la dimensione di personalità definita estroversione (impazienza, impulsività) con una media dei percentili (MdP), rispetto alla PdC, di 58,12 e mediana 63. Nei pazienti con EP, sono invece presenti in misura superiore alla PdC le dimensioni di personalità tipiche dei soggetti con dipendenze o comportamenti antisociali, con MdP 64,7 e 66,2 e mediana 64 e 70: ciò interpreterebbe la tendenza dei pazienti con EP a cercare la gratificazione il prima possibile, come avviene nei comportamenti di abuso o illegali. I pazienti con EP hanno inoltre ottenuto valori molto bassi nella scala LIE (desiderabilità sociale), indicando un'eccessiva noncuranza del giudizio dell'altro, con una MdP 32,8 e mediana 16.

Conclusioni. Se i dati preliminari riportati troveranno conferma in una popolazione più estesa, attualmente in osservazione, sarà possibile identificare i sottogruppi di pazienti in cui le componenti stabili della struttura di personalità possano suggerire all'andrologo di avvalersi di un approccio integrato con lo psicosessuologo per la risoluzione della DS del paziente, in particolare laddove la terapia farmacologica non risulti risolutiva.

1. Eysenck HJ. *Personality and sexual adjustment*. Br J Psychiatry 1971;118:593-608.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C13

SIAMO PRONTI PER UNA SOCIETÀ MULTICULTURALE? MULTICULTURALISMO NELLE RELAZIONI SESSUALI E GENITORIALI

Andrea Salonia^{1,2}, Giulia Castagna¹, Maria Chiara Clementi¹, Paolo Capogrosso¹, Ilenya Camozzi³, Michele Salonia³, Umberto Capitanio¹, Eugenio Ventimiglia¹, Michele Colicchia¹, Rocco Damiano², Francesco Montorsi¹

¹Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; ²Programma di dottorato di ricerca in Urologia, Università Magna Graecia, Catanzaro, Italia; ³Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano-Bicocca, Milano, Italia

Obiettivi. Lo studio analizza l'inquadramento sociologico della opinione delle persone su argomenti delicati riguardanti la società multiculturale in termini di relazioni sessuali e genitoriali tra individui (= partecipanti) Caucasici-Europei che cercano per la prima volta aiuto medico per scopi uro-andrologici.

Metodi. Una coorte di 750 individui recatisi per la prima volta in un ambulatorio uro-andrologico ha completato in maniera anonima un questionario di 31 domande chiuse relative alle attitudini personali riguardo il multiculturalismo in termini di a) relazioni sessuali occasionali e/o stabili; b) diventare genitori in

maniera naturale; e, c) adozione. È stata utilizzata la statistica descrittiva per descrivere l'intera coorte.

Risultati. Dati completi sono stati ottenuti per 214 (28.5%) donne [media (mediana) età: 34.2 (34) anni; range: 20-66)] e 536 (71.5%) uomini [età: 37.5 (36) anni; range: 18-73]. La principale ragione della visita ambulatoriale era un problema di infertilità di coppia in 412 (54.9%) partecipanti. L'orientamento sessuale era eterosessuale, omosessuale e bisessuale in 724 (96.5%), 20 (2.7%), e 6 (0.8%) partecipanti, rispettivamente. Dei 750, 442 (58.9%) hanno dichiarato una relazione sessuale stabile.

Il livello educativo era: scuole medie inferiori/superiori, liceo e diploma di laurea/PhD in 70 (9.3%), 351 (46.8%), e 329 (43.9%). Complessivamente, 122 (16.3%) [113 (15.1%)], 128 (17.1%) [180 (24%)], 186 (24.8%) [215 (28.7%)], e 113 (15.1%) [188 (25.1%)] partecipanti non sceglierebbero di avere una relazione sessuale stabile [occasionale] con una persona proveniente da un'altra parte del mondo, con una differente colore della pelle, rispettivamente. Al pari, 164 (21.9%), 190 (25.3%), 246 (32.8%) e 174 (23.2%) partecipanti non vorrebbero avere un figlio da una persona proveniente da un'altra parte del mondo, con una cultura differente, con una religione differente o con un differente colore della pelle, rispettivamente. Di tutti, 520 (69.3%) partecipanti adotterebbero un bambino, anche se straniero in 512 (68.3%) casi; 486 (64.8%) partecipanti adotterebbero un bambino anche se avesse un differente colore della pelle.

Conclusioni. I risultati di questa indagine sociologica in una coorte selezionata di individui Caucasici-Europei ha dimostrato come il multiculturalismo nelle relazioni sessuali e genitoriali rappresenti ancora un ostacolo per larga parte della popolazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C14

LE DIMENSIONI DEL PENE DOPO IMPIANTO DI PROTESI TRICOMPONENTE: L'"EFFETTO COFFIN" DELLA PSEUDO-CAPSULA. COME PREVENIRE LA RETRAZIONE DEL PENE

Enrico Caraceni¹, Lilia Utizi², Giovanni Angelozzi³

¹Direttore U.O. Urologia, Civitanova Marche, ASUR AREA VASTA 3; ²Consulente Sessuologa U.O. Urologia, Civitanova Marche, ASUR AREA VASTA 3; ³Dirigente medico, U.O. Urologia, Civitanova Marche, ASUR AREA VASTA 3

Introduzione. Dopo l'impianto di protesi peniena tricomponente alcuni pazienti sono insoddisfatti della lunghezza del pene. Ciò può essere dovuto alla procedura o a fattori psicologici o preesistenti. Un ritardo di attivazione della protesi può portare alla formazione di una pseudocapsula troppo piccola che impedisce la successiva espansione del device (effetto bara della pseudo-capsula o Coffin effect). Abbiamo cercato di identificare la presenza o l'assenza di retrazione del pene dopo l'impianto con protesi tricomponente e l'e-

ventuale possibilità di evitarla senza uso di altro dispositivo prima o dopo l'operazione ma semplicemente attivando la protesi immediatamente dopo l'impianto. **Metodi.** 46 pazienti con protesi tricomponente impiantati tra il 1998 e il 2012 (AMS 700 CX o LGX). 27 su 46 pazienti hanno fatto la prima attivazione della protesi a 4 settimane dall'intervento chirurgico (gruppo NEA) e 19 su 46 pazienti hanno attivato la protesi immediatamente dopo la chirurgia (gruppo DEA). Lunghezza e circonferenza del pene è stata rilevata prima (nel gruppo DEA) e dopo l'intervento chirurgico.

Risultati. La lunghezza media dorsale del pene eretto post-impianto nel gruppo NEA è pari a 11,70 centimetri e ± 1.4 sd (Range 9-15 cm) mentre nel gruppo DEA pari a 14.98 ± 1.7 sd (Range 12-19 cm) con una differenza pari a 3,28 centimetri in più per il gruppo con attivazione precoce (DEA). La Pseudo-Capsula determina la dimensione del pene e la protesi può muoversi solo all'interno di essa in avanti e indietro a seconda che la si attivi o disattivi.

Conclusioni. I nostri dati confermano una vera riduzione in dimensioni del pene impiantato nel gruppo NEA. Questa riduzione non è presente nei pazienti del gruppo DEA o lo è in maniera trascurabile. La causa del fenomeno è la pseudo-capsula che arresta il potenziale allungamento sia della protesi che del pene cioè una pseudo-capsula troppo stretta. L'effetto 'bara' che è prodotto dalla tardiva attivazione della protesi è la causa della perdita dimensionale del pene dopo l'impianto. I nostri dati dimostrano, per quanto sappiamo per la prima volta in letteratura, che è la pseudo-capsula, attraverso l'"effetto bara" e non la protesi a determinare la dimensione finale del pene e la sua elasticità. Il timing di attivazione sembra essere la chiave per evitare la retrazione del pene. Riteniamo che ci sia una vera perdita dimensionale del pene causata dal "Coffin Effect" se la protesi non viene lasciata attiva subito dopo l'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C15

VANTAGGI DELL'APPROCCIO PENO-SCROTALE CON TECNICA SEPTUM SPARING PER L'IMPIANTO PROTESICO PENIENO TRICOMPONENTE: TRE ANNI DI ESPERIENZA

Enrico Conti, Francesco Varvello, Sergio Lacquaniti, Luca Puccetti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Giuseppe Fasolis

SOC Urologica, Ospedale 'San Lazzaro' di Alba, ASL CN2

Introduzione e obiettivi. Dopo l'impianto protesico tricomponente con accesso peno-scrotale i pazienti spesso lamentano dolore scrotale e perineale prolungato. Tale condizione, insieme al frequente sviluppo di edema ed ematomi scrotali, ritarda l'attivazione della protesi e la ripresa dell'attività sessuale. Il modo in cui viene eseguita la dissezione dei piani scrotali potrebbe essere, in parte, responsabile di tali sintomi. L'obiettivo dello stu-

dio è di valutare se una dissezione meno invasiva dei piani scrotali (Tecnica Septum Sparing, TSS) possa ridurre la morbidità e migliorare il recupero postoperatorio.

Materiali e metodi. Sono stati valutati tutti i pazienti sottoposti nel nostro reparto a impianto protesico tricomponente con TSS. La TSS richiede poche e semplici modifiche all'approccio peno-scrotale standard: 1) dopo l'incisione della cute scrotale i corpi cavernosi vengono isolati separatamente senza sezionare il setto scrotale; 2) mediante dissezione smussa viene creata una fenestratura tra il setto scrotale e il corpo spongioso; 3) prima dell'inserimento nel corpo cavernoso uno dei due cilindri viene fatto passare attraverso tale fenestratura. Nel post-operatorio i pazienti sono stati valutati clinicamente ponendo attenzione all'eventuale sviluppo di ematomi e tumefazioni scrotali e all'evoluzione del dolore. Per ogni paziente sono stati registrati il numero di giorni intercorsi tra l'intervento e la prima attivazione autonoma della pompa scrotale.

Risultati. Dal gennaio 2009 al febbraio 2013 sono stati trattati 53 pazienti: 49 pazienti (92%) non hanno sviluppato ematomi né tumefazioni scrotali. Tutti questi non hanno segnalato significativo dolore post-operatorio e sono riusciti ad apprendere come attivare la pompa scrotale tra i 10 e i 15 giorni dopo l'intervento. Tre pazienti hanno sviluppato un ematoma scrotale e uno ha presentato un significativo edema dello scroto. In questi casi l'attivazione della pompa scrotale è avvenuta dopo 20 giorni dall'intervento.

Conclusioni. Le complicanze scrotali sono state limitate ed il rapido recupero post operatorio ha consentito un precoce training per l'attivazione della pompa scrotale. Le modifiche alla tecnica tradizionale da noi proposte sono semplici, efficaci e riproducibili. Il rispetto delle strutture anatomiche dello scroto della TSS potrebbe giustificare i nostri risultati, anche se l'assenza di un gruppo di controllo rappresenta un limite di questo studio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C16

IMPORTANZA DELLA FISIOTERAPIA LOCALE DOPO CORPOROPLASTICA CON INNESTI, NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE

Cristian Vincenzo Pultrone, Giorgio Gentile, Martina Sofia Rossi, Alessandro Franceschelli, Fulvio Colombo

SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Il principale limite delle corporoplastiche con innesti (di materiale autologo o eterologo) nel trattamento della M. di La Peyronie (PD) consiste nel lungo periodo necessario all'innesto per trasformarsi e stabilizzarsi. In questa fase è indispensabile contrastare la tendenza dell'innesto a retrarsi. La nostra Scuola ha da sempre enfatizzato l'importanza di una precoce e prolungata fisioterapia locale proprio nell'ottica di garantire il miglior risultato a distanza. In questo studio

retrospettivo abbiamo verificato i risultati ottenuti con l'utilizzo intensivo post-operatorio di apparecchio vacuum (VD), in termini di incremento della lunghezza del pene.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato retrospettivamente 19 pazienti (pz) operati da Marzo 2011 a Dicembre 2012 (corporoplastica con incisione/ escissione di placca ed innesto di sostituzione albuginea). Il materiale utilizzato per l'innesto è stato: V. safena (2 pz) - Pelvicol-Bard (12 pz) - Veritas Collagen Matrix Synovis (2 pz) - Tecnos-Protexa (3 pz). Nelle prime 3 settimane post-op, i pz hanno applicato al pene trazione notturna gravitazionale (100 gr- 1^a settimana) ed esercitavano trazioni manuali più volte al giorno (2^a-3^a settimana). Dal 21° giorno post-op i pz hanno utilizzato VD 2 volte al giorno, per un periodo minimo di 6 mesi (sessioni di 10-15' ciascuna: attivazione - mantenimento in trazione sotto vuoto per 20' - disattivazione - ripetizione). I Pz sono stati istruiti a misurare con esattezza la lunghezza del pene all'inizio della fisioterapia con VD e successivamente ogni fine mese. Il follow-up medio è stato di 14 mesi (DS:5.7).

Risultati. 19 pz età media di 57 anni. La fisioterapia post-op con VD è stata eseguita in media per 8.6 mesi (DS: 5.0) ed in 3 casi è stato associato l'uso di estensori esterni. Il recupero post-op della lunghezza peniena è stato in media 18.4 mm (min: 0 mm; max 70 mm; DS 17.5 mm). Alla nostra intervista 14 (74%) pz hanno riferito di avere rapporti sessuali senza l'ausilio farmacologico, 4 (21%) utilizzano regolarmente inibitori delle PDE5 ed un solo paziente (5%) ha riferito di non avere rapporti sessuali per problemi personali. Il livello di soddisfazione del campione analizzato (valutato da 1 a 5) è stato in media 3.4 ± 1.4 .

Conclusioni. La fisioterapia post-op con VD è importante nell'ottenimento e mantenimento dei migliori risultati estetico-funzionali dopo chirurgia di placca con innesti di sostituzione albuginea per PD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C17

CHIRURGIA DI PLACCA IN PAZIENTI AFFETTI DA INDURATIO PENIS PLASTICA CON UTILIZZO DI GRAFT DI TACHOSIL: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PROSPETTICO

Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Omidreza Sedigh, Marco Falcone, Mirko Preto, Bruno Frea
Università degli studi di Torino - "Città della Salute e della Scienza" - Sede Molinette - Torino S.C.U. di Urologia - Direttore: Prof. Bruno Frea Unità di Andrologia - Responsabile: Prof.ag. Luigi Rolle

Introduzione e obiettivi. La chirurgia di placca nel Induratio Penis Plastica è considerata una opzione terapeutica da riservare in casi di incurvamenti od accorciamenti severi. Diversi tipi di graft sono stati considerati per colmare la perdita di sostanza in questo tipo di procedure. L'obiettivo di questo studio è di

valutare i risultati chirurgici e funzionali della chirurgia di placca con utilizzo di graft di TachoSil.

Materiali e metodi. 10 pazienti con diagnosi di IPP e disfunzione erettile associata (valutata tramite colloqui clinico e questionario IIEF), di età media 53 anni [47-58], sono stati selezionati da Settembre 2011 a Marzo 2013. 8 pazienti, in cui la deformazione peniena prevalente era un incurvamento, sono stati sottoposti ad intervento di incisione della placca e contestuale impianto protesico. Gli altri 2 pazienti sono stati sottoposti ad intervento a 'slitta' con successivo impianto protesico. In entrambi i gruppi è stato utilizzato come graft il TachoSil, il quale è stato applicato sulla perdita di sostanza e mantenuto in sede con la ricostruzione della fascia di Buck. Nel postoperatorio sono stati valutati il dolore (scala VAS) e l'eventuale comparsa di ematomi peno-scrotali (classificati da Grado 1 a Grado 4). I pazienti sono inoltre stati sottoposti a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento ai questionari IIEF e EDITS.

Risultati. Il decorso postoperatorio è stato regolare in tutti i pazienti. La degenza media è stata di 2 giorni [1-3]. Il valore medio della scala VAS è risultato essere 3 [0 - 6]. Per quanto riguarda la valutazione degli ematomi post-operatori 5 pazienti non hanno presentato alcun ematoma post-operatorio (G1), 2 un minimo ematoma penieno (G2), altri 2 un ematoma peno-scrotale (G3) e solamente 1 un importante ematoma peno-scrotale con diffusione inguinale (G4). Il valore medio pre-operatorio del IIEF era 34,6 [11-50]. Durante il follow up a 3, 6 e 12 mesi si è registrato un significativo miglioramento di tali valori, rispettivamente 46,4 a 3 mesi, 52,2 a 6 mesi e 55,2 a 12 mesi. I valori di EDITS sono stati rispettivamente 33,2 a 3 mesi, 38,6 a 6 mesi e 46,2 a 12 mesi.

Conclusioni. Il nostro studio preliminare evidenzia come l'utilizzo del TachoSil come graft nella chirurgia di placca risulti affidabile, con risultati chirurgici e funzionali eccellenti. Tale patch inoltre riduce le tempistiche operatorie, rispetto ai patch tradizionali e garantisce un risparmio in termine di costi, paragonato ai graft eterologhi normalmente utilizzati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C18

CORREZIONE GEOMETRICA DI CURVATURE CONGENITE COMPLESSE CON ESCISSIONE DI TUNICA ALBUGINEA SUPERFICIALE

Luca Mavilla¹, R.U.A.¹, Egydio P.H.², Kuehhas F.E.³

¹Dott. Luca Albanesi, Dott. Francesco Attisani, Dott.ssa Barbara Cristina Gentile, Dott. David Granata, Dott.ssa Gabriella Mirabile, Dott. Francesco Pisanti, Dott. Manlio Schettini, Dott. Giorgio Vincenti, Dott. Roberto Giulianelli - Centro di Andrologia, Casa di Cura Nuova Villa Claudia, Roma; ²Specialized Center of Penile Curvature, Sao Paulo, Brazil; ³Medical University of Vienna, Department of Urology

Introduzione. Le curvature peniene congenite possono presentarsi con recurvatum mono-laterale o comples-

so, questi ultimi ovviamente necessitano di correzioni chirurgiche più complesse.

Questo lavoro descrive l'efficacia e la riproducibilità di una nuova tecnica che prevede la correzione della curvatura basata su principi geometrici, attraverso l'escissione di multiple, minine losanghe di tunica albuginea superficiale.

Materiali e metodi. Dal Giugno 2006 al Marzo 2012, 145 pazienti con curvatura congenita complessa inabilitante (131 pazienti ventro-laterale e 14 pazienti dorso laterale), sono stati sottoposti a corporoplastica con escissione geometrica di albuginea superficiale. Il follow-up medio è stato di 21 mesi (range 6-26 mesi). La tecnica si basa sul calcolo geometrico di Paulo Egydio per lo studio del difetto da correggere per ogni tipo di curvatura. Si eseguono multiple incisure di 3 mm dello strato superficiale dell'albuginea in numero sufficiente a correggere la curvatura, eseguendo di volta in volta erezione idraulica per documentare la correzione ogni escissione eseguita; il difetto viene suturato con mono filamento 3/0 a lento riassorbimento. Il risultato è una correzione step by step che permette la distribuzione delle forze di trazione della curvatura in più punti.

Risultati. Sono stati valutati il tasso di raddrizzamento dell'asta peniena, la percentuale delle complicanze e il grado di soddisfazione dei pazienti. L'età media all'intervento è stata di 23,8 anni (range 15-47 aa); il grado di curvatura medio di 60° (range 45-90°). Non si sono riscontrate recidive di curvature né complicanze intra o post-operatorie. È stato ottenuto il 98,6% di completa correzione delle curvature (143 pazienti). Ottimi risultati in termini di soddisfazione generale dei pazienti, inclusi miglioramento dell'autostima, incremento della libido, dei rapporti sessuali e della confidenza psico-sessuologica. Due pazienti hanno presentato curvatura residua superiore ai 30°, che ha richiesto nuova correzione chirurgica.

Conclusioni. Raccomandiamo questa nuova tecnica come ottimale per la correzione delle curvature congenite, soprattutto ed in particolare per le più complesse. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C19

EFFETTO ANTALGICO "IMMEDIATO" NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE: TECAR TERAPIA. STUDIO DI FASE UNO

Carlo Pavone¹, Davide Castrianni¹, Salvatore Romeo¹, Enrica Napoli¹, Cristina Scalici Gesolfo¹, Manuela Usala², Giuseppa Gambino¹, Giulia Letizia Mauro³

¹U.O.C. di Urologia, AOUP "Paolo Giaccone", Palermo; ²Istituto ortopedico 'Rizzoli', Palermo; ³U.O. di Fisiatria, AOUP 'Paolo Giaccone', Palermo

Introduzione. Con lo scopo di valutare la TECAR terapia quale nuovo possibile trattamento medico nella malattia di La Peyronie (PD), abbiamo condotto uno studio di fase uno senza placebo né gruppo di controllo. La TECAR terapia si basa sull'utilizzo di radiofrequenze in grado di trasferire energia ai tessuti trattati

causando movimenti ionici. Ciò provoca una stimolazione cellulare in senso replicativo e riparativo. La TECAR terapia ha ottenuto risultati eccellenti nel trattamento di alcune patologie del tessuto connettivo, così abbiamo deciso di condurre uno studio circa l'applicabilità e la sicurezza della TECAR nel trattamento della PD.

Materiali e metodi. Da giugno a settembre 2012 sono stati arruolati 70 pazienti con diagnosi clinica di PD. Ciascun paziente è stato dapprima sottoposto a visita andrologica per valutare il grado di incurvamento poi sono stati somministrati questionari per indagare circa la presenza di deficit erettile (DE) attraverso il questionario IIEF-5, lo stato di salute generale, e il dolore attraverso l'ausilio della scala VAS. Ogni paziente è stato trattato sia in modalità resistiva che capacitiva, previo consenso informato, a tre sessioni eseguite in giornate consecutive.

Risultati. Il 100% dei pazienti ha completato il trattamento e nessuno di essi ha riportato effetti collaterali. Il 30% ha riferito un miglioramento della curvatura mentre il 60% non ha riferito alcuna modifica. Per di più i pazienti che successivamente sono stati sottoposti a Nesbit non hanno dimostrato alcuna alterazione istologica all'esame istologico. Sorprendentemente nei pazienti con PD associata DE si è registrato un miglioramento del DE in un percentuale di casi maggiore del 60%.

Conclusioni. Questo è uno studio preliminare. Sulla base di questi dati si può affermare che il trattamento TECAR è fattibile. Preliminarmente sembra molto efficace nella scomparsa del dolore ma soprattutto risulta utile nel miglioramento del DE mentre sembrerebbe poco utile nel trattamento dell'incurvamento. Questo sembra suggerire la possibilità di ulteriori ricerche al fine di verificare le effettive potenzialità di questo trattamento nel trattamento della PD ma anche nel DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C20

MICROTESE CON TECNICA GRADUALE: RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO

Franco G.¹, Scarselli F.², De Luca F.¹, Dente D.¹, Minasi M.G.², Zavaglia D.², Casciani V.², Terribile M.², Greco E.²

¹Dipartimento di Scienze Ginecologiche-Ostetriche e di Scienze Urologiche, Sapienza Università di Roma.; ²Medicina della Riproduzione, European Hospital, Roma

Introduzione e obiettivi. Scopo del lavoro è di riportare i risultati definitivi di uno studio prospettico che valuta un nuova tecnica 'graduale' di microtese in casi di azoospermia non ostruttiva. Tale approccio permette di limitare l'invasività della procedura.

Materiali e metodi. Dal 2007 al 2013 sono state effettuate 62 microtese con tecnica 'graduale' in pazienti con NOA ad alto rischio di insuccesso del recupero (precedenti TESE negative, istologia sfavorevole: SCOS o arresto maturativo completi, s. di Klinefelter), casi

nei quali era presumibile la necessità di prelievi multipli. L'approccio 'graduato' (stepwise) di microtese consisteva in: 1) piccola incisione equatoriale dell'albuginea e prelievo testicolare singolo (5x2 mm) con ricerca spermatozoi a fresco e dopo centrifugazione. 2) estensione dell'incisione con apertura completa dell'albuginea fino all'ilo testicolare ed effettuazione di microtese con asportazione dei tubuli con pinze da gioielliere in differenti aree della sezione di taglio (almeno 20 prelievi). Tutti i tubuli ottenuti con microtese venivano processati insieme per ricerca degli spermatozoi a fresco e dopo centrifugazione. 3) TESE multipla tradizionale dal testicolo controlaterale con ricerca spermatozoi a fresco e dopo centrifugazione. Sono state confrontate le percentuali di recupero spermatozoi con prelievo singolo iniziale, con microtese e con prelievi multipli dal testicolo controlaterale.

Risultati. In 46 casi (74%) non sono stati recuperati spermatozoi con nessuno dei tre tipi di prelievo mentre in 16 casi (26%) sono stati recuperati spermatozoi. Di quest'ultimi 16 casi, 15 (24,4% del totale) hanno avuto un recupero sia nel prelievo singolo che nella microtese che nei prelievi controlaterali, e solo 1 (1,6% del totale) ha avuto recupero di spermatozoi solo nella microtese e non nel prelievo singolo o nei prelievi multipli controlaterali. Sono stati effettuati 11 cicli ICSI con spermatozoi congelati o freschi ottenendo 5 gravidanze, di cui una biochimica, una terminata con aborto spontaneo all'ottava settimana e tre a termine con nascita di 4 bambini sani (una gravidanza gemellare).

Conclusioni. I dati ottenuti dimostrano che nei casi di NOA a prognosi più sfavorevole il tasso di recupero di spermatozoi (26%) è inferiore alle percentuali riportate in letteratura e che l'impiego della microtese così come da noi effettuata riesce a migliorarlo di poco. Infatti, dei 16 casi con recupero positivo solo 1 (1,6% del totale) è riconducibile all'impiego della microtese, mentre 15 avrebbero avuto successo anche con il solo prelievo iniziale, singolo e meno invasivo, di TESE. La tecnica graduale di microtese da noi proposta ottimizza l'impiego di questa tecnica limitandone l'impiego ai soli casi che la necessitano riducendo così l'invasività del recupero di spermatozoi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C21

LA FECONDAZIONE IN VITRO NEI PAZIENTI AZOOSPERMICI AFFETTI DA FIBROSI CISTICA O DA PATOLOGIA CFTR CORRELATA

Franco Gadda¹, Alessio Paffoni², Vera Bianchi³, Maria-pia Serrago¹, Gabriele Cozzi¹, Andrea Conti¹, Pizzamiglio Giovanna⁴, Faustina Lalatta³, Edgardo Somigliana², Francesco Rocco¹

¹Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano U.O.C. Urologia; ²U.O. Sterilità di Coppia; ³U.O. Genetica Medica; ⁴U.O. Fibrosi Cistica dell'adulto

Introduzione e obiettivi. L'assenza congenita bilaterale dei vasi deferenti (CBAVD) è associata a mutazioni del

gene Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR). Oltre alla forma classica di fibrosi cistica (FC), vi sono patologie CFTR-correlate in cui l'azoospermia ostruttiva è la principale manifestazione clinica al momento della diagnosi. Scopo di questo lavoro è riportare l'esperienza di recupero ed utilizzo di spermatozoi in pz azoospermici con mutazione CFTR. **Materiali e metodi.** Dal 1/3/2005 al 1/3/2013 i pz con FC desiderosi di prole o azoospermici con riscontro di almeno una mutazione a carico del gene CFTR sono stati sottoposti a visita andrologica. Dopo counselling genetico e consenso informato i pz sono stati sottoposti a PESA+ ev.TESE. Gli spz recuperati sono stati crioconservati in attesa della procedura di fecondazione in vitro.

Risultati. Sono stati individuati 42 pz con CBAVD, di cui 19 (45%) affetti da FC classica e 23 (55%) affetti da patologie CFTR correlate. 25 pz sono stati sottoposti a ricerca di spz secondo la seguente modalità: 19 (76%) casi PESA; 6 (24%) casi PESA + TESE. In 23 pz su 25 la ricerca di spz ha dato esito positivo, pari ad un tasso di recupero del 92% (95% CI 74%-99%). Per i 2 pz con esito negativo, è stato eseguito solo l'intervento PESA (rischio anestesilogico elevato per TESE). In media sono state crioconservate 9 ± 2 paillettes da 0.3 ml per pz. Ad oggi sono stati eseguiti 33 cicli di ICSI in 17 coppie che hanno fatto ricorso agli spz crioconservati. Il tasso di fecondazione per ovocita inseminato è stato del 72% (95%CI: 65-79%). Sono stati trasferiti in utero 72 embrioni che hanno dato origine a 16 camere gestazionali in 12 gravidanze (tasso di impianto: 22%, 95% CI: 13-34%). Il tasso di gravidanza per coppia è stato pari al 65% (11/17) (95%CI: 38%-86%). L'outcome delle gravidanze è il seguente: 1 aborto spontaneo > 12 settimana; 4 gravidanze evolutive in corso; 7 gravidanze a termine con nascita.

Conclusioni. Nel 92% dei pz con CBAVD possono essere recuperati spz utili alla fecondazione in vitro. La ICSI offre possibilità di successo soddisfacenti, non inferiori a quelle ottenibili con spz eiaculati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C22

TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO DELL'AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA. ANCORA ATTUALE? TECNICHE E RISULTATI

M. Rizzo, P. Umari, G. Chiriaco, G. Ollandini, S. Bucci, G. Liguori, F. Vedovo, E. Belgrano, C. Trombetta
Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara Università degli Studi di Trieste

Introduzione e obiettivi. L'azoospermia ostruttiva (AO) è l'assenza completa di spermatozoi nell'eiaculato nonostante una normale spermatogenesi. L'AO coinvolge fino al 15% degli uomini infertili ed è dovuta all'ostruzione delle vie seminali. Attualmente i pazienti affetti da AO possono ottenere una gravidanza tramite trattamenti di procreazione medicalmente assistita (PMA) oppure ricanalizzazione microchirurgica delle vie

seminali. Riportiamo qui la nostra esperienza nel trattamento microchirurgico dell'AO.

Materiali e metodi. Dal Marzo 1995 al Gennaio 2013, 67 pz sono stati sottoposti a trattamento microchirurgico per AO e 46 di questi sono stati disponibili al follow-up. L'età media era di 41 anni (range 24-56). I pz avevano eseguito una valutazione andrologica preoperatoria completa. I criteri di inclusione erano: azoospermia confermata da almeno 2 spermioigrammi; normali valori di testosterone ed FSH; documentata spermatogenesi. Di questi 46 pz, 23 sono stati sottoposti a vasovasostomia (2 monolateralmente), 10 ad epididimovasostomia (4 monolateralmente), 5 a tubulovasostomia (2 monolateralmente); 7 ad epididimovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro e 1 a vasovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro. I pz hanno eseguito uno spermioigramma a 1 e 3 mesi; la ricanalizzazione è stata considerata efficace laddove sono stati rilevati almeno 10 milioni di spermatozoi/ml.

Risultati. La pervietà delle vie seminali è stata riscontrata in 26 pz (54%) così suddivisi: 15 sottoposti a vasovasostomia (61%); 3 sottoposti a epididimovasostomia (11%); 4 sottoposti a tubulovasostomia (15%); 3 sottoposti a tubulo + epididimovasostomia (11%) e 1 sottoposto a tubulo + vasovasostomia (4%). 10 gravidanze (26%) sono state ottenute, di queste 8 in Pz sottoposti a vasovasostomia, 1 in Pz sottoposto a tubulovasostomia bilaterale e 1 a tubulovasostomia e vasovasostomia.

Conclusioni. Riteniamo che il tasso di gravidanze che abbiamo ottenuto seppur basso sia soddisfacente: infatti il tasso di gravidanza dopo ICSI è sempre inferiore 45%. Il trattamento microchirurgico è un'opzione terapeutica efficace soprattutto dal punto di vista del rapporto costo-beneficio rispetto alle altre tecniche di PMA in particolare in riferimento alla ICSI inoltre non espone la partner femminile alle complicità di queste tecniche. Queste considerazioni ci portano a ritenere le tecniche di ricanalizzazione microchirurgica una valida opzione terapeutica nel trattamento della AO.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C23

STUDIO COMPARATIVO DELLO SVILUPPO CINETICO DEGLI EMBRIONI IN PAZIENTI CON SPERMATOZOI TESTICOLARI E IN PAZIENTI CON SPERMATOZOI DA EIACULATO

Filomena Scarselli¹, Valentina Casciani¹, Mario Terribile¹, Annamaria Lobascio¹, Alessandro Colasante¹, Daniela Zavaglia¹, Giorgio Franco², Maria Giulia Minasi¹, Ermanno Greco¹

¹Dipartimento di Medicina della Riproduzione, European Hospital, Roma; ²Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione e obiettivi. È noto che esiste una differenza nel grado di maturazione nucleare tra gli spermatozoi testicolari e quelli eiaculati. Durante la spermiogenesi, il transito dello spermatozoo nel tratto epididimale favori-

sce l'impacchettamento del DNA spermatico attraverso la defosforilazione delle protamine e la formazione di ponti molecolari. Altre differenze nella maturità spermatica possono coinvolgere i centrioli, implicati nella divisione embrionale. Su queste osservazioni, la maturità spermatica potrebbe modificare i tempi di fertilizzazione e le successive divisioni cellulari. Il nostro obiettivo è stato quello di comparare fino alla terza giornata, con l'uso della tecnologia del time-lapse, lo sviluppo degli embrioni ottenuti da cicli di iniezione intracitoplasmatica (ICSI) effettuati con spermatozoi provenienti da biopsia testicolare o da eiaculato.

Materiali e metodi. In questo studio retrospettivo, effettuato da settembre 2012 a gennaio 2013, abbiamo analizzato le cinetiche degli embrioni ottenuti da spermatozoi testicolari (TS) (n = 40 embrioni) e da spermatozoi eiaculati (ES) (n = 101 embrioni). I marker di sviluppo analizzati sono stati: l'estrusione del secondo corpo polare, la comparsa e la scomparsa dei due pronuclei e la divisione embrionale da 2 a 8 cellule. Il tempo di clivaggio è stato osservato su tutti gli embrioni (gruppo TS: 9 ICSI, età media femminile=33.78; gruppo ES: 25 ICSI, età media femminile 35.5). Sono stati osservati solo gli oociti fertilizzati correttamente (40/50 = 80% in TS; 101/117 = 86.3% in ES, NS).

L'analisi statistica è stata effettuata usando il T-student test.

Risultati. Il secondo corpo polare è stato estruso nel gruppo TS a 3.86 ore (h) mentre nel gruppo ES a 4.03h. La formazione dei pronuclei è avvenuta nel gruppo TS a 10.05h mentre nel gruppo ES a 10.33h. La scomparsa dei pronuclei è stata nel gruppo TS a 24.93h e nel gruppo ES a 23.91h. Il clivaggio a 2 e 3 cellule è stato uguale per entrambi i gruppi, mentre lo sviluppo degli embrioni a 4 cellule è stato nel gruppo ES a 39.07h e nel gruppo TS a 42.08h. Lo stadio di 8 cellule per il gruppo TS è stato osservato a 54.99h, mentre per il gruppo ES a 57.56h.

Conclusioni. Dal nostro studio non emergono differenze significative tra i due gruppi, eccetto per la formazione del secondo corpo polare, che risulta essere anticipato nel gruppo TS. Inoltre è stata osservata una differenza non significativa nel clivaggio a 4 cellule che risulta essere ritardato nel gruppo TS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C24

SONDAGGIO NAZIONALE SULLA GESTIONE DELLE STENOSI URETRALI MASCHILI IN ITALIA

Enzo Palminteri¹, Serena Maruccia², Elisa Berdondini¹, Dipierro Giovanni³, Omid Sedigh⁴, Francesco Rocco⁵

¹Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; ²Dipartimento di Urologia, Ospedale San Donato, Milano; ³Dipartimento di Urologia, Università La Sapienza, Roma; ⁴Dipartimento di Urologia, Ospedale Le Molinette, Torino; ⁵Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano, Milano

Introduzione e obiettivi. Sebbene la letteratura suggerisca che l'uretroplastica ha una percentuale di successo

superiore alle procedure meno invasive, non esiste consenso sul trattamento delle stenosi uretrali. Il numero ed i tipi di procedure effettuate nelle varie nazioni non sono accertati. Noi abbiamo effettuato un sondaggio nazionale tra gli urologi sulla gestione delle stenosi uretrali maschili in Italia.

Materiali e metodi. Abbiamo condotto una indagine tramite questionario su 523 urologi Italiani distribuiti tra Nord, Centro e Sud dell'Italia.

Risultati. L'Uretrotomia Interna (UI) (81.8%) e le Dilatazioni (62.5%), sono risultate le procedure più usate, anche se la maggior parte degli urologi (71.5%) considera la UI appropriata solo per stenosi < 1.5 cm; il 12 % degli urologi ha dichiarato di usare gli Stent. Il 60.8% degli urologi non effettua uretroplastiche, il 30.8% effettua annualmente da 1 a 5 uretroplastiche e solo l'8.5% effettua più di 5 uretroplastiche per anno. Il tipo di uretroplastica più frequentemente effettuata è risultata l'uretroplastica in tempo unico con innesto a toppa di ampliamento (21.2%), impiegando soprattutto la mucosa buccale (16.8%), prelevata dalla guancia (13.8%) e posizionata ventralmente (11.3%). L'Anastomosi termino-terminale è effettuata dall'8.6% degli urologi. I metodi diagnostici e di follow-up usati variano notevolmente.

Conclusioni. In Italia, le procedure minimalmente invasive rappresentano il tipo di trattamento per le stenosi uretrali più comunemente utilizzato. Solo una minima parte degli urologi effettua l'uretroplastica: il numero di uretroplastiche effettuate per anno è basso e non garantisce l'acquisizione di un'adeguata esperienza chirurgica. L'uso della tradizionale Anastomosi termino-terminale è stato superato dall'impiego della mucosa buccale. Non esiste uniformità nella metodologia diagnostica e nel follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C25

L'IMPATTO DELLE URETROPLASTICHE BULBARI CON MUCOSA BUCCALE SULLA VITA SESSUALE

Enzo Palminteri¹, Cosimo De Nunzio², Elisa Berdoni¹, Lorenzo Larocca³, Luca Timossi⁴

¹Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; ²Dipartimento di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, Roma; ³Dipartimento di Urologia, Ospedale di Martina Franca; ⁴Centro Urologia, Alessandria

Introduzione e obiettivi. Abbiamo determinato l'effetto della riparazione delle stenosi bulbare con innesto ventrale di mucosa buccale (MB) sulla funzione eiaculatoria, sulla funzione erettile e sulla vita sessuale.

Materiali e metodi. Tra il 2009 ed il 2010, 52 pazienti sottoposti a Uretroplastica Bulbare con innesto ventrale di MB sono stati valutati tramite questionari mirati alla valutazione dei disturbi sessuali prima e dopo la chirurgia. Tutti i pazienti hanno completato pre e post-operatoriamente il questionario validato MSHQ e post-operatoriamente un questionario non validato ma adattato allo studio della funzione sessuale dopo uretroplastica.

Risultati. Prima dell'uretroplastica, la maggior parte dei pazienti riferivano disturbi eiaculatori influenzanti la qualità della vita; molti (34.6%) pazienti temevano un peggioramento post-operatorio della vita sessuale. Dopo l'uretroplastica, nessuno ha riportato un peggioramento dell'erezione, mentre la maggior parte ha riferito un miglioramento dell'eiaculazione con riguardo alla forza, volume e piacere dell'eiaculazione; 42% dei pazienti hanno riferito disturbi della sensibilità scrotoperineale e 15% hanno riferito cambiamenti estetici dei genitali ma senza impatto sulla vita sessuale. C'è stato un significativo miglioramento nell'attività e desiderio sessuale, relazione con il partner e qualità della vita sessuale. Tutti hanno riportato un miglioramento della qualità della vita e sono soddisfatti del risultato finale dell'uretroplastica.

Conclusioni. La stenosi uretrale può determinare disturbi eiaculatori che influenzano la qualità della vita. I pazienti temono le ipotetiche complicanze dell'Uretroplastica, in particolare quelle sessuali. Il nostro studio dimostra che l'Uretroplastica bulbare con innesto ventrale di MB è un intervento minimalmente aggressivo che non causa complicanze sessuali, ma anzi determina un miglioramento della funzione sessuale ed eiaculatoria, e della qualità della vita sessuale in generale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C26

ANALISI MULTIVARIABILE DEI FATTORI DI RISCHIO NEI RISULTATI DELLE URETROPLASTICHE BULBARI VENTRALI "ONE STAGE"

Guido Barbagli¹, Salvatore Sansalone², Giuseppe Vespasiani², Alessandro Larcher³, Nicola Fossati³, Giuseppe Romano¹, Sebastiano Cimino⁴, Massimo Lazzeri³

¹Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra, Arezzo; ²Dipartimento di Medicina e Chirurgia Sperimentale Università di Tor Vergata, Roma; ³Dipartimento di Urologia, Università-Ospedale San Raffaele, Milano; ⁴Dipartimento di Urologia, Università di Catania

Introduzione e obiettivi. Si suggerisce l'uretroplastica con innesto ventrale onlay di graft di mucosa orale per l'eccellente supporto che il corpo spongioso dell'uretra fornisce al graft. In questo studio, abbiamo studiato i fattori predittivi del successo di questa tecnica chirurgica con una analisi di regressione logistica multivariabile.

Materiali e metodi. abbiamo eseguito uno studio osservazionale, descrittivo retrospettivo su 214 pazienti sottoposti ad uretroplastica per stenosi dell'uretra bulbare tra maggio 1999 e novembre 2010 in un unico centro ad alto volume/flusso di pazienti. Il criterio fondamentale di inclusione nello studio dei pazienti è stato la presenza di stenosi non traumatiche dell'uretra bulbare oscillanti da 1,3 a 6,8 cm di lunghezza (lunghezza mediana stenosi = 4,4 cm). I criteri di esclusione sono stati, invece, le stenosi traumatiche, le stenosi pan-uretrali, il lichen sclerosus, le ipospadie fallite e le lesioni cancerose. In tutti i pazienti il trapianto di mucosa

orale è stato posto sulla superficie ventrale dell'uretra bulbare. L'outcome primario è stato il risultato obiettivo, definito come l'assenza di stenosi recidiva al follow-up. Il risultato obiettivo è stato considerato un fallimento, quando si è resa necessaria qualche manovra strumentale nel post-operatorio. Tutti i test statistici effettuati sono "two tailed" con un livello di significatività fissato a 0.05. Il follow-up è statodi 54 mesi.

Risultati. Dei 214 pazienti, 183 (85,5%) sono andati incontro a successo e 31 (14,5%) a fallimento. Il Q_{max} preoperatorio è stato predittivo significativamente di risultato chirurgico (OR 1.352; $p = 0.001$). Età, lunghezza e tipo di stenosi, ed eventuali trattamenti precedenti non sono stati predittivi significativamente di risultato chirurgico (all $p > 0,05$).

Conclusioni. L'uretroplastica con innesto ventrale di mucosa orale rappresenta una valida opzione per il trattamento di stenosi bulbari non-traumatiche. Il Q_{max} preoperatorio può essere predittivo di fallimento dell'uretroplastica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C27

CONFRONTO TRA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VS ROBOTICA ESEGUITE CON INTENTO DI RISPARMIO BILATERALE DEI BUNDLE NEURO-VASCOLARI: COMPARAZIONE A SINGOLO CHIRURGO DEI TASSI DI PENTAFACTA

Anastasios D. Asimakopoulos^{1,3}, Mirko Florio¹, Beniamino Iorio¹, Giuseppe Vespasiani², Enrico Spera¹, Camille Mugnier³

¹UOC of Urology, Department of Surgery, University of Rome Tor Vergata, Policlinico Casilino, Rome, Italy; ²UOC of Urology, Department of Surgery, University of Rome Tor Vergata, Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy; ³Division of Urology, Clinique Saint-Augustin, Bordeaux, France

Scopo. Obiettivo di questo lavoro era di comparare i rate di pentafecta tra prostatectomia radicale laparoscopica (LRP) e robot-assistita (RALP) e di identificare fattori prognostici predittivi di pentafecta per ogni tecnica.

Materiali e metodi. 248 pazienti consecutivi con tumore prostatico clinicamente localizzato, età < 70 anni, PSA < 10 ng/ml, Gleason score della biopsia < 7, continenti, potenti e candidati alla LRP o RALP con intento alla preservazione bilaterale dei bundle neuro-vascolari (bilateral nerve-sparing, BNS) sono stati arruolati in uno studio prospettico, comparativo, non randomizzato. I rate di pentafecta tra LRP e RALP sono stati comparati. Un modello di regressione logistica è stato sviluppato per valutare fattori indipendenti che predicano il raggiungimento di pentafecta.

Risultati. 91 pazienti sottoposti ad LRP e 136 pazienti sottoposti a RALP sono stati compresi nell'analisi definitiva. Il follow-up mediano era di 21 e 18 mesi rispettivamente ($p = 0.07$). 87/227 pazienti hanno raggiunto il pentafecta (25 in LRP (27.5%) vs 62 in RALP (45.6%), $p = 0.006$). 90/140 pazienti non hanno raggiunto il pen-

tafecta per un parametro mancante che era, nel 66.7% dei casi la potenza sessuale con una differenza significativa tra i 2 gruppi (80% vs 53.3%, $p = 0.007$). L'età minore, lo stadio patologico più basso e l'utilizzo della piattaforma robotica erano fattori significativamente associati al pentafecta sia nell'analisi uni variata che nella multivariata. Per la malattia localmente avanzata (pT3) le due tecniche non differiscono in maniera significativa nel raggiungimento di pentafecta.

Conclusioni. Pazienti sottoposti a prostatectomia radicale BNS hanno complessivamente basse possibilità di raggiungere il pentafecta. Nelle mani di un singolo, esperto chirurgo l'utilizzo del robot aumenta significativamente la possibilità di raggiungere il pentafecta indipendentemente dallo stadio patologico della malattia e dall'età del paziente. La potenza sessuale era l'outcome più difficilmente raggiungibile dopo la chirurgia e rappresentava il fattore principale di fallimento del pentafecta. La LRP e la RALP risultano sovrapponibili nel raggiungimento di pentafecta per la malattia localmente avanzata o quando la potenza sessuale non è obiettivo della chirurgia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C28

NEOPLASIA A CELLULE GERMINALI INTRATUBULARE E MULTIFOCALITÀ NEI TUMORI TESTICOLARI A CELLULE GERMINALI

Vincenzo Favilla¹, Fabio Spitaleri¹, Daniele Urzi¹, Giorgio Ivan Russo¹, Sebastiano Cimino¹, Tommaso Castelli¹, Massimo Madonia², Giammarco Garau², Carlo Corbu², Furio Pirozzi Farina², Alberto Saita¹, Giuseppe Morgi¹

¹Clinica Urologica, Università di Catania; ²Clinica Urologica, Università di Sassari

Introduzione e obiettivi. Il trattamento gold standard dei tumori testicolari è rappresentato dall'orchifuniculectomia. In pazienti altamente selezionati, al fine di preservare la fertilità e la funzione gonadica, è possibile proporre un approccio chirurgico conservativo (testis sparing surgery). Tuttavia, la radicalità oncologica di tale opzione terapeutica è molto dibattuta. Obiettivo del nostro studio è stato quello di determinare la prevalenza istologica nei tumori testicolari della neoplasia a cellule germinali intratubulare (Tis) e della multifocalità delle lesioni.

Materiali e metodi. Sono stati inclusi nello studio 126 campioni di testicoli prelevati tra il 2003 ed il 2013 per neoplasia testicolare a cellule germinali (TCG). La multifocalità delle lesioni è stata definita come la presenza di due o più foci neoplastici distinti dalla massa tumorale principale. Il Tis è stato definito come la presenza di tumore microinvasivo, caratterizzato da un singolo o piccoli gruppi di cellule germinali maligne intratubulari, disseminate nel contesto di un parenchima testicolare normale.

Risultati. L'analisi istologica ha documentato: 76 (60.3%) seminomi puri, 29 (19%) TCG non seminoma-

tosì e 26 (20.6%) TCG di tipo misto includenti una componente seminomatosa. Il diametro tumorale medio è risultato di 3.94 cm. Un diametro tumorale superiore a 4 cm è stato riscontrato in 41 casi (38%). L'invasione linfo-vascolare e della rete testis è stata documentata in 48 (38%) e 34 (27%) casi rispettivamente. La multifocalità è stata identificata in 19 (15%), 5 (3.9%) e 9 (7.1%) casi di seminoma, TCG non seminomatosi e TCG di tipo misto rispettivamente. Il Tis è stato descritto in 26 (20.6%), 10 (7.9%) e 9 (7.1%) casi di seminoma, TCG non seminomatosi e TCG di tipo misto rispettivamente. In relazione al diametro della lesione tumorale principale, rispettivamente = 1 cm, 1.1-2 cm, 2.1-3 cm, 3.1-4 cm e > 4 cm, la multifocalità era presente in 2 (1.6%), 9 (7.1%), 9 (7.1%), 4 (3.1%) e 9 (7.1%) ed il Tis in 0 (0%), 10 (7.9%), 6 (4.7%), 9 (7.1%) e 21 (16.6%) casi rispettivamente di seminomi, TCG non seminomatosi e TCG di tipo misto.

Conclusioni. La multifocalità delle lesioni e il Tis risultano più frequentemente associati ai TCG con istotipo seminomatoso. La loro prevalenza, tuttavia, risulta bassa nelle lesioni = 1 cm. Questi risultati dovrebbero essere valutati, al fine di garantire la radicalità oncologica nella chirurgia testis sparing

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C29

IL TRATTAMENTO DEL VARICOCELE PEDIATRICO E ADOLESCENZIALE: METODICHE A CONFRONTO NELL'ESPERIENZA VENTENNALE DI UN SINGOLO CENTRO

Guido Fiocca¹, Vincenzo Davide Catania², Giovanna Grella², Nino Guarino¹, Stefano Pieri¹, Alessandro Calisti¹

¹Az. Osp. S. Camillo-Forlanini, U.O.C. di Chirurgia e Urologia Pediatrica, Roma ²Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione e obiettivi. L'incidenza del Varicocele pediatrico-adolescenziale (VPA) è riportata tra il 4 e il 15%. Mentre esistono indicazioni all'intervento abbastanza condivise, è ancora aperto il dibattito sulla scelta della tecnica operatoria. Sulla base della nostra esperienza ventennale abbiamo eseguito una valutazione retrospettiva dei casi trattati confrontando le varie metodiche adottate nel tempo in ordine a invasività, complicità, costi e risultati.

Materiali e metodi. Sono stati raccolti i dati di tutti i casi di VPA di età inferiore a 18 anni giunti al nostro ambulatorio di andrologia pediatrica tra il 1991 e il 2012. Di ognuno di essi è stata rivista la storia clinica, la strategia operatoria, il decorso e i risultati.

Risultati. Sono stati valutati ambulatorialmente 3286 pazienti con sospetto di VPA. In accordo con le *Linee Guida della Società Italiana di Andrologia*, in accordo con la *Società Italiana di Chirurgia Pediatrica*, sono stati confermati e trattati 2156 VPA con reflusso continuo all'esame doppler maggiore o uguale al 3° grado, o con sintomatologia associata (ipotrofia testicolare, dolore). L'età mediana al trattamento era di 12.02 anni (range

5,00-17,11). Sono state eseguite 1157 Sclerosi Anterograde (SA), 677 Sclerosi Retrograde (SR) e 322 interventi secondo Palomo (PA). Sia la SA che la SR hanno richiesto solo l'anestesia locale. Il tempo medio operatorio (anestesia & chirurgia) è stato 22 minuti per la SA, 18' per la SR e 62' per la PA. Il tasso di complicanze è stato 3% per le SA (sanguinamento o conversione a PA, recidiva), 16.5% per le SR (impossibilità anatomica ad eseguire la sclerosi, recidiva) e 7% per le PA (idrocele, ematomi, infezione ferita, recidiva). Un solo caso di atrofia testicolare è stato riportato dopo PA. Il tempo medio di deospedalizzazione è stato di 5 ore per le SA, 4 ore per le SR e 15 ore per le PA.

Conclusioni. Le tre tecniche per il trattamento del VPA offrono un tasso di successo simile, tuttavia la SA sembra essere il miglior trattamento poiché tecnicamente riproducibile, maggiormente economica e con una minore percentuale di recidive. La possibilità di poter eseguire la SA senza anestesia generale, con una brevissima degenza e con un bassissimo tasso di complicanze sono senza dubbio i punti di forza di questa tecnica che la rendono maggiormente tollerata dalla popolazione pediatrica-adolescenziale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C30

CORREZIONE DEL VARICOCELE E MIGLIORAMENTO DEI PARAMETRIC SEMINALI: TRE TECNICHE A CONFRONTO

Giorgio Ollandini¹, Giovanni Liguori¹, Stanislaw Ziaran², Tomàs Mälek², Giorgio Mazzon¹, Bernardino de Concilio¹, Stefano Bucci¹, Sara Benvenuto¹, Emanuele Belgrano¹, Carlo Trombetta¹

¹Università degli studi di Trieste, Clinica Urologica; ²Urology clinic, University hospital in Bratislava, Comenius University, Bratislava, Slovakia

Introduzione e obiettivi. È noto che la correzione del varicocele induca un miglioramento significativo dei parametri seminali. Benché numerosi studi siano volti a comparare le diverse tecniche in termini di costi e tempi operatori, pochi di essi si focalizzano sull'outcome dei parametri seminali. Il nostro studio è mirato a verificare se vi siano differenze in termini di variazione dei parametri seminali tra le tre tecniche analizzate.

Materiali e metodi. Su un totale di 523 pazienti trattati in 2 centri europei, 427 sono stati inclusi, rientrando nei criteri previsti (non recidive, non disordini endocrinologici, non anomalie anatomiche). I pazienti sono stati suddivisi in base alla procedura eseguita. Le procedure eseguite sono state le seguenti: Legatura inguinale secondo Ivanissevich (LI), Legatura Laparoscopica 'Lymphatic-sparing' (LL), e sclerotizzazione retrograda percutanea della vena spermatica interna (SR). Nei casi in cui non fosse stato possibile eseguire la sclerotizzazione retrograda per motivazioni anatomiche, è stata eseguita la sclerotizzazione anterograde secondo Tauber durante la stessa ses-

sione. I parametri analizzati sono stati: concentrazione spermatica (mil/mL, CS), e percentuale di Forme mobili (a+b, FM). L'analisi statistica è stata condotta con software SPSS 17.0.

Risultati. Numero dei pazienti: LI: 68, LL: 75, SR: 284. Età media: 30,2 (DS 6,83); la CS è variata da 18,2 a 30,1 (IC 95% 27,3-32,9; $p < 0,001$). La FM da 25,6 a 32,56 (IC 95%: 30,9-34,2; $p < 0,001$). LI: CS è variata da 16,9 a 18,2 ($p < 0,001$); la FM da 29% a 33% ($p < 0,001$). LL: CS è variata da 15,5 a 17,2 ($p < 0,001$); la FM da 24% a 32% ($p < 0,001$); SR: CS è variata da 18,9 a 36,2 ($p < 0,001$); la FM da 24% a 32% ($p < 0,001$). L'analisi univariata e multivariata conferma la differente variazione di CS nei pazienti del gruppo SR rispetto ai pazienti dei gruppi LI e LL ($p < 0,001$). Tale variazione non appare influenzata da età e grado del varicocele. Non vi sono differenze di variazioni significative riguardo alla motilità.

Conclusioni. La correzione del varicocele induce un miglioramento dei parametri seminali significativo. Dal nostro studio emerge come tale miglioramento sia più evidente nei pazienti trattati mediante sclerotizzazione: ciò può essere ascritto ad un minor rischio di danni arteriosi, lifatici, e ad una perfetta comprensione mediante venografia dell'assetto venoso, in modo da poter sclerotizzare anche rami minori collaterali refluenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C31

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

Enrico Caraceni¹, Angelo Marronaro², Giovanni Angelozzi²

¹Direttore U.O. Urologia, Civitanova Marche, ASUR AREA VASTA 3; ²Dirigente medico U.O. Urologia Civitanova Marche, ASUR Area Vasta³

Introduzione. Al fine di evitare l'accorciamento del pene dopo terapia chirurgica per la Malattia di Peyronie (PD) abbiamo utilizzato la tecnica di corporoplastica di Paulo Egydio con il patch *Xenform*® che è un materiale di collagene acellulare utilizzato per altre procedure chirurgiche. Noi lo abbiamo testato per colmare il difetto dell'albuginea nei pazienti con recurvatum grave e trattati con tecnica di Paulo Egydio. Riportiamo i nostri risultati nel trattamento di pazienti con curvatura complessa con buona funzione erettile preoperatoria.

Metodi e risultati. Tra ottobre 2010 e gennaio 2013 abbiamo trattato 15 pazienti con recurvatum severo stabilizzato da PD senza deficit erettile (DE). Tutte le procedure sono state eseguite dallo stesso chirurgo. In tutti i casi il recurvatum impediva la penetrazione e variava da un minimo di 40° ad un massimo di 90°. Il recurvatum medio del pene era 80°. L'iter diagnostico preoperatorio ha compreso l'anamnesi e la valutazione della funzione erettile così come della curva-

tura del pene con il questionario IIEF 15, l'ecocolordoppler penieno dinamico. A tutti i pazienti è stato anche chiesto di fare una foto del pene in erezione.

Risultati. La media del punteggio post-operatoria dell'IIEF 15 ha mostrato una buona attività sessuale con pochi casi di de-novo DE. Il tempo operatorio medio è stato di 2 ore e 30 minuti. I pazienti sono stati tutti dimessi dopo 48-72 ore. Non si è verificato accorciamento del pene dopo la correzione chirurgica in tutti i pazienti trattati e nessuno lamentava dolore o segni di infiammazione. La maggior parte dei pazienti ha ripreso i rapporti sessuali con soddisfazione. Il patch è ben adattabile alla albuginea anche se l'innesto è spesso palpabile nei primi 6 mesi dopo l'intervento. Nessun paziente ha rivendicato disagio a causa dell'innesto e il patch non si è accorciato durante il follow-up post-operatorio.

Conclusioni. La corporoplastica di Paulo Egydio con innesto di patch *Xenform*® sembra essere una opzione valida in caso di recurvatum grave e consente di preservare sia la lunghezza del pene che la funzione erettile. Lo *Xenform*® riesce a sostituirsi all'albuginea in termini di spessore e consistenza.

È sufficiente anche per i grandi difetti senza bisogno di materiali multistrato. A differenza di altri patch *Xenform*® è completamente impermeabile. In conclusione *Xenform*® può essere il patch ideale da utilizzare nella correzione chirurgica recurvatum severo da PD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C32

PRESERVAZIONE DELLA LUNGHEZZA DEL PENE DOPO IMPIANTO LA PROTESI AMS 700 LGX

Paradiso Matteo, Negro Carlo Luigi Augusto, Rocca Alessandro, Bardari Franco

SOC Urologia - Ospedale Cardinal Massaia ASL 19 - ASTI

Introduzione. La lunghezza del pene è una delle cause di insoddisfazione del paziente sottoposto a posizionamento di protesi peniena idraulica. La protesi AMS 700 LGX offre un allungamento longitudinale e circonferenziale dei cilindri. Scopi dello studio: 1. valutare l'incremento di lunghezza del pene eretto 2. valutare la soddisfazione del paziente riguardo la lunghezza finale del pene in erezione

Materiali e metodi. Dal 02/09 al 04/12 45 pazienti hanno ricevuto una protesi AMS 700 LGX. Sono state effettuate 3 misurazioni della lunghezza del pene dalla sinfisi pubica al meato uretrale lungo il dorso con: 1. pene stirato 2. erezione al 50% - P50 3. erezione al 100% - P100 Le misurazioni sono state eseguite al momento dell'intervento (T0), a 6 e 12 mesi. Tutti i pazienti hanno compilato il questionario EDITS ed il questionario IIEF modificato (mIIEF) e risposto alla domanda "è soddisfatto della lunghezza del suo pene in erezione?" ad ogni controllo. I pazienti sono stati sottoposti a follow-up semestrale per il primo anno, quindi annuale.

Risultati. La lunghezza media del pene stirato al T0 a 6 e 12 mesi era 13,13 cm (1,18 cm), 13,72 cm (1,15

cm), 14,26 cm (1,22 cm) rispettivamente, con media-mente + 1.13 (0.35 cm) a 12 mesi rispetto al basale ($p = 0.0001$). La lunghezza media P50 e P100 al T0 era 13,07 cm (1,2 cm) e 13,93 cm (1,3 cm) ($p = 0.002$); P50 e P100 a 6 mesi erano 13,07 cm (1,2 cm) e 14,36 cm (1,3 cm) ($p = 0.0001$), mentre a 12 mesi P50 e P100 erano di 13,07 cm (1,2 cm) e 14,41 cm (1,3 cm). Si è rilevata una differenza significativa di P100 vs P50 a 6 e 12 mesi (+ 10% ovvero + 1.26 cm - 0.41) a 12 mesi). L'80% dei pazienti ha risposto di essere soddisfatto della lunghezza del pene in erezione. Lo score medio di mIIEF score a 6 e 12 mesi era 7.6 (1.36) and 8.6 (1.1) ($p = 0.0001$) per il dominio 'desiderio', 7.3 (1.2) e 8.3 (1.5) ($p = 0.002$), per il dominio 'soddisfazione globale'. Lo score medio dell'E-DITS a 6 e 12 mesi era 76.9 (12.8) e 77.8 (13.5) ($p = 0.76$) rispettivamente.

Conclusioni. La protesi AMS 700 LGX si è rivelata un ottimo strumento nella preservazione della lunghezza del pene, con un recupero del 10% della lunghezza del pene eretto. Inoltre il risultato del mIIEF dimostra un miglioramento nella seconda metà del primo anno post-chirurgia suggerendo una curva di apprendimento nella gestione non solo meccanica della protesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C33

LEGATURA MICROCHIRURGICA DEL VARICOCELE: IL MICRODOPPLER VASCOLARE INTROPERATORIO RENDE PIÙ ACCURATA LA PRESERVAZIONE DELLE ARTERIE GONADICHE

Giuseppe Maio

Unità di Andrologia Chirurgica - Casa di Cura Città di Rovigo - Casa di Cura Città di Udine

Introduzione e obiettivi dello studio. La tecnica di legatura microchirurgica del varicocele introdotta da Marmar e rivisitata da Goldstein prevede la preservazione dei vasi linfatici e delle arterie gonadiche. Il riconoscimento delle arterie può risultare indaginoso, time consuming e talvolta non sicuro. Allo scopo di migliorare l'identificazione delle arterie gonadiche è stato introdotto di recente l'uso del doppler vascolare intraoperatorio. Un solo studio in letteratura riporta risultati con tale tecnica (Cocuzza et al. *Fertil Steril* 2010; 93:2396). **Obiettivi del presente studio.** Verificare se l'uso della sonda doppler intra-operatoria rappresenti un vantaggio rispetto alla tecnica standard in termini di rami arteriosi risparmiati e tempi di intervento.

Materiali e metodi. Dall'ottobre 2011 al marzo 2013, sono stati eseguiti 167 interventi di legatura microchirurgica sub inguinale per varicocele. Gli ultimi 65 di questi (gruppo A), eseguiti con l'ausilio di sonda microdoppler vascolare 20 Mhz, i restanti 102 operati con tecnica standard (gruppo B). Indicazioni chirurgiche: alterazioni seminali (WHO 2010), algie testicolari importanti e persistenti, ipotrofia testicolare nell'adolescenza. Analisi statistica: media, deviazione, standard, variabili comparate mediante Mann-Whitney per

variabili non continue, T di student independent samples per variabili continue, software SPSS-15 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Risultati. Età media: 30,93 aa \pm 9,50 (Gr. A) 32,38 \pm 11,05 (Gr. B); Nel gruppo A è stato possibile identificare in tutti i casi sia l'arteria gonadica interna che la esterna; della gonadica interna sono stati identificati fino a 3 rami arteriosi che sono stati risparmiati; nel gruppo B sono stati identificati da 1 a 2 rami della gonadica interna ma in pochi casi l'arteria gonadica esterna. Il tempo medio di identificazione, isolamento e protezione del ramo principale dell'arteria gonadica interna negli ultimi 30 interventi è stato pari a 4 min. Il confronto riguardo il numero di rami arteriosi risparmiati ed il tempo di intervento (ultimi 30 pzti operati nei due gruppi): rami risparmiati 2,93 \pm 0,63 (Gr. A) vs 1,46 \pm 0,50 (Gr. B) ($p < 0,001$) - tempo di intervento 45,03 \pm 3,44 (Gr. A) vs 53,93 \pm 3,43 (Gr. B) ($p < 0,001$).

Conclusioni. In questo studio l'impiego della sonda micro-doppler nella legatura microchirurgica del varicocele ha reso tale tecnica più accurata e più rapida.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C34

UTILIZZO DELL'ESTRATTO DI POLLINE IN ASSOCIAZIONE CON VITAMINE (DEPROX 500®) NELLA RIDUZIONE DEL DOLORE NEI PAZIENTI AFFETTI DA PROSTATITE CRONICA/DOLORE PELVICO CRONICO: RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO E CONTROLLATO.

Tommaso Cai¹, Daniele Tiscione¹, Lorenzo Luciani¹, Nicola Mondaini², Gainni Malossini¹, Sandra Mazzoli³, Riccardo Bartoletti²

¹Santa Chiara Hospital, Dept. of Urology, Trento, Italy; ²University of Florence, Dept. of Urology, Florence, Italy; ³Azienda Sanitaria Firenze, STDs Centre, Florence, Italy

Introduzione. L'efficacia del trattamento dei pazienti con prostatite cronica/dolore pelvico cronico (CP/CPPS) non è del tutto soddisfacente e l'impatto sulla qualità di vita nei giovani maschi di questa patologia è rilevante. Scopo del presente lavoro è la valutazione dell'efficacia dell'estratto di polline associato ad alcune vitamine (DEPROX 500®) nella riduzione del dolore nei pazienti affetti da CP/CPPS in confronto con i FANS.

Materiali e metodi. Tutti i pazienti con diagnosi clinica e strumentale di CP/CPPS (classe A o B), afferenti allo stesso centro urologico, da Marzo ad Ottobre 2012, sono stati arruolati in questo studio prospettico, randomizzato, di fase 3, al fine di confrontare l'efficacia dell'estratto di polline associato a vitamine (DEPROX 500®) con farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), in termini di riduzione del dolore. I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere DEPROX 500® (due capsule ogni 24 ore) o FANS per 4 settimane (ibuprofene 600 mg). Ogni paziente è stato sottoposto ad analisi cliniche e microbiologiche all'arruolamento e dopo 1 mese. Inoltre, sono stati sottoposti i questionari NIH-CPSI e IPSS.

L'out-come primario era il miglioramento della qualità della vita, alla fine del periodo di studio, in relazione ai risultati dei questionari.

Risultati. Abbiamo arruolato 78 uomini (età media $32,8 \pm 6,78$); 38 sono stati assegnati al gruppo con DEPROX 500[®] e 40 al gruppo con FANS. I punteggi medi dei questionari all'arruolamento erano $25,90 \pm 2,1$ e $8,01 \pm 3,64$ per NIH-CPSI e IPSS, rispettivamente. Alla visita di follow-up (1 mese dopo il trattamento), nel gruppo DEPROX 500[®], 31 dei 38 pazienti (81,5%) hanno riportato un miglioramento della qualità della vita, in termini di riduzione del dolore, mentre solo 19 dei 40 (47,5%) nel gruppo di controllo. I risultati del questionario sono stati i seguenti: gruppo DEPROX 500[®]: NIH-CPSI $12,8 \pm 2,20$, IPSS $7,6 \pm 1,58$; gruppo di controllo NIH-CPSI $19,5 \pm 2,10$, $8,00 \pm 2,81$ IPSS. Differenze statisticamente significative sono state poi riportate tra le due visite, in termini di NIH-CPSI ($p < 0,001$), nel gruppo DEPROX 500[®] e tra i due gruppi. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata riportata in termini di IPSS. Tutti i pazienti sono risultati microbiologicamente negativi al test di Meares-Stamey. Gli eventi avversi sono stati meno frequenti nel gruppo DEPROX 500[®] rispetto al gruppo con FANS.

Conclusioni. In conclusione, il nostro studio dimostra che DEPROX 500[®] è in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da CP/CPPS, in termini di riduzione del dolore, quando confrontato con FANS. Inoltre, gli effetti collaterali sono minori rispetto al gruppo trattato con FANS. L'effetto terapeutico, probabilmente, è dovuto alle proprietà antiossidanti dell'estratto di polline ed alle proprietà protettive del gruppo di vitamine B, in particolare tiamina, acido pantotenico, vitamina B-6 e B-12, sulle terminazioni nervose.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C35

CI SI PUÒ BASARE SUL PUNTEGGIO IIEF-5 PER MODULARE LA DOSE DI ALPROSTADIL NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DI UN ECO-DOPPLER PENIENO?

Luigi Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

Introduzione e obiettivi. Il doppler penieno è uno dei test basilari per la valutazione strumentale dei pazienti affetti da Disfunzione Erettile (DE). L'iniezione di alprostadil, necessaria per l'esecuzione di detto esame, è spesso causa di spiacevoli effetti collaterali e complicanze di varia gravità. Scopo del presente studio è stato valutare se l'IIEF-5 può essere utilmente utilizzato per modulare la dose del suddetto farmaco al fine di ridurre al minimo gli eventi avversi senza compromettere la buona riuscita dell'esame.

Materiali e metodi. Tutti i pazienti affetti da DE di varia eziologia afferenti al nostro centro sono stati arruolati nel presente studio e sono stati invitati a compilare all'atto della visita iniziale la versione italiana del questionario per la valutazione della DE IIEF-5. In base al punteggio totalizzato sono stati classificati nel seguen-

te modo: a) = 10: DE grave; b) 11-15: DE moderata; c) 16-20: DE lieve. Successivamente è stato eseguito in tutta la casistica un ecodoppler penieno. A tal punto i nostri pazienti sono stati suddivisi in due gruppi. Nel gruppo uno abbiamo iniettato, a prescindere dal punteggio IIEF-5, 10 mcg di alprostadil. Nel gruppo 2, invece, abbiamo modulato la dose di prostaglandina nel seguente modo: DE grave 10 mcg, DE moderata 7,5 mcg, DE lieve 5 mcg. Al termine dell'esame è stato chiesto a tutti i pazienti se l'erezione provocata fosse stata la stessa da essi raggiunta in condizioni spontanee. Sono stati valutati in entrambi i gruppi il tipo e la frequenza degli eventi avversi.

Risultati. Abbiamo arruolato complessivamente 50 pazienti per ogni gruppo utilizzando come criterio di randomizzazione il punteggio IIEF-5. Nel gruppo uno 45/50 (90%) soggetti hanno dichiarato che l'erezione indotta era uguale a quella spontanea, nel gruppo due 43/50 (86%). A seguito dell'esame sono stati riscontrati i seguenti effetti collaterali rispettivamente nel gruppo uno e nel gruppo due: dolore nel sito di iniezione (30/50 vs 7/50), erezione dolorosa (18/50 vs 6/50), priapismo (5/50 vs 0/50). In particolare, nei 5 pazienti colpiti da priapismo, è stata necessaria una iniezione intracavernosa di etilefrina in 4 casi e l'emo-aspirazione in un caso.

Conclusioni. Utilizzare il punteggio IIEF-5 al fine di modulare la dose di prostaglandina da iniettare in corso di eco-doppler penieno si è rivelato un metodo efficace nella riduzione delle complicanze senza compromettere la buona riuscita di detto esame.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C36

L'INFEZIONE DA CHLAMYDIA TRACHOMATIS È CORRELATA CON L'EIACULAZIONE PRECOCE NEI GIOVANI MASCHI AFFETTI DA PROSTATITE CRONICA

Tommaso Cai¹, Nicola Mondaini², Daniele Tiscione¹, Francesca Meacci³, Gabriella Nesi⁴, Gianni Malossini¹, Sandra Mazzoli³, Riccardo Bartoletti²

¹Department of Urology, Santa Chiara Hospital, Trento, Italy;

²Department of Urology, University of Florence, Italy; ³Sexually Transmitted Diseases (STD) Centre, Santa Maria Annunziata Hospital, Florence, Italy; ⁴Department of Pathology and Oncology, University of Florence, Italy

Introduzione. Le prostatiti croniche rappresentano un importante banco di prova sia per l'urologo in termini di trattamento, che per il microbiologo in termini di diagnosi. La frequenza di tale patologia sembra ad oggi in costante aumento sia per quanto riguarda l'incidenza che per la prevalenza. Tali patologie inoltre, come già ben descritto in letteratura, hanno un considerevole impatto sulla Qualità di Vita del giovane maschio, intesa come qualità di vita sessuale. Scopo del presente lavoro è la valutazione epidemiologica della prevalenza dell'Eiaculazione Precoce (EP) in un gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica batterica da germi atipici, come Chlamydia trachomatis (CT).

Materiali e metodi. Dal Maggio 2006 al Maggio 2008,

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

Risultati. Tutti i pazienti del Gruppo 1 erano positivi ad almeno un marker di infezione per CT, mentre nessun paziente del Gruppo 2 presentava positività ai markers. Il gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica da CT (Gruppo 1) non differiva in modo statisticamente significativo dal gruppo di controllo (Gruppo 2) in termini di: NIH-CPSI score 13.73 (11-26) vs 13.37 (11-26), IPSS 8.99 (2-24) vs 8.70 (2-24) e tempo dall'inizio dei sintomi 2.7 anni (1-6) vs 2.2 anni (1-6). I due gruppi, invece, differivano in modo statisticamente significativo in termini di prevalenza dell'EP: 125/454 (27.5%) Gruppo 1 e 89/707 (12.5%) Gruppo 2.

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C37

NON SARÀ PRESENTATO

Poster

P1

TERAPIA DI COMBINAZIONE CON VERAPAMIL INTRALESIONALE E ANTIOSSIDANTI ORALI NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO

Vincenzo Favilla¹, Giorgio Ivan Russo¹, Salvatore Privitera¹, Claudia Cali¹, Sebastiano Cimino¹, Tommaso Castelli¹, Massimo Madonia², Furio Pirozzi Farina², Giuseppe Morgia¹

¹Clinica Urologica Università di Catania; ²Clinica Urologica Università di Sassari

Introduzione e obiettivi. Controversa risulta l'efficacia delle terapie orali nel trattamento della M. di La Peyronie (MP). Obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'associazione verapamil intralesionale con una combinazione di antiossidanti (PeironiMEV-plus®) rispetto a verapamil in monoterapia in pazienti con MP.

Materiali e metodi. Da Gennaio 2010 a Giugno 2012 sono stati arruolati 105 pazienti (età media 52 anni) affetti da MP di recente insorgenza (durata media 3 mesi). Tutti i pazienti sono stati valutati al baseline e a 12 settimane con: ecocolordoppler penieno dinamico, questionario IIEF-15, valutazione del dolore penieno mediante Visual Analog pain Scale (VAS), documentazione fotografica e misurazione con goniometro del grado di curvatura peniena in erezione. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento: Gruppo A (n = 52) trattato con verapamil intralesionale (1 infiltrazione/settimana per 6 settimane) e Gruppo B (n = 53) trattato con verapamil intralesionale (1 infiltrazione/settimana per 6 settimane)+PeironiMEV-plus® (1 compressa/die per 3 mesi). Obiettivi primari dello studio sono stati la riduzione delle dimensioni di placca e il miglioramento della curvatura peniena. Obiettivi secondari sono stati la diminuzione del punteggio VAS, il miglioramento del punteggio IIEF-15 e dei singoli domini dell'IIEF-15.

Risultati. Dopo 12 settimane, nel gruppo A è stata riscontrata una riduzione delle dimensioni di placca ($p < 0.001$) e del grado di curvatura peniena ($p < 0.001$) ma nessuna variazione del punteggio dell'IIEF-15 ($p = 0.07$) e del VAS ($p = 0.08$). Nel gruppo B, è stata evidenziata una riduzione delle dimensioni di placca ($p < 0.0001$), della curvatura peniena ($p < 0.0001$), un miglioramento del punteggio dell'IIEF-15 ($p < 0.001$) e una riduzione del punteggio VAS ($p < 0.001$). L'analisi intergruppo, tuttavia, non ha dimostrato nessuna differenza relativa agli obiettivi primari. Analizzando i singoli domini dell'IIEF-15, entrambi i gruppi hanno evidenziato un miglioramento significativo della funzione orgasmica (FO) ($p < 0.01$) e della soddisfazione in generale (SG) ($p < 0.01$), inoltre, il gruppo B ha dimostrato un miglioramento della soddisfazione durante il rapporto (SR) ($p < 0.01$) e una riduzione del punteggio VAS ($p < 0.001$).

Conclusioni. I pazienti affetti da MP in fase precoce possono beneficiare, specialmente in termini di miglioramento dei domini dell'IIEF-15, di una terapia di combinazione con antiossidanti

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P2

IMPATTO DELLA TERAPIA CONSERVATIVA SULLA RICHIESTA DI INTERVENTO CHIRURGICO IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI LA PEYRONIE ASSOCIATA A DISFUNZIONE ERETTILE

Paolo Verze, Davide Arcaniolo, Marco Franco, Sabatino Russo, Michele Barbieri, Manuela Pane, Lorenzo Spirito, Ciro Imbimbo, Alessandro Palmieri, Nicola Longo, Vincenzo Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione e obiettivi. La terapia extracorporea con onde d'urto, associata a tadalafil 5 mg/die, può rappre-

sentare una valida strategia conservativa per la gestione di pazienti con malattia di *La Peyronie* (PD) associata a disfunzione erettile (DE). Anche la terapia con Potaba è una valida strategia conservativa per la gestione della PD. La richiesta di intervento chirurgico, dai pazienti affetti da PD, è dovuta alla carenza di terapie mediche. Scopo di questo studio è quello di valutare il ruolo del trattamento conservativo attivo (ESWT più Potaba e tadalafil 5 mg/die) nel ridurre la richiesta di intervento chirurgico nei pazienti affetti da PD.

Materiali e metodi. 80 pazienti con storia di PD non superiore a 12 mesi e concomitante DE, che non avevano precedentemente avuto trattamenti correlati alla PD sono stati assegnati in maniera casuale (1:1) ad un gruppo in trattamento attivo (gruppo A, n = 40) o ad un gruppo che non ha ricevuto trattamento (gruppo B, n = 40). Sono stati valutati la funzione erettile (FE), il dolore durante l'erezione, la dimensione della placca (DP), la curvatura del pene (CP) e la qualità della vita (QoL) allo stato basale, a 12 settimane ed a 24 settimane di follow-up. La FE è stata valutata con la versione abbreviata dell'IIEF (IIEF5), il dolore con una scala analogica visiva (VAS, 0-10), la grandezza della placca in cm, la curvatura del pene in gradi e la qualità di vita con il Sexual Life Quality Questionnaire (SLQQ). A tutti i pazienti, è stato chiesto, se volevano sottoporsi ad intervento chirurgico di correzione della PD.

Risultati. Dopo 12 settimane VAS, IIEF-5 ed SLQQ sono modicamente migliorati nel gruppo A. La DP media e la CP media sono rimaste invariate nel gruppo A, mentre nel gruppo B è stato segnalato un lieve aumento (non significativo). A 24 settimane, IIEF-5 e SLQQ sono stati significativamente più alti nel gruppo A, mentre il VAS era inferiore in modo significativo rispetto al valore basale e al gruppo B. la DP media e la CP media si sono rivelati più alte nel gruppo B rispetto ai valori basali e a quelli del gruppo con trattamento attivo. La richiesta di intervento chirurgico nei due gruppi era 12/40 pazienti (30%) e 25/40 pazienti (62.5%) rispettivamente.

Conclusioni. Nei pazienti con PD e concomitante DE, il trattamento conservativo attivo con ESWT più Potaba, più Tadalafil 5 mg/die ha portato a risoluzione del dolore, al miglioramento sia della FE che della QoL e ad una minore richiesta di intervento chirurgico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P3

DIVERGENZA TRA GRADO DI CURVATURA REALE E PERCEPITA NEL PAZIENTE AFFETTO DA INCURVAMENTO PENIENO. RISULTATI PRELIMINARI

G. Chiriaco, M. Rizzo, G. Ollandini, B. de Concilio, E. Segna, F. Sandri, G. Liguori, C. Trombetta
Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara Università di Trieste

Introduzione. L'incurvamento penieno, sia nella sua forma congenita che acquisita (IPP), è una limitazione anatomo-funzionale. Al momento non esiste un sistema di valutazione validato sulle implicazioni psico-ses-

suologiche dell'incurvamento e sulla dismorfofobia peniena che ne deriva.

Obiettivi. Valutare la divergenza tra il grado di curvatura reale e percezione che ne ha il paziente -Valutare mediante variabili psicometriche l'impatto sessuale e sociale della patologia.

Materiali e metodi. 20 pz (14 con IPP e 6 con incurvamento congenito) sono stati invitati a compilare 2 questionari: L'IIEF-5, il BDI II ed a rappresentare graficamente il loro pene in erezione rispettando il più possibile le dimensioni reali nelle stesse proiezioni richieste dal metodo Kelami per l'esecuzione delle autofotografie. Successivamente i pz sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo e fotografie in farmacoeiezione secondo il metodo Kelami. I pz con IPP hanno età media di 53,5 anni (range 36-61). Il 21% (3) sono ipertesi, il 7% (1) iperteso e dislipidemico, il 14% (2), diabetici e il 7% (1) affetto da Dupuytren. L'85% (12/14) è coniugato. L'incurvamento più frequente è quello dorsolaterale (8) (57%) seguito da quello dorsale (4) (28%) e laterale (2) (15%).

Risultati. Nell'IPP tra comparsa e prima visita specialistica passano in media 8,2 mesi (range: 1-48 mesi). Il 70% (10) riferisce un accorciamento notevole del pene in seguito alla comparsa della patologia. Il 79% riferisce di aver assunto terapia medica che ha portato beneficio solo nel 9% dei casi. Dolore a riposo, all'erezione e coitale, difficoltà alla penetrazione e dispareunia della partner sono frequenti sintomi di questa patologia causa di avvertito disagio psicologico nel 70% dei nostri pz. Dal risultato medio dell'IIEF è emerso che questi pz hanno una disfunzione erettiva lieve (risultato totale medio di 17). E dal BDI-II che solo 2 su 14 hanno un moderato grado di depressione, rispetto al totale in cui è assente. 14/14 pz con IPP sovrastimano il loro grado di incurvamento di circa 16° a differenza di quelli con incurvamento congenito che lo sottostimano di circa 14°.

Conclusioni. L'incurvamento penieno colpisce l'identità maschile con ricadute sull'immagine che si ha di sé. - Il paziente con incurvamento acquisito rispetto al pz con incurvamento congenito sovrastima graficamente la severità della patologia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P4

MICROLITIASI TESTICOLARE E DISPERMIA: ESISTE UNA CORRELAZIONE?

Francesco Catanzariti, Ubaldo Cantoro, Vito Lacetera, Giovanni Muzzonigro, Massimo Polito
Clinica Urologica, Ancona

Introduzione. la microlitiasi testicolare è un riscontro ecografico poco comune (prevalenza in letteratura: 1,5-5%).

Diversi studi hanno evidenziato la sua possibile correlazione con un aumentato rischio di cancro al testicolo, ma sono pochi gli studi che hanno indagato la sua possibile correlazione con la dispermia.

Obiettivi. Lo scopo del nostro studio è stato quello di indagare nella nostra casistica il numero di pazienti affetti da microlitiasi diagnosticata ecograficamente e successivamente confrontare la qualità del loro sperma con quello di pazienti appartenenti ad un gruppo di controllo con ecografia testicolare nella norma.

Materiali e metodi. Abbiamo eseguito, da gennaio 2012 a luglio 2012, 277 ecografie testicolari consecutive.

Tra tutte queste abbiamo selezionato 86 pazienti con ecografia testicolare che non mostrava alcun elemento patologico e 11 pazienti che invece mostravano microlitiasi testicolare, ad uno o entrambi i testicoli. A ciascuno dei pazienti che ha eseguito l'ecografia testicolare è stato anche eseguito uno spermioγραμμα di controllo lo stesso giorno o entro un mese dall'esecuzione dell'esame ultrasonografico utilizzando come parametri di riferimento per la valutazione dello sperma, quelli indicati dalla WHO del 2010.

Risultati. Tra gli 11 pazienti affetti da microlitiasi testicolare, 7 (63,63%) risultavano dispermici e 4 (36,36%) risultavano normospermici; tra gli 86 pazienti con ecografia testicolare nella norma 51 (59,3%) risultavano dispermici, 4 (4,65%) risultavano azospermici, mentre i restanti 31 (36,05%) risultavano normospermici. Confrontando i risultati dei due gruppi e calcolando la Odds Ratio si ottiene un valore di 0,99 (IC 95%: 0,27-3,64; p: 0,98).

Conclusioni. Questo studio, pur rappresentando uno studio preliminare e con una bassa numerosità della popolazione presa in esame, evidenzia come la qualità dello sperma non sia influenzata dalla presenza di microlitiasi testicolare, visto che i risultati degli spermio grammi siano quasi sovrapponibili tra i due gruppi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P5

TRATTAMENTO CHIRURGICO TARDIVO IN PAZIENTE ADULTO 46XX AFFETTO DA SINDROME ADRENO GENITALE

N. Pavan, G. Chiapparrone, P. Umari, F. Vedovo, G. Liguori, E. Belgrano, C. Trombetta

Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

Le Sindromi Adreno-Genitali (SAG) sono patologie autosomiche recessive dovute al deficit di uno degli enzimi coinvolti nella steroidogenesi surrenalica. Il deficit di 21-idrossilasi (21-OH) causa la deviazione della sintesi ormonale verso gli androgeni surrenalici e, in minor quantità, verso gli estrogeni. Seppur rari, si riscontrano dei casi non correttamente inquadrati in età infantile che vengono cresciuti ed educati come uomini seppur presentino un cariotipo femminile.

Materiali e metodi. Giunge alla nostra attenzione un paziente di 29 anni che lamenta incurvamento penieno. All'E.O. i caratteri sessuali secondari maschili risultano normo rappresentati; si evidenzia ipospadia in micrope- ne di 4 cm con scroto disabitato. Gli esami ormonali evi-

denzano un deficit di glucocorticoidi e mineralcorticoidi con un aumento del testosterone e degli estrogeni. La RMN evidenzia la presenza di utero che si continua con cavità vaginale la quale confluisce con l'uretra, annessi ipotrofici e surreni ipertrofici; tessuto compatibile con ghiandola prostatica e non vescicole seminali. Il cariotipo è 46 XX senza ulteriori anomalie. Alla valutazione psicologica si rileva identità maschile sia per assegnazione ambientale che per autoassegnazione.

Risultati. La diagnosi tardiva è di forma completamente virilizzante di SAG da deficit di 21-OH. Oltre alla terapia medica sostitutiva si opta per assegnazione chirurgica di sesso maschile: vengono posizionate protesi testicolari, si effettua una corporoplastica sec. Yachia e il primo tempo di uretroplastica con 2 patch di mucosa buccale per la futura ricostruzione uretrale; l'operazione e il suo decorso sono stati esenti da complicanze. Dopo 8 mesi viene completata l'uretroplastica mediante tubularizzazione su tutore tipo splent ottenuto aprendo parzialmente un catetere Foley siliconato posizionato sino in sede bulbare. Il decorso post-operatorio è stato regolare ed esente da complicanze. All'attuale follow-up (6 mesi) il paziente riferisce una buona minzione e una buona soddisfazione sessuale.

Conclusioni. Le basi per l'assegnazione sessuale nei pazienti con SAG rimangono discusse. Lo scopo della correzione chirurgica dei caratteri sessuali è soddisfare e aumentare la qualità di vita del paziente; recenti studi dimostrano come l'atto chirurgico debba rispettare l'assegnazione genetica, ma l'identità di genere ormai consolidata di questo paziente ha imposto una terapia di riassegnazione che ne assecondasse l'identità ambientale e personale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P6

LICHEN SCLERO ATROFICO NELL'UOMO. TERAPIA TOPICA: 25 ANNI DI ESPERIENZA

Giovanni Alei¹, Piero Letizia¹, Lavinia Alei²

¹Dipartimento di Chirurgia "P.Valdoni"; ²Dipartimento di Dermatologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione. Studio retrospettivo per la valutazione dei risultati ottenuti con terapia topica nel lichen sclero atrofico con localizzazione genitale nell'uomo. Abbiamo valutato l'efficacia della associazione del testosterone propionato con mometasone furoato usato per via topica.

Materiali e metodi. Nel periodo marzo 1986 gennaio 2011 sono stati osservati 246 pazienti giunti presso il nostro ambulatorio affetti da Lichen sclero atrofico con localizzazione a livello del prepuzio ed el glande. È stato somministrato un composto in crema ottenuto aggiungendo due fiale da 2 ml per uso i.m., contenente ognuna 100 mg di testosterone propionato in olio di sesamo, a 30 gr di crema contenente mometasone furoato. Il tutto mescolato sterilmente in un contenitore sterile.

Risultati. I controlli sono stati effettuati a 2-4-8-12 mesi. I risultati nel 78% dei casi si sono riscontrati già

dopo un mese di terapia. Nell'85% dei casi a 2 mesi. A tutti i pazienti è stato insegnato ad autosomministrare la terapia dal terzo mese in poi, sospendendola al consolidamento dei risultati e riprendendola alla comparsa delle recidive. Nel campione c'è stato un drop-out del 38% a un anno. Tale drop-out, abbastanza alto, può essere interpretabile, alla luce degli ottimi risultati del campione controllato, come miglioramento con rare recidive autogestite o come guarigione.

Conclusioni. Il lichen sclerosus è una malattia infiammatoria a carattere cronico-recidivante che può interessare, con formazioni maculari o a placche, la cute e le mucose genitali maschili. Dai dati della letteratura emerge che il lichen sclerosus associato a Carcinoma è stato osservato nel 50% dei casi e in alcuni di questi la diagnosi di LS precedeva di 10 anni il tumore. Quindi una diagnosi precoce ed un trattamento efficace diventano fondamentali nella prognosi di questa patologia. Il successo terapeutico dipende dall'individuazione e dal corretto trattamento di patologie croniche preesistenti. La scelta della terapia più idonea deve mirare al controllo della malattia, della sintomatologia e degli eventuali effetti collaterali iatrogeni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P7

MICROLITIASI TESTICOLARE IN ETÀ PEDIATRICA: ANALISI DI 32 CASI

Matteo Sulpasso, Emilio Barbi, Christian Chironi

¹U.O. di Chirurgia Pediatrica - Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pederzoli - Peschiera del Garda (VR); ²Servizio di Ecografia - Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pederzoli - Peschiera del Garda (VR); ³Chirurgia Pediatrica - Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pederzoli - Peschiera del Garda (VR)

Introduzione e obiettivi. La microlitiasi in età pediatrica è una condizione poco frequente caratterizzata da formazioni calcifiche nel parenchima testicolare, a carico dei tubuli seminiferi, di riscontro occasionale durante l'esecuzione di ecografie testicolari. La microlitiasi è una patologia asintomatica e può predisporre a processi neoplastici. Frequente è il riscontro bilaterale di questa patologia testicolare che abbiamo suddiviso in 3 gradi (I, II e III grado) a seconda del numero di calcificazioni. In età pediatrica spesso questa patologia può andare incontro ad evoluzione. La microlitiasi è una patologia correlata ad infertilità per la possibile ostruzione dei tubuli seminiferi. Obiettivo del lavoro è stabilire dei criteri di monitoraggio ed eventuale trattamento di questa rara patologia in età pediatrica.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati ecograficamente 32 casi di microlitiasi per un periodo che va dal 2002 al 2013. La patologia è così distribuita: testicolo dx 5 pazienti con grado 0, 11 con grado I, 4 con grado II, 11 con grado III, 1 paziente con microlitiasi massiva. Testicolo sx 3 pazienti con grado 0, 10 con grado I, 3 con grado II, 13 pazienti con grado III (di cui 2 con microlitiasi massiva). 1 testicolo era atrofico e ritenuto in addome. Follow-up da 6 mesi a 9 anni.

Risultati. Nel complesso abbiamo osservato una lieve prevalenza di grado a sx, microlitiasi massiva in 3 casi. In 2 casi si è osservata una progressione della microlitiasi da grado 0 a grado III, in entrambi i casi a sx, in entrambi i casi su testicolo atrofico/ipotrofico. In nessun caso vi è stata degenerazione neoplastica maligna. Le patologie associate a microlitiasi erano: testicolo ritenuto (11 casi, in 3 bilaterale), varicocele sx (10 casi), idrocele (6 casi), cisti del funicolo (2 casi), cisti dell'epididimo (1 caso), ernia inguinale (1 caso), torsione del funicolo (1 caso).

Conclusioni. La diagnosi di microlitiasi è solo ecografica e poiché si tratta di una patologia asintomatica è consigliabile un monitoraggio ecografico con cadenza annuale e l'autopalpazione per tutta l'età fertile. Il trattamento è conservativo e l'esame bioptico non è raccomandato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P8

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI TUMORE PARATESTICOLARE SIEROSO BORDERLINE. CASE REPORT

Simone Caroassai Grisanti¹, Augusto Delle Rose¹, Andrea Cocci¹, Maria Raspollini², Donata Villari¹, Michele Marzocco¹, Giulio Nicita¹

¹Clinica Urologia II-Università degli studi di Firenze; ²Anatomia Patologia-Università di Firenze

Introduzione. Il tumore sieroso borderline è una neoplasia rara che fa parte dei tumori di tipo mulleriano del testicolo (ovarian epithelial type tumors). Il comportamento biologico di queste lesioni attualmente non è ancora ben definito dato l'esiguo numero riportato in letteratura.

Materiali e metodi. Riportiamo il caso di un paziente di 15 anni di età, presentatosi per dolore testicolare con rilievo ecografico di neoformazione paratesticolare di 7-8 mm indissociabile dall'albuginea del didimo destro e markers sierologici negativi. Per sospetto di eteroplasia testicolare il paziente è stato sottoposto ad asportazione della neoformazione che ha presentato aspetto macroscopico polipoide, consistenza mucinosa e localizzazione polare inferiore del didimo destro sull'albuginea. L'esame istologico intraoperatorio è risultato negativo per tumore del testicolo. L'esame istologico definitivo ha evidenziato caratteristiche morfologiche e fenotipiche di tumore sieroso (papillare) borderline. Le indagini immunoistochimiche effettuate a conferma della diagnosi hanno dimostrato positività per i markers AE1/AE3, CK7, CA125, ER, PR, WT1, BER EP4 ed EMA citoplasmatico. Abbiamo valutato l'efficacia e la sicurezza del trattamento chirurgico conservativo del tumore sieroso borderline mediante stretto follow-up di tre anni.

Risultati. Il paziente risulta dopo tre anni di follow-up ecografico e clinico libero da malattia.

Discussione. La ricerca su Pubmed ha rilevato 28 citazioni dal 1985 al 2012 con 42 casi riportati di tumore

paratesticolare di cui 27 con caratteristiche di malignità. Il più frequente è il rhabdomyosarcoma, seguito da mesotelioma, adenocarcinoma e neuroblastoma. Il caso riportato è costituito da una neoplasia 'borderline' per la quale la letteratura, dopo aver eseguito l'orchietomia, non è riportato nessun caso di recidiva o metastasi con follow-up fino a 18 anni. Il tumore sieroso borderline paratesticolare è morfologicamente e immunofenotipicamente identico al tumore borderline sieroso ovarico. Ad oggi in letteratura nessun tumore sieroso borderline paratesticolare presentato recidiva o metastasi dopo orchietomia radicale.

Conclusioni. Nel caso riportato la chirurgia conservativa ha permesso di ottenere la radicalità oncologica necessaria con conservazione del testicolo. Vista l'assenza in letteratura di casi di metastatizzazione per questa rara forma neoplastica l'approccio conservativo sembra essere adeguato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P9

TRATTAMENTO CON FOLLITROPINA ALFA IN PAZIENTI CON AZOOSPERMIA, ARRESTO MATURATIVO SPERMATIDICO E FSH SIERICO > 8

Fabio Palmiotto¹, Giulio Aiello²

¹UO Urologia-Lamezia Terme, Giuseppe Ciappina ; ²Unità biologica della riproduzione umana-Palmi, Carmine Zoccali UO Urologia, Lamezia Terme

Introduzione e obiettivi. La concentrazione dell'FSH nel paziente azoospermico rappresenta una tappa fondamentale per la scelta dell'approccio terapeutico. In Letteratura troviamo dati contrastanti in quanto il valore dell'FSH in realtà non risulta totalmente predittivo come evidenziato dall'alta variabilità di risposta alla terapia. Descriviamo i casi clinici limite di 2 pazienti con azoospermia e valori sierici di FSH > 8 e soprattutto un arresto maturativo grave (definiti solitamente come nonresponders a causa delle concomitanti serie alterazioni spermatogenetiche) che hanno comunque beneficiato della terapia con Follitropina Alfa (AF).

Materiali e metodi. Il paziente F.M. presenta a Luglio 2011 azoospermia con FSH 13 lieve ipoplasia testicolare. Viene eseguita biopsia che mostra arresto maturativo a livello spermatidico. A Settembre inizia terapia con AF 150 UI 3 volte a settimana per 4 mesi; al termine della terapia la coppia viene sottoposta a ICSI con recupero di spermatozoi con TESE con successiva gravidanza e parto gemellare a Febbraio 2013. Il paziente C.P. presenta a Giugno 2012 azoospermia con FSH 10. La biopsia cui viene sottoposto mostra arresto maturativo a livello spermatidico. A Luglio inizia terapia con AF 150 UI 3 v a settimana per 3 mesi. A Ottobre lo spermioγραμμα di controllo evidenzia una oligospermia 1100000 nemaspermi che ci induce a sottoporre il paziente ad un 2° ciclo di terapia. Ad Aprile 2013 lo spermioγραμμα è nettamente migliorato (1600000 con motilità A+B > 30%) e la coppia viene sottoposta a ICSI

Conclusioni. I normali o elevati livelli di FSH possono comunque giustificare un tentativo terapeutico con rFSH in molti pazienti infertili con danno tubulare grave in quanto potrebbe trattarsi in realtà di un ipogonadismo di tipo funzionale, purtroppo non contemplato dalla nota 74, per inadeguata e inefficiente attività dell'FSH (mutazioni genetiche della subunità Beta) o del suo recettore (polimorfismi FHS-R). La terapia con gonadotropine a carico del SSN è ad oggi riservata esclusivamente a quei pazienti con azoospermia ed FSH >8 in quanto il valore sierico dell'FSH è vincolante per la rimborsabilità del trattamento. Riteniamo di fondamentale importanza invece poter disporre di un nuovo metro di selezione alla terapia con gonadotropine nel trattamento anche di pazienti con grave deficit della spermatogenesi innalzando il cut-off del FSH o abolendolo completamente affinché sia offerta a tutti la possibilità di beneficiare di una così valida terapia

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P10

VARIAZIONE PERCENTUALE DELL'FSH (%FSH): NUOVA VARIABILE PER PREDIRE L'OUTCOME SEMINALE IN PAZIENTI OPERATI PER VARICOCELE

Ubaldo Cantoro, Francesco Catanzariti, Vito Lacetera, Luigi Quaresima, Muzzonigro Giovanni, Massimo Polito
Institute of Urology, Polytechnic University of Marche, Azienda O.U. Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione. In letteratura non esistono dati definitivi circa le variabili in grado di predire l'outcome seminale in Pazienti operati per varicocele.

Metodi. Abbiamo valutato 118 pazienti sottoposti a legatura della vena spermatica sinistra o a scleroembolizzazione della stessa. Abbiamo confrontato: LH, FSH, Testosterone totale e libero, volume testicolare prima e 6 mesi dopo l'intervento. Abbiamo considerato come potenziali predittori del miglioramento dei parametri seminali: LH, FSH, Testosterone libero e totale, volume testicolare, età, dolore testicolare, Body Mass Index(BMI), la variazione percentuale dell'FSH (%FSH), il grado ecografico del varicocele mediante analisi di regressione lineare.

Risultati. Non ci sono differenze statisticamente significative, prima e dopo l'intervento, circa: LH(p < 0,102), Testosterone totale (p < 0,072), libero (p < 0,564) e il volume testicolare (p < 0,448). La concentrazione media è aumentata da 27 ± 12 a 52 ± 15 milioni/ml (p < 0,003), la media della motilità degli spermatozoi è aumentata da 31 ± 12 to 40 ± 13% (p < 0,02), inoltre anche la media dei valori di FSH è passata da 10.2 ± 8,3 UI/L a 6,7 ± 7,2 UI/L (p < 0.01). Nell'analisi di regressione semplice %FSH, BMI e l'età sono risultati predittivi di miglioramento delle caratteristiche seminali. All'analisi di regressione multipla (simultaneous entry) solo la %FSH e l'età sono risultati fattori predittivi.

Conclusioni. Abbiamo osservato una correlazione negativa tra il miglioramento dell'outcome seminale e

l'età e positive con la %FSH. I nostri risultati suggeriscono che %FSH e l'età sono fattori predittivi del miglioramento dell'outcome seminale.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P11

STUDIO PILOTA SULLA CORRELAZIONE TRA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA E DE

G. Sidoti¹, C. Di Gregorio², A. Di Guardo², M. Catanuso², M. Calvo², S. Dinoto², C. Crisafulli³

¹Medicina Interna per il DEA - ARNAS "Garibaldi" - Catania;

²Centro Medico "Le Zagare" - Catania ³SIMG Catania

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia che diminuisce la capacità respiratoria e funzionale del paziente e la qualità della vita. Pochi studi hanno valutato la prevalenza della disfunzione erettile (DE) nei pazienti con BPCO.

Scopo dello studio. Valutare la prevalenza di DE in soggetti con BPCO.

Materiali e metodi. 5 medici di medicina generale in collaborazione con un centro di secondo livello hanno arruolato 106 pazienti con BPCO. A tutti veniva somministrato l'IIEF per la valutazione del grado di DE e il Duke Activity Status Index (DASI), per valutare l'attività fisica in unità metaboliche equivalenti (METS) nei pazienti con BPCO. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a spirometria, test del cammino dei 6 minuti e emogasanalisi. La gravità della BPCO seguendo le linee guida GOLD. Criteri di esclusione erano DE nota per altre cause (organiche, endocrinologiche, psicologiche, etc.), patologie polmonari diverse dalla BPCO, riacutizzazioni di BPCO nei 3 mesi precedenti e deficit cognitivi di qualsiasi grado. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il test Mann - Whitney U o il test di Kruskal - Wallis, a seconda dei casi. La Correlazione di Pearson è stata utilizzata per indagare il rapporto tra funzione sessuale, parametro di malattia e le caratteristiche dei pazienti.

Risultati. L'età media dei pazienti era $63,4 \pm 7,3$ anni. Il grado di severità della BPCO in questi pazienti era mite nel 13,2%, moderata nel 34%, grave nel 49,1% e molto grave nel 3,8%. Il 49 % dei pazienti non aveva comorbidità per DE e la comorbidità più frequente era l'ipertensione (34%). Il 75,5% dei pazienti era affetto da DE con vari gradi di severità (grave 28,3%, moderata 11,3%, da lieve a moderata 15,1% e mite 20,8%). Statisticamente significativi erano i punteggi. Nei vari campi investigati con l'IIEF tranne il desiderio sessuale il punteggio diminuiva all'aumentare della gravità della malattia. Una significatività statistica era presente tra gravità della BPCO, la diminuzione delle capacità funzionali e severità della DE.

Conclusioni. La DE è un problema frequente nei pazienti con BPCO. Le limitazioni dell'attività fisica e probabilmente anche le modificazioni fisiopatologiche causa dei meccanismi fisiopatologici della BPCO sembrano anche interferire con la funzione sessuale di questi pazienti. Quindi nella valutazione del paziente con

BPCO deve essere valutata la presenza o meno della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P12

PREVALENZA DELLE ALTERAZIONI DEL MECCANISMO VENO-OCCLUSIVO IN 100 PAZIENTI CONSECUTIVI SOTTOPOSTI A DOPPLER PENIENO

Luigi Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

Introduzione e obiettivi. La Disfunzione Erettile (DE) può essere causata da un' alterazione del meccanismo veno-occlusivo (MVO). Tale condizione è comunemente nota come 'fuga venosa'. Tuttavia, nella maggior parte dei casi l'andrologo che valuta un doppler penieno si sofferma principalmente sulla valutazione della afflusso arterioso. Scopo del presente studio prospettico è stato la valutazione della prevalenza di tale fenomeno in una casistica di pazienti sottoposti ad ecodoppler penieno dinamico.

Materiali e metodi. Abbiamo arruolato pazienti che hanno totalizzato un punteggio < 21 al questionario IIEF-5 validato in italiano per la valutazione della gravità della DE. Abbiamo eseguito un eco-doppler penieno dinamico con stimolazione audio-visiva e farmacologica tramite iniezione di prostaglandina. Abbiamo utilizzato una sonda ecografica lineare vascolare da 7,5 Mhz tramite la quale abbiamo registrato a livello dell'angolo peno-scrotale con scansione longitudinale la velocità al picco sistolico (vps) e la velocità telediastolica (vtd) delle arterie cavernose e della vena dorsale. Abbiamo posto una diagnosi di alterazione del MVO in caso di rilevamento di almeno uno dei seguenti parametri: a) vtd a livello di almeno una delle due cavernose > 5 cm/sec; b) Indice di resistenza (IR) cavernoso < 0,8; c) vps della vena dorsale > 3 cm/sec.

Risultati. 100 pazienti sono stati arruolati. Complessivamente abbiamo riscontrato almeno un parametro di alterazione del MVO in 82 soggetti. Abbiamo rilevato una vtd > 5 cm/sec a livello dell'acd in 49 casi ed in 46 a livello della acs. L'IR è risultato < 0,8 rispettivamente in 42 soggetti a carico della acd ed in 41 individui a livello della acs. In 67 casi abbiamo rilevato una vps della vena dorsale > 3 cm/sec. 67 soggetti non hanno raggiunto e mantenuto durante l'esame una erezione sufficiente per la penetrazione. 54 di questi 67 (80,6%) avevano un normale afflusso arterioso in presenza di un'alterazione del MVO.

Conclusioni. Il deficit del MVO è stato riscontrato nell'82% della nostra casistica. Nell'80,6% dei casi è stato da solo, in presenza di un normale afflusso arterioso, responsabile del mancato raggiungimento e mantenimento di una erezione soddisfacente durante l'esame.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P13**LA DISFUNZIONE ERETTILE DI NUOVA INSORGENZA È PIÙ FREQUENTEMENTE ASSOCIATA A UN RIDOTTO DESIDERIO SESSUALE PRIMARIO NEI GIOVANI**

Maria Chiara Clementi, Paolo Capogrosso¹, Giulia Castagna¹, Fabio Castiglione¹, Eugenio Ventimiglia¹, Michele Colicchia¹, Nazareno Suardi¹, Luca Boeri¹, Emanuele Zaffuto¹, Giuseppe Zanni¹, Rocco Damiano², Francesco Montorsi¹, Andrea Salonia^{1,2}

¹Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; ²Programma di dottorato di ricerca in Urologia, Università Magna Graecia, Catanzaro, Italia

Obiettivi. Investigare i predittori sociodemografici e clinici della condizione di disfunzione erettile (DE) di nuova insorgenza associata a un ridotto desiderio sessuale primario (LSD/I).

Metodi. Sono stati analizzati dati sociodemografici e clinici completi di 790 pazienti alla prima visita medica per una DE di nuova insorgenza (Gen 2010 - Giu 2012). Le comorbidità significative per lo stato di salute sono state analizzate tramite l'Indice di Comorbidità di Charlson (CCI) come variabile continua o categorica (0 vs 1 vs = 2). Tutti i pazienti hanno completato i domini dell'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF). La severità della DE è stata stratificata in base ai punteggi del dominio "funzione erettile" dell'IIEF (IIEF-EF). I punteggi relativi ai domini desiderio sessuale (SD), soddisfazione per i rapporti (IS), funzione orgasmica (OF) e grado di soddisfazione generale (OS) sono stati arbitrariamente definiti per valori = mediane. I modelli di regressione logistica sono stati applicati per testare l'associazione tra ED+LSD/I e i potenziali predittori.

Risultati. Una DE di nuova insorgenza è stata riscontrata come disordine primario in 439 (55.6%) uomini; nel complesso, LSD/I primario è stato dichiarato da 48 (6.1%) pazienti. Di 790, 33 (4.2%) pazienti lamentavano sia DE+LSD/I. I pazienti con DE+LSD/I erano più giovani (età [SD] media: 47.4 [13.7] vs 51.0 [8.2] anni; $p = 0.02$) rispetto agli individui con solo DE. I due gruppi non differivano in termini di CCI, BMI, tasso di sindrome metabolica, tasso di eiaculazione precoce concomitante o di deformità peniena acquisita, livelli di testosterone totale circolante o del tasso di ipogonadismo. In base ai punteggi del dominio IIEF-EF, i tassi di gravità della DE e di punteggi normali dei domini -OF, -IS e OS della IIEF erano comparabili tra i pazienti con sola DE e quelli con DE+LSD/I. Gli uomini con DE+LSD/I avevano un valore medio di IIEF-SD inferiore [4.92 (1.83) vs 6.90 (2.15); $p = 0.003$] e un tasso inferiore di questi pazienti ha raggiunto la normalità per i valori dello stesso dominio rispetto ai pazienti con sola DE (56.9% vs 16.7%; χ^2 7.02, $p = 0.008$). All'analisi multivariata, l'età dei pazienti è stata l'unica variabile risultata predittore indipendente per l'associazione DE+LSD/I (OR: 0.90; $p = 0.02$).

Conclusioni. LSD/I primaria risultava più frequentemente associata alla DE di nuova insorgenza nei

pazienti più giovani, indipendentemente dalle variabili cliniche e sociodemografiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P14**UROTENSINA II COME POSSIBILE BIOMARKER NELLA DISFUNZIONE ERETTILE**

Marco Franco¹, Ferdinando Fusco¹, Roberta D'Emmanuele di Villabianca², Arjan Nazaraj¹, Enrico Maisto¹, Sabatino Russo¹, Marco Capece¹, Vincenzo Viscusi¹, Giuseppe Cirino², Ciro Imbimbo¹, Vincenzo Mirone¹

¹Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli; ²Dipartimento di Farmacologia Sperimentale Università di Napoli "Federico II"

Introduzione e obiettivi. L'urotensina II (U-II) è stata identificata come ligando naturale di un recettore accoppiato a proteina G, il recettore UT. L'UII e il recettore UT sono espressi in diversi organi ed apparati, tra cui il sistema cardiovascolare. L'UII è iperespressa in diverse patologie cardiovascolari, quali l'insufficienza cardiaca congestizia, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo II e la nefropatia diabetica. Evidenze recenti hanno dimostrato che la pathway UII/UT ha un effetto vasodilatatore a livello dei corpi cavernosi umani, ed attiva la eNOS. Obiettivo di questo studio è quello di misurare i livelli plasmatici di UII in pazienti con DE, confrontandoli con quelli dei controlli e di valutare la correlazione tra i livelli plasmatici di UII e il punteggio dell'IIEF, il BMI, il colesterolo totale e la glicemia.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 70 volontari sani ed 80 pazienti con DE. Per ogni partecipante, è stata effettuata una visita andrologica, è stata valutata la presenza di fattori di rischio e co-morbidità correlate alla DE, è stato effettuato un test IIEF, sono state effettuate indagini ematochimiche di routine, e sono stati misurati i livelli plasmatici di UII, ed è stato calcolato il BMI. I risultati ottenuti sono stati riportati come media \pm SD. I dati sono stati analizzati con una analisi di correlazione di Pearson.

Risultati. Il valore medio dei livelli plasmatici di UII nei pazienti e nei controlli è stato di 1662,06 pg/ml e 3513,21 pg/ml rispettivamente, con un rapporto tra i due valori di 2,11. L'analisi statistica ha mostrato: una correlazione inversa forte tra UII e IIEF (PPMCC = -0,82 $p < 0.001$); una correlazione diretta moderata tra UII e BMI (PPMCC = 0,48; $p < 0.001$); una correlazione diretta debole tra UII e colesterolo totale (PPMCC = 0,34; $p < 0.001$); nessuna correlazione statisticamente significativa con i livelli di glicemia (PPMCC = 0,09; $p < 0.001$).

Conclusioni. I livelli plasmatici di UII sono raddoppiati nei pazienti con DE rispetto ai controlli e sono inversamente correlati al punteggio IIEF, suggerendo un possibile ruolo come biomarker per la valutazione della DE. La correlazione diretta debole tra i livelli di UII e di colesterolo totale, e l'assenza di correlazione con la glicemia escludono tali variabili come possibili marker indiretti di rischio per DE. Sono comunque

necessari ulteriori studi per valutare un possibile ruolo dell'UII come marker sierico di DE.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P15

DISFUNZIONI SESSUALI IN PAZIENTI CON PROSTATITE CRONICA/SINDROME DEL DOLORE PELVICO CRONICO (CP/CPPS). NOSTRA ESPERIENZA

Antonella Pischedda, Andrea Curreli, Furio Pirozzi Farina

U.O. Urologia Andrologica AOU di Sassari

Introduzione e obiettivi. La prostatite cronica/sindrome del dolore pelvico cronico (CP/CPPS) (NIH-CPSI IIb) è una condizione caratterizzata da dolore pelvico cronico, LUTS e disfunzioni sessuali. In questo studio abbiamo esaminato la prevalenza di disfunzioni sessuali quali deficit erettile, (DE) eiaculazione precoce, (EP) eiaculazione dolorosa, difficoltà a raggiungere l'eiaculazione, perdita di interesse sessuale, in pazienti con (CP/CPPS) (NIH-CPSI IIb) confrontati con gruppo di controllo.

Materiali e metodi. Tra gennaio 2009 e dicembre 2012, abbiamo reclutato 58 pazienti affetti da CP/CPPS NIH IIb. e 22 soggetti senza sintomi legati a prostatite come gruppo di controllo. La diagnosi fu formulata sulla base di: anamnesi, questionario NIH-CPSI, esame obiettivo, esame urine, flussometria e RPM, ecografia prostatica, spermio-coltura, PSA. La funzione sessuale fu indagata con questionario IIEF 15 e questionario standard all'uopo formulato per le disfunzioni eiaculatorie. Criteri di inclusione: età > di 18 anni, sessualmente attivi, dolore pelvico e disturbi sessuali da almeno 4 mesi, NIH-CPSI superiore a 14, IIEF tra 11 e 16. Criteri di esclusione: IVU, neoplasie, pregressa endoscopia, neuropatie, fattori di rischio di DE. I dati sono stati elaborati statisticamente con software SPSS.

Risultati. Di 51 pz. età media 32,8 aa (range 23-46) vennero elaborati i risultati. 7 non portarono a termine l'iter diagnostico previsto. Gruppo di controllo: età media 37,8 aa (range 25- 50). I dati evidenziano DE di grado medio nel (24,1%) dei pz con CP/CPPS e nel (18,1%) del gruppo controllo. EP nel 58.6% dei pazienti e nel (27.2%) del gruppo controllo. Eiaculazione dolorosa nel (20.6%) dei pazienti e nessuno del gruppo controllo. Presenza di più disfunzioni sessuali nel (39.6 %) dei pazienti e nessuno del gruppo controllo.

Conclusioni. I risultati mostrano che la CP/CPPS si correla con la comparsa di alcune disfunzioni sessuali. La DE non ha differenza statisticamente significativa con il gruppo controllo ($P > 0.05$). I disturbi eiaculatori hanno differenza statisticamente significativa a favore dei pz con CP/CPPS rispetto al gruppo controllo ($P < 0.05$). Pertanto i pazienti che presentano una disfunzione sessuale dovrebbero essere indagati anche per CP/CPPS per porre in essere una terapia adeguata alla patologia primitiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P16

I MUSCOLI DEL PAVIMENTO PELVICO SVOLGONO UN RUOLO NEL CONTROLLO DELLA EIAICULAZIONE?

La Pera Giuseppe

Az Osp. San Camillo Forlanini Roma

Introduzione. Fino ad oggi la definizione più accreditata di eiaculazione precoce (EP) e i concetti di miglioramento e guarigione di tale condizione non hanno preso in considerazione il ruolo dei muscoli del pavimento pelvico (MPP). Alcuni autori invece ritengono che tali muscoli sono essenziali nel controllo della eiaculazione e gli uomini, per poterli usare al momento opportuno, devono essere a conoscenza della loro esistenza. Ne consegue che secondo questa ipotesi, in alcuni casi, l'eiaculazione precoce non sarebbe dovuta al precoce arrivo dello stimolo eiaculatorio ma semplicemente alla non consapevolezza dell'esistenza di questi muscoli e al loro non uso al momento opportuno.

Obiettivi. Gli obiettivi di questo studio sono quelli di valutare la prevalenza della consapevolezza di questi muscoli ed il loro uso per controllare l'eiaculazione in una popolazione di pazienti con EP ed una popolazione senza EP.

Materiali e metodi. Abbiamo validato un test capace di discriminare i soggetti che sono consapevoli dei muscoli del pavimento pelvico e li usano per ritardare l'eiaculazione in 82 soggetti senza EP e in 84 pazienti con EP.

Risultati. Il 79% dei soggetti senza EP e l'8% dei pazienti con EP sono a conoscenza dei muscoli del pavimento pelvico e li usano per ritardare l'eiaculazione. (Fisher exact test 0.0001)

Conclusioni. La maggioranza dei soggetti con EP non sono consapevoli del ruolo del pavimento pelvico nel controllo del riflesso eiaculatorio e non usano questi muscoli per ritardare l'eiaculazione. Questo aspetto andrebbe preso in considerazione nella stratificazione dei pazienti nelle scelte terapeutiche, nei trials clinici, nelle campagne educazionali e nelle strategie di marketing.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P17

CORPOROPLASTICA PER RECURVATUM CONGENITI VENTRALI CON PLICATURA SECONDO PEROVIC E STRIPPING DELLA VENA DORSALE PROFONDA

Luca Mavilla, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, David Granata, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti, Roberto Giulianelli

Centro di Andrologia, Casa di Cura Nuova Villa Claudia - Roma

Introduzione e obiettivi. Riportiamo la nostra esperienza nella correzione delle curvature congenite ventrali e il risparmio del fascio vasculo nervoso (FVN) mediante plicatura secondo Perovic e stripping della vena dorsale profonda nell'evidenza che la lesione del fvn con conseguente parestesia glandulare è la maggiore com-

plicazione della corporoplastica per recurvatum e motivo di insuccesso in termini di soddisfazione generale del paziente.

Materiali e metodi. Dal Gennaio 2010 al Settembre 2012 abbiamo operato 25 pazienti con età dai 16 ai 33 anni che presentavano recurvatum ventrale congenito. La plicatura della tunica albuginea con sutura non riassorbibile Sec. Perovic è un metodo efficace nella correzione del recurvatum quando la curvatura non supera i 60° e l'asta è abbastanza lunga. Per la correzione della curvatura abbiamo eseguito plicatura della tunica albuginea con sutura a sei passaggi a forma di S con filo 2/0 intrecciato non riassorbibile che crea 'bumps' sulla tunica albuginea secondo le indicazioni di Perovic. Per la preservazione del fascio vasculo-nervoso abbiamo eseguito stripping della vena dorsale profonda con le sue ramificazioni per una lunghezza necessaria alla plicatura di correzione.

Risultati. Sei mesi dopo la correzione venivano valutati i risultati e la soddisfazione dei pazienti attraverso questionario IIEF-5 e FIC. In nessun paziente è stata osservata disfunzione erettile; uno ha riportato infezione grave della ferita; cinque 'suture knots' alla palpazione; tre curvatura residua di 20°; tre parestesia moderata del glande; quattro accorciamento dell'asta significativo; diciotto pazienti si sono dimostrati soddisfatti o molto soddisfatti dei risultati dell'intervento.

Conclusioni. Nelle correzioni di recurvatum congeniti ventrali la plicatura secondo Perovic si dimostra efficace ma con alcuni limiti migliorabili, invece lo stripping della vena profonda dorsale e delle sue ramificazioni è significativamente efficace nella preservazione della sensibilità del glande.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P18

CORPOROPLASTICHE DI RADDRIZZAMENTO PENIENO: RISULTATI DELLA TECNICA A "BINARIO" E GRADO DI SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

Giovanni Alei, Piero Letizia, Lavinia Alei
Dipartimento di chirurgia "P. Valdoni" - Dipartimento di Dermatologia Sapienza Università di Roma

Introduzione. Le corporoplastiche di raddrizzamento penieno prevedono l'allungamento del lato corto (concavo) o accorciamento del lato lungo (convesso). La prima tecnica descritta è stata quella di Nesbit, negli anni sono state proposte alcune varianti di tecniche. Gli autori descrivono una tecnica di plicatura effettuata in anestesia locale e valutano i risultati e grado di soddisfazione a distanza.

Materiali e metodi. I pazienti effettuano preoperatoriamente: questionario IIEF, esame rigiscan, test con PGE1 e foto sui piani ortogonali esame Genito Sensory Analyzer. L'intervento viene effettuato con un accesso baso penieno dorsale per gli incurvamenti ventrali e peno scrotale per gli incurvamenti dorsali e laterali. Dopo aver effettuato il degloving si effettua la corporoplastica nel punto stabilito preoperatoriamente. Si prepara la

fascia di Buck e si appone un punto di seta zero nel punto di massima trazione. Il punto è una variante della tecnica di *Ebbehoj* e prevede il passaggio transfiggente l'albuginea. L'erezione idraulica intra-operatoria mostra la perfetta correzione dell'incurvamento.

Risultati. Vengono illustrati i risultati di questa nuova tecnica usata in 32 pazienti di età compresa tra i 18 ed i 31 anni con un follow up di 24 mesi, l'incidenza delle recidive è molto bassa, non abbiamo avuto complicanze e soprattutto non si palpano tumefazioni o depressioni nei punti in cui vengono effettuate le corporoplastiche. Tutti i pazienti hanno riferito un ottimo risultato estetico e funzionale come dimostrato dal rigiscan e IIEF post operatori.

Conclusioni. La tecnica descritta effettuata in Day-Hospital permette di ridurre notevolmente i costi con tempi di guarigione ridotti. Da quando Nesbit nel 1965 propose la prima tecnica negli anni numerose varianti sono state proposte. Questa variante plicatura a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica. La tecnica non modifica la qualità dell'erezione né la sensibilità peniena non effettuando come accesso chirurgico la circonconcisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P19

INSOLITA COMPLICANZA IN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA

Francesco Varvello, Enrico Conti, Sergio Lacquaniti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Giuseppe Fasolis
SOC Urologica, Ospedale "San Lazzaro" di Alba, ASL CN2

Introduzione. Le complicanze relative al posizionamento del serbatoio delle protesi peniene sono rare e rappresentate di solito da migrazione o da erosione in visceri adiacenti. In letteratura l'occlusione intestinale viene riportata in soli 2 casi datati oltre 20 anni fa. Presentiamo un caso di occlusione ileale meccanica in paziente precedentemente sottoposto a cistectomia radicale e neovescica ortotopica.

Caso clinico. Pz di 72 anni, sottoposto nel 2008 a cistectomia radicale + neovescica ad Y e dopo 4 anni ad impianto protesico tricomponente. Per l'inserimento del serbatoio (sferico, 65 ml) era stata eseguita incisione complementare. Regolare il decorso post-operatorio, il paziente si era canalizzato in II giornata ed era stato dimesso in III giornata. A 11 giorni dalla dimissione il paziente si ripresentava con versamento ematico in emiscroto destro e quadro clinico di occlusione intestinale. Alla TC veniva rilevata dilatazione delle anse ileali a monte del serbatoio della protesi peniena. È stata eseguita una laparotomia esplorativa: il serbatoio è

risultato comprimere l'ansa efferente a livello della anastomosi ileo-ileale esito del confezionamento della neovesiccia ileale, le anse ileali a contatto con il serbatoio si presentavano sofferenti e coinvolte in tenaci aderenze cicatriziali. Dopo una complessa viscerolisi, è stata eseguita una resezione ileale ed è stato rimosso il serbatoio. Il paziente è stato dimesso dopo 23 giorni, canalizzato con alvo diarroico e sindrome da intestino corto. Durante il successivo follow up è comparsa prima una fistola addomino-cutanea e poi una raccolta in sede inguino-scrotale destra entrambe risoltesi spontaneamente. Dopo 8 mesi è stato necessario rimuovere l'impianto protesico in toto per erosione della cute scrotale da incipiente estrusione della pompa.

Conclusioni. L'occlusione intestinale in seguito ad impianto protesico penieno tricomponente è un'evenienza molto rara. I pazienti già sottoposti a chirurgia addominale, in particolare sottoposti a cistectomia sono evidentemente più a rischio. Nel caso specifico il serbatoio alloggiato in uno spazio intraperitoneale sede di aderenze unitamente alla relativa fissità dell'ansa efferente sembrano essere stati elementi determinanti per lo sviluppo della complicanza. L'utilizzo di serbatoi a conformazione appiattita e l'eventuale collocazione soprafasciale potrebbero essere utili accorgimenti per evitare questo tipo di complicanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P20

CHIRURGIA DEL CAMBIAMENTO DI SESSO: RASSEGNA DI 20 ANNI DI RISULTATI CHIRURGICI

Paolo Verze, Davide Arcaniolo, Alessandro Palmieri, Roberto La Rocca, Vincenzo Viscusi, Enrico Maisto, Raffaele Bianco, Michele Barbieri, Marco Capece, Ciro Imbimbo, Vincenzo Mirone

Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II

Obiettivi. Fornire un confronto retrospettivo tra le due diverse tecniche di SRS (Lembo penoscrotale-PSF ed Inversione della pelle del pene-PSI) in termini di chirurgia, risultati funzionali e soddisfazione del paziente.

Metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati di 219 transessuali maschio-femmina sottoposti ad intervento chirurgico di riassegnazione di sesso presso il nostro Istituto tra il gennaio 1992 ed il novembre 2011. È stato stabilito un contatto telefonico con i pazienti da 12 a 18 mesi dopo l'intervento ed è stato per invitarli ad una visita di controllo. Nell'ambito di tale visita sono stati invitati a compilare un questionario per valutare il grado di soddisfazione messo a punto dal nostro team specializzato. 147 pazienti (67%) sono stati sottoposti a vaginoplastica PSF, 66 pazienti (30%) sono stati sottoposti a vaginoplastica PSI e 6 pazienti (3%) sono stati sottoposti a colonvaginoplastica. Questi 6 pazienti sono stati esclusi.

Risultati. Il 94% dei pazienti si sono ritenuti soddisfatti del loro nuovo status sessuale senza rimpianti, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Interrogati sulla loro vita sessuale, 164 pazienti (75%)

hanno riferito di godere di una vita sessuale più soddisfacente dopo la SRS senza differenze significative tra i due gruppi. I pazienti sottoposti a PSI hanno espresso maggiore soddisfazione riguardo l'aspetto estetico della loro neovagina ($p < 0.001$), mentre i pazienti nel gruppo PSF hanno espresso maggiore soddisfazione della profondità della loro neovagina ($p < 0.001$). Le complicanze intraoperatorie: lesioni del retto (6 pzz - 3%) e lesioni del fascio vascolo-nervoso (1 pz - 0,5%); complicanze a breve termine: sanguinamento uretrale perimeatale (66 pzz - 31%) ed infezioni della ferita chirurgica (41 pzz - 19,5%); unica complicanza a lungo termine: completa stenosi o necrosi della neovagina in 7 pazienti (3%). Non sono state notate differenze tra i due gruppi in termini di complicanze.

Conclusioni. Il livello relativamente elevato di soddisfazione per le qualità funzionali ed estetiche dei genitali neo acquisiti riportato dai pazienti è dovuto alla sinergia tra il livello di competenza chirurgico, un programma efficace di preparazione pre-operatoria ed un'adeguata consulenza post-operatoria. Tali elementi sono indispensabili per il successo della SRS. Entrambe le tecniche forniscono buoni risultati sia estetici che funzionali e si sono dimostrate sicure.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P21

TUMORI TESTICOLARI A CELLULE GERMINALI: ANALISI DI INCIDENZA E SHIFT DI PATTERN ISTOLOGICO

Vincenzo Favilla¹, Cimino Sebastiano¹, Daniele Urzi¹, Fabio Spitaleri¹, Giorgio Ivan Russo¹, Alberto Saita¹, Gianmarco Garau², Massimo Madonia², Furio Pirozzi Farina², Carlo Corbu², Giuseppe Morgia¹

¹Clinica Urologica, Università di Catania; ²Clinica Urologica, Università di Sassari

Introduzione e obiettivi. I tumori testicolari a cellule germinali (TCG) presentano un picco d'incidenza in corrispondenza della terza e quarta decade di vita. Recenti dati epidemiologici hanno documentato, specialmente nei paesi più industrializzati, un costante aumento dell'incidenza di queste neoplasie e in particolare dell'istotipo seminomatoso. L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare nella nostra casistica queste recenti osservazioni.

Materiali e metodi. Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva su 126 pazienti sottoposti ad orchifuniculectomia tra il 2004 e il 2012 per TCG. Sono stati esclusi dall'analisi 9 casi di tumori testicolari non a cellule germinali. Per ciascun paziente abbiamo valutato: anno della diagnosi, esito istologico ed età alla diagnosi. La proporzione relativa di TCG con istotipo seminomatoso (TCGS) e di TCG con istotipo non seminomatoso (TCGNS) trattati sono stati comparati mediante il test chi-quadrato e l'analisi della varianza.

Risultati. L'età media dei pazienti alla diagnosi era di 34 anni. Su 126 pazienti sottoposti ad orchifuniculectomia per TCG, l'analisi istologica ha documentato: 76 (60.3%) casi di TCGS e 50 (39.6%) casi di TCGNS

includenti una componente seminomatosa. Durante gli intervalli di tempo 2004-2006, 2007-2009 e 2010-2012, il numero di TCGS trattati è stato rispettivamente di 8 (38%), 26 (56.5%) e 42 (61.7%). Il numero di TCGNS trattati negli stessi trienni considerati è stato di 12 (57%), 18 (39.1%) e 20 (29.4%) casi rispettivamente. La proporzione relativa di TCGS trattati è aumentata negli anni. Al contrario, la proporzione relativa di TCGNS si è ridotta nel tempo. Queste differenze sono risultate statisticamente significative ($p < 0,001$). La differenza tra TCGS e TCGNS in relazione all'età alla diagnosi è rimasta invariata in entrambi i gruppi e durante tutto il periodo d'osservazione.

Conclusioni. La proporzione di TCG seminomatosi risulta in costante aumento a scapito dei TCG non seminomatosi. La ragione di questo shift istologico non è ben chiara. Un coinvolgimento dei fattori ambientali potrebbe giocare un ruolo determinante. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P22

ENORMI MASSE TESTICOLARI BILATERALI

Giorgio Gentile¹, Alessandro Franceschelli², Riccardo Schiavina¹, Cristian Vincenzo Pultrone¹, Ziv Zuckerman¹, Fulvio Colombo²

¹U.O. Urologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; ²SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Introduzione e obiettivi. Descrizione di un raro caso di seminoma spermatocitico bilaterale sincrono.

Materiali e metodi. Nell'aprile 2013 un paziente maschio di 53 anni, forte obeso, si presenta con un eccezionale ingrossamento scrotale secondario a voluminose masse testicolari non dolenti. Il paziente riferisce la presenza di tali masse già da cinque anni, nascoste per vergogna e per paura dell'intervento. L'ecografia scrotale ha potuto evidenziare solo un marcato ingrandimento dei didimi (il destro di circa 11 cm, il sinistro circa 18 cm) entrambi ad ecostruttura sovrvertita ed ipervascularizzata, risultando impossibile il riconoscimento di tessuto testicolare sano. La successiva TC mdc T-B ha confermato una diffusa infiltrazione testicolare, in assenza di adenopatie e di sospetti secondarismi a distanza. Il peso del paziente (oltre i 130 kg) ha reso impossibile l'esecuzione di una RM. L'esplorazione chirurgica, ha previsto un accesso scrotale e l'esteriorizzazione dei testicoli: in considerazione del completo sovertimento anatomico che rendeva impossibile riconoscere l'eventuale presenza di tessuto testicolare sano, si è proceduto ad orchietomia bilaterale con successiva scrotoplastica riduttiva di modellamento.

Risultati. L'esame macroscopico dei testicoli evidenziava un notevole aumento volumetrico (sinistro: cm 20 x 14 x 10, peso 1515 gr; destro: cm 10 x 7 x 5, peso 375 gr). Al taglio, entrambi i didimi mostravano totale sovertimento della struttura anatomica, con completa sostituzione del parenchima testicolare con tessuto bianco-gri-

giastro, lobulato con aree mixoidi. L'esame istologico è risultato compatibile con Seminoma spermatocitico bilaterale, pT2 Nx Mx a sinistra e pT1 Nx Mx a destra.

Conclusioni. Il Seminoma spermatocitico è un raro tumore a cellule germinali, caratterizzato da una insorgenza limitata al testicolo e buona prognosi. In letteratura sono attualmente riportati solo cinque casi di tumore seminoma spermatocitico sincrono bilaterale, per lo più osservati in aree rurali di Paesi in via di sviluppo. Il caso è sicuramente eccezionale anche in considerazione dell'ambiente socio-culturale di provenienza del soggetto, l'area metropolitana di Bologna.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P23

IMPIEGO DELLA ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE LESIONI TESTICOLARI NON PALPABILI

Beniamino Corcioni¹, Caterina Gaudiano¹, Fiorenza Busato¹, Giorgio Gentile², Alessandro Franceschelli², Fulvio Colombo², Rita Golfieri¹

¹U.O. Radiologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; ²SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Introduzione. La diagnosi differenziale preoperatoria delle lesioni testicolari non palpabili mediante le metodiche di Imaging è cruciale poiché consente, nei casi di negatività dei marker biochimici tumorali, un approccio chirurgico conservativo.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato retrospettivamente 16 pazienti (pz) inizialmente studiati con ecografia scrotale che aveva evidenziato presenza di lesioni focali testicolari = 25 mm. In tutti i pazienti, i markers neoplastici erano risultati negativi. In tutti i casi è stato eseguito approfondimento diagnostico mediante ecografia con mezzo di contrasto (*Contrast Enhanced Ultrasound, CEUS con Sonovue®*, Bracco, 4,8 mL). I pz sono stati successivamente sottoposti a Testing sparing surgery (TSS) eco-guidata, con esame istologico estemporaneo (FSE) ed eventuale orchietomia.

Risultati. Evidenze alla CEUS: assenza di contrast enhancement intralesionale in 2 lesioni (Gruppo A), progressivo e debole impregnazione contrastografica in 4 casi (Gruppo B), impregnazione contrastografica in fase precoce che si omogenizza con il restante parenchima in 5 casi (Gruppo C) e marcato contrast enhancement con wash out successivo in 5 casi (Gruppo D). All'esame anatomico-patologico estemporaneo, le lesioni suddette sono risultate: cisti epidermoide (Gruppo A), flogosi (Gruppo B), seminoma (Gruppo C), leydioma (Gruppo D). I 5 pazienti del Gruppo C sono stati sottoposti ad orchifunicolectomia. In tutti i casi, l'esame istologico definitivo ha confermato la FSE.

Conclusioni. La CEUS aumenta la confidenza diagnostica nello studio della vascularizzazione delle piccole lesioni didimarie, differenziando quelle avascolari-ipo-

vascolari (con assente-basso rischio di potenzialità maligna) da quelle ipervascolarizzate
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P24

RUOLO DEI PDE5-I NELLA RIABILITAZIONE DOPO CHIRURGIA PENIENA: INDAGINE CONOSCITIVA

Enrico Conti, Francesco Varvello, Sergio Lacquaniti, Luca Puccetti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Giuseppe Fasolis

SOC Urologica, Ospedale "San Lazzaro" di Alba, ASL CN2

Introduzione e obiettivi. Una disfunzione erettile post-operatoria 'De novo' è associata alla chirurgia dei corpi cavernosi nel 10-23% dei casi, con incidenza minore negli interventi di Nesbit e maggiore negli interventi di maggiore complessità o che prevedono l'innesto di patches. Nonostante la riconosciuta efficacia dei PDE5-I per il trattamento della DE, l'utilità di questi farmaci per migliorare la funzione erettiva dopo chirurgia peniena non è ancora comprovata e codificata. Abbiamo effettuato una revisione della letteratura e inviato un questionario ai soci SIA per fotografare l'attuale orientamento degli andrologi italiani.

Materiali e metodi. Abbiamo formulato un questionario con i seguenti 5 items: 1- Eseguite presso il vostro centro interventi di corporoplastica? 2- Eseguite presso il vostro centro interventi di uretroplastica? 3- Se sì, quale tipologia di interventi eseguite? 4- Nel postoperatorio utilizzate farmaci (e quali) per la riabilitazione della funzione erettile? 5- Se pratici tale riabilitazione quale pensi sia il razionale alla base? Il questionario è stato inviato a tutti i soci SIA.

Risultati. Il questionario è stato inviato a 860 soci SIA. 44 soci (5%) hanno risposto. Gli intervistati hanno riferito di effettuare routinariamente chirurgia dei corpi cavernosi (89%) e/o chirurgia dell'uretra (66%). Il 69% degli intervistati ha dichiarato di prescrivere PDE5-I da soli o in associazione ad altre terapie nel postoperatorio. La somministrazione di questi farmaci nella chirurgia dei corpi cavernosi è dichiarata con frequenza maggiore quando il recurvatum è acquisito e/o la chirurgia più complessa ed è riportata nel 65% dopo chirurgia uretrale. Il razionale dichiarato per l'impiego dei PDE5-I è stato in ordine di frequenza: prevenzione dell'accorciamento del pene, favorire lo stretching dei corpi cavernosi, favorire la vasodilatazione del tessuto erettile.

Conclusioni. L'impiego dei PDE5-I nella riabilitazione post chirurgia peniena e/o uretrale è suggerito da opinioni di esperti piuttosto che da evidenze cliniche. Il nostro studio ha evidenziato come la maggioranza degli intervistati concordi con la somministrazione postoperatoria di PDE5-I, soprattutto dopo chirurgia complessa e/o della IPP. Il limite dello studio è rappresentato dallo scarso numero di risposte pervenute. Sarebbe auspicabile effettuare studi sulla riabilitazione farmacologica dopo chirurgia dell'asta allo scopo

di validare schemi e protocolli di riabilitazione conditi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Video

V1

CORPOROPLASTICA DI RADDRIZZAMENTO PER RECURVATUM CONGENITO. INTERVENTO DI NESBIT: CONCETTI GEOMETRICI E MODIFICHE TECNICHE

Fulvio Colombo, Alessandro Franceschelli, Fabio Modenini, Giorgio Gentile

SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Il video mette a confronto la tecnica di corporoplastica tradizionale secondo Nesbit e la variante con isolamento del fascio neuro-vascolare, valutandone le differenze ed i vantaggi. La corporoplastica secondo Nesbit, descritta nel 1965 rappresenta tutt'ora la soluzione chirurgica più diffusa per la correzione chirurgica degli incurvamenti congeniti del pene. La tecnica originale prevedeva plicature multiple dall'albuginea dal lato convesso, lateralmente al fascio vasculo-nervoso che non veniva quindi isolato. La procedura comporta l'incisione circolare sub coronale, il degloving penieno, l'identificazione del punto di massima curvatura dopo induzione dell'erezione farmaco-idraulica e infine la plicatura albuginea bilaterale, lateralmente al fascio neuro-vascolare. Il tessuto albugineo compreso dalle plicature viene esciso con il massimo risparmio del tessuto erettile sottostante ed i margini vengono accostati con sutura continua in materiale a lento riassorbimento. La variante tecnica, da noi abitualmente utilizzata, consiste invece nell'escissione di una singola losanga albuginea mediana. Ciò comporta il completo isolamento e sospensione del fascio neuro-vascolare dorsale. L'isolamento progressivo del fascio neuro-vascolare deve originare da un'incisione para-uretrale bilaterale della fascia di Buck, sino alla sospensione completa delle strutture neuro-vascolari. L'applicazione delle pinze di Allis potrà così avvenire in posizione paramediana, in prossimità del setto intercavernoso. L'escissione albuginea sarà quindi costituita da una singola losanga comprendente entrambi i corpi cavernosi. Il razionale di questa modifica tecnica si basa su modelli geometrici sperimentali che hanno dimostrato come un raddrizzamento di un cilindro curvo risulti tanto più efficace quanto più l'escissione sia condotta in sede mediana. In sostanza, più la plicatura avviene lateralmente, maggiore sarà l'accorciamento, al contrario l'escissione di tessuto condotta in sede mediana, comporterà un efficace raddrizzamento con un limitato accorciamento

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V2**CORPOROPLASTICA CON PATCH IN PELVISOFIT E IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE CON ACCESSO PENO-SCROTALE SEPTUM SPARING**

Enrico Conti, Francesco Varvello, Sergio Lacquaniti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Luca Puccetti, Giuseppe Fasolis

SOC Urologia, Ospedale "San Lazzaro" ASL CN2, Alba (CN)

Introduzione. Il setto scrotale è una struttura di cellule muscolari lisce dotato di formazioni vascolari, linfatiche e nervose che separa in 2 compartimenti lo scroto e partecipa alla sua contrazione tonica. La sezione del setto scrotale durante l'impianto protesico per via penoscrotale può favorire complicanze e dolore post-operatorio con ritardo di guarigione clinica. Presentiamo un intervento 'septum sparing' con preventiva corporoplastica con patch in Pelvisoft.

Caso clinico. Paziente di 54 anni con obesità patologica, preventivamente sottoposto a lipectomia addominale per hidden penis, con ipertensione, diabete, IPP stabilizzata con recurvatum penieno dorsale di 45° e DE di grado moderato. Tecnica Degloving penieno, erezione idraulica, misurazione del recurvatum. Isolamento del fascio neurovascolare dorsale. Corporotomia dorsale trasversale ad H. Exeresi parziale di necessità di placca di IPP ossificata. Preparazione di adeguato patch di matrice di collagene acellulare (Pelvisoft, Bard) e sua sutura in corrispondenza del difetto di sostanza. Resintesi della fascia di Buck. Incisione penoscrotale trasversale, inserimento di protesi peniena tricomponente (CX 700, AMS) secondo i seguenti step: 1) inserimento del reservoir nello spazio retropubico 2) esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura settale 3) dilatazione e misurazione dei corpi cavernosi 4) fenestrazione per via smussa tra setto scrotale e uretra 5) trasposizione del cilindro protesico sinistro attraverso la fenestrazione 6) Inserimento dei cilindri e conclusione dell'intervento 7) Medicazione compressiva (*Henry Mummy Wrap*).

Conclusioni. Il rispetto della struttura del setto scrotale sembra in grado di ridurre le complicanze postoperatorie favorendo una precoce attivazione della protesi. La tecnica proposta appare efficace e facilmente riproducibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V3**FRATTURA DEL PENE: ACCESSO PENO-SCROTALE CON DEGLOVING COMPLETO DELL'ASTA DOPO VALUTAZIONE RMN**

Antonini G.¹, De Berardinis E.¹, Von Heland M.¹, Giovannone R.¹, Casciani E.², P. Vicini³, Gentile V.¹

¹Department of Urology, 'Sapienza' Rome University, Rome, Italy; ²Department of Radiology, 'Sapienza' Rome University, Rome, Italy; ³Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Rome, Italy

La frattura del pene, caratterizzata dalla rottura traumatica della tunica albuginea con possibile lesione uretrale, costituisce un'urgenza urologica spesso generata da traumi durante il coito o automanipolazioni per sopprimere l'erezione.

La Risonanza Magnetica Nucleare rappresenta l'indagine diagnostica più accurata perchè in grado di fornire un'eccellente dimostrazione dell'anatomia rivelando lacerazioni sia dell'albuginea che eventualmente dell'uretra. Il trattamento, che consiste nella chiusura della lacerazione della tunica albuginea, viene, generalmente, effettuato con un accesso sub-glandulare con degloving completo dell'asta. La quasi totalità delle fratture peniene è localizzata a livello del III prossimale dell'organo. Nel caso specifico, considerata l'impossibilità di aprire il prepuzio a causa del notevole ematoma presente nel III distale, è stato scelto di effettuare un accesso peno-scrotale. Paziente di 56 anni giunge alla nostra attenzione per comparsa, in seguito a trauma durante il coito, da circa 6 ore di ematoma penieno e disuria. All'esame obiettivo si evidenzia grossolano ematoma e pene lievemente deformato per deviazione verso destra. Viene effettuata d'urgenza una RMN con gadolinio che mette in evidenza un'interruzione della tunica albuginea in corrispondenza del versante ventrale del III prossimale del corpo cavernoso di destra, con associato ematoma contiguo e nel corpo spongioso, diffuso e marcato edema del tessuto sottocutaneo. Non si documentano lesioni uretrali associate. Si effettua, quindi, incisione peno-scrotale e degloving del pene; dopo l'apertura della fascia di Buck, si reperta il punto di frattura. Blocco emostatico con Tourniquet alla base del pene e sutura della corporotomia con Vicryl 3/0. Chiusura della breccia chirurgica dopo posizionamento di drenaggio Redon 14 Ch. Il paziente torna a controllo dopo circa 10 giorni, mostrando un quasi totale riassorbimento dell'ematoma e riferendo episodi erettili normali. Dopo circa 30 giorni viene effettuata una Rigidometria Peniena Notturna che documenta una funzionalità erettile nella norma. Nella frattura dei corpi cavernosi il gold standard è rappresentato dalla RMN per una corretta diagnosi, da un accesso peno-scrotale con degloving a carico del terzo prossimale dell'asta per il trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V4**INDURATIO PENIS PLASTICA E DEFICIT ERETILE: CORPOROPLASTICA DI RADDRIZZAMENTO CON PATCH DI PELVICOL E POSIZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE**

G. Liguori, N. Pavan, G. Chiapparrone, G. Mazzon, B. de Concilio, S. Bucci, E. Belgrano, C. Trombetta
Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara Università di Trieste

Introduzione e obiettivi. L'induratio penis plastica (IPP) è una patologia cronica e progressiva, ad eziologia ignota che spesso si associa a dolore penieno e/o a disfunzione erettile (DE). Presentiamo un caso di un

paziente affetto da IPPe DE al quale è stato proposto un trattamento chirurgico di correzione dell'incurvamento con patch di pelvicol e contestuale posizionamento di protesi peniena tricomponente.

Materiali e metodi. Il paziente di 52 anni giunge alla nostra attenzione per IPP con incurvamento dorsale e rotazione peniena associato a disfunzione erettile da deficit veno-occlusivo secondario ad estesa placca coinvolgente il terzo prossimale dell'albuginea (2,5x3 cm). In anamnesi il paziente risulta affetto da diabete mellito di tipo I dall'età di 18 anni in terapia insulinica ed ipertensione arteriosa.

Risultati. Il tempo operatorio è stato di 140 minuti. Le fasi dell'intervento sono state: incisione sottoglandulare e deglooving completo del pene; isolamento del fascio neurovascolare e duplice incisione dell'albuginea con confezionamento e innesto di 2 patch di pelvicol. Successivamente viene posizionata secondo la tecnica classica con accesso scrotale protesi peniena tricomponente.

Conclusioni. Il decorso postoperatorio è stato esente da complicanze. Il paziente è stato dimesso in 5 giornata postoperatoria e ad un mese dall'intervento è stata attivata la protesi. Allo stato attuale del follow-up il paziente riferisce soddisfazione sia dal punto di vista estetico che funzionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V5

CORPOROPLASTICA A BINARIO NELLA CORREZIONE DEGLI INCURVAMENTI PENIENI CONGENITI ED ACQUISITI

Giovanni Alei¹, Piero Letizia¹, Lavinia Alei²

¹Dipartimento di chirurgia "P. Valdoni"; ²Dipartimento di Dermatologia Sapienza Università di Roma

Introduzione. Gli autori descrivono una variante della corporoplastica di Ebbehøj per la correzione degli incurvamenti penieni congeniti ed acquisiti con funzione erettile conservata.

Materiali e metodi. L'intervento viene effettuato con un accesso baso penieno dorsale per gli incurvamenti ventrali e peno scrotale per gli incurvamenti dorsali e laterali. Dopo aver effettuato il degloving si effettua la corporoplastica nel punto stabilito pre-operatoriamente. Si prepara la fascia di Buck e si appone un punto di seta zero nel punto di massima trazione. Il punto è una variante della tecnica di Ebbehøj e prevede il passaggio transfiggente l'albuginea. L'erezione idraulica intraoperatoria mostra la perfetta correzione dell'incurvamento. A questo punto si copre la corporoplastica con la fascia di Buck, si reinvaginano le strutture peniene e si sutura la cute con punti in seta due zeri.

Risultati. Abbiamo un follow up medio di 24 mesi, l'incidenza delle recidive è molto bassa, non abbiamo avuto complicanze e soprattutto non si palpano tumefazioni o depressioni nei punti in cui vengono effettuate le corporoplastiche.

Conclusioni. Nesbit nel 1965 descrisse la prima tecnica

di corporoplastica. Negli anni numerose varianti sono state proposte. Questa variante della tecnica di Ebbehøj a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V6

UTILIZZO DI UN SEGMENTO INTESTINALE NELLA VAGINOPLASTICA DI SALVATAGGIO NEL TRANSESSUALE ANDRO-GINOIDE

C. Trombetta¹, C. Imbimbo², G. Liguori¹, P. Verze², N. Pavan¹, V. Mirone²

¹Clinica Urologica, Università di Trieste; ²Clinica Urologica, Università di Napoli

Introduzione e obiettivi. Il management chirurgico delle stenosi della neovagina nei pazienti transessuali è un problema complesso e costituisce una sfida tecnica notevole.

Materiali e metodi. Dal 2006, 19 pazienti di età compresa fra i 23 e 41 anni (mediana 33 anni) sono giunti alla nostra attenzione per un problema di stenosi della neovagina. Per il trattamento chirurgico di questi pazienti il sigma è stato utilizzato in 8 casi, mentre l'ileo in 11.

Risultati. Il tempo operatorio medio è stato di 220 minuti (range 185-250 minuti). In nessun caso si sono registrate complicanze intraoperatorie. Il dolore postoperatorio è stato minimo e il decorso postoperatorio regolare ed esente da complicanze: in un solo caso come complicanza postoperatoria si è verificata una infezione delle vie urinarie. Il follow-up medio di questi pazienti è di 18 mesi (intervallo compreso fra i 9 mesi e 4,1 anni). Tutti i pazienti hanno avuto perdite vaginali transitorie che si sono risolte nel giro di 6 mesi. La lunghezza media della neovagina al primo controllo postoperatorio è risultata di 12 cm (range 10,5-14 cm).

Conclusioni. L'utilizzo del sigma per il management chirurgico delle stenosi della neovagina è solitamente di scelta, grazie alla sua vicinanza anatomica e alla facile mobilizzazione del suo peduncolo vascolare. Un altro vantaggio dell'utilizzo di un segmento sigmoidale sta nel fatto che riduce la necessità di eseguire numerose dilatazioni nel periodo postoperatorio, associata alla maggior produzione di muco con funzione lubrificante e ad una maggiore resistenza della mucosa al trauma. Per la vaginoplastica l'utilizzo dell'ileo può essere una valida alternativa terapeutica. Ci possono essere diversi motivi per cui preferire l'ileo. Primo fra tutti l'ileo è tecnicamente più maneggevole per la creazione di diversi condotti ed è per questo che risulta un organo di scelta nella creazione di condotti per le

diversioni in chirurgia urologica. In secondo luogo l'ileo ha una produzione mucosa minore rispetto al sigma e questo causa una minor produzione di secrezioni nel periodo postoperatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V7

ENUCLEORESEZIONE NEOPLASIA DEL GLANDE, CONTESTUALE BIOPSIA LINFONODI SENTINELLA ED URETROPLASTICA ANTERIORE RICOSTRUTTIVA, CON LA MUCOSA BUCCALE

Omidreza Sedigh, Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Ettore Dalmasso, Marco Falcone, Mirko Preto, Bruno Frea

Università degli Studi di Torino - "Città della Salute e della Scienza" - Sede Molinette - Torino S.C.U. di Urologia - Direttore: Prof. Bruno Frea Unità di Andrologia - Responsabile: Prof. ag. Luigi Rolle

Introduzione e obiettivi. Il carcinoma del glande necessita, in molti casi, di un trattamento chirurgico demolitivo, con importanti esiti dal punto di vista anatomico, funzionale e psicologico. In casi selezionati, con istologia di basso grado e in pazienti giovani, è possibile eseguire trattamenti conservativi, con l'intento di garantire risultati anatomici e sessuali accettabili. **Materiali e metodi.** Presentiamo il caso di un uomo di 37 anni giunto alla nostra osservazione dopo diagnosi biotipica di carcinoma spinocellulare del glande in paziente con noto lichen scleroso dell'uretra peniena, già sottoposta a 3 interventi di meatoplastica. È stato sottoposto ad intervento di enucleoresezione della lesione del glande con asportazione del piatto dell'uretra terminale con ricostruzione mediante impiego di graft di mucosa buccale e prelievo bilaterale di linfonodi sentinella a livello inguinale.

Risultati. Il decorso post-operatorio è stato regolare. Il paziente è stato dimesso in quarta giornata post-operatoria. L'esame istologico definitivo ha mostrato un carcinoma spinocellulare moderatamente differenziato con iniziale invasione del corpo spongioso con margini di resezione chirurgica negativi e metastasi di carcinoma nei linfonodi prelevati a sinistra (pT2N2). Successivamente il paziente è stato sottoposto ad intervento di linfadenectomia inguinale e pelvica bilaterale (tutti i linfonodi asportati sono risultati negativi all'analisi istologica). A distanza di 45 giorni dal primo intervento il graft è perfettamente vitale e non vi sono segni di recidiva di malattia.

Tra alcune settimane sarà eseguito il secondo tempo di uretroplastica ricostruttiva.

Conclusioni. Il paziente in questione è stato sottoposto ad un intervento di chirurgia conservativa corretta dal punto di vista oncologico, anche se è necessario un lungo follow-up per la valutazione definitiva. La ricostruzione del glande e dell'uretra ha consentito nell'immediato di limitare il condizionamento della qualità di vita, e nel breve-medio termine permetterà di

recuperare la funzione sessuale che sarebbe stata, invece, completamente abolita nel caso di chirurgia demolitiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V8

LE TECNICHE MICROCHIRURGICHE NEL TRATTAMENTO DELL'AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA

N. Pavan, G. Liguori, R. Napoli, M. Rizzo, G. Chiriaco, E. Belgrano, C. Trombetta

Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

Introduzione e obiettivi. L'azoospermia ostruttiva (AO) è l'assenza completa di spermatozoi nell'eiaculato nonostante una normale spermatogenesi. L'AO coinvolge fino al 15% degli uomini infertili ed è dovuta all'ostruzione delle vie seminali. Attualmente i pazienti affetti da AO possono ottenere una gravidanza tramite trattamenti di procreazione medicalmente assistita (PMA) oppure ricanalizzazione microchirurgica delle vie seminali. Riportiamo in questo video le tecniche microchirurgiche per la ricanalizzazione nei soggetti affetti da AO.

Pazienti e metodi. Dal Marzo 1995 al Gennaio 2013, 67 pz sono stati sottoposti a trattamento microchirurgico per AO e 46 di questi sono stati disponibili al follow-up. L'età media era di 41 anni (range 24-56). I pz avevano eseguito una valutazione andrologica preoperatoria completa. I criteri di inclusione erano: azoospermia confermata da almeno 2 spermigrammi; normali valori di testosterone ed FSH; documentata spermatogenesi. Di questi 46 pz, 23 sono stati sottoposti a vasovasostomia (2 monolateralmente), 10 ad epididimovasostomia (4 monolateralmente), 5 a tubulovasostomia (2 monolateralmente); 7 ad epididimovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro e 1 a vasovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro. I pz hanno eseguito uno spermigramma a 1 e 3 mesi; la ricanalizzazione è stata considerata efficace laddove sono stati rilevati almeno 10 milioni di spermatozoi/ml.

Risultati. La pervietà delle vie seminali è stata riscontrata in 26 pz (54%) così suddivisi: 15 sottoposti a vasovasostomia (61%); 3 sottoposti a epididimovasostomia (11%); 4 sottoposti a tubulovasostomia (15%); 3 sottoposti a tubulo + epididimovasostomia (11%) e 1 sottoposto a tubulo + vasovasostomia (4%). 10 gravidanze (26%) sono state ottenute, di queste 8 in Pz sottoposti a vasovasostomia, 1 in Pz sottoposto a tubulovasostomia bilaterale e 1 a tubulovasostomia e vasovasostomia.

Conclusioni. Il tasso di gravidanze che abbiamo ottenuto è soddisfacente: infatti in letteratura il tasso di gravidanza è inferiore 45%. Il trattamento microchirurgico risulta efficace soprattutto dal punto di vista del rapporto costo-beneficio rispetto alle altre tecniche di PMA in particolare in riferimento alla ICSI inoltre non espone la partner femminile alle complicanze di queste tecniche. Queste considerazioni ci portano a

ritenere le tecniche di ricanalizzazione microchirurgica una valida opzione terapeutica nel trattamento della AO.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V9

IMPIANTO CONTESTUALE DI RESERVOIR PER PROTESI TRICOMPONENTE DURANTE PROSTATECTOMIA RADICALE EXTRAFASCIALE ROBOTICA

Carlo Ceruti, Luigi Rolle, Omidreza Sedigh, Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Elisa Galletto, Mirko Preto, Bruno Frea

Introduzione e obiettivi. Nei pazienti candidati a prostatectomia radicale che, pur desiderosi di mantenere una attività sessuale, non possono beneficiare (per criteri oncologici o perchè già portatori di DE) di una procedura nerve-sparing, la funzione erettile può essere ristabilita mediante un successivo impianto protesico. Il posizionamento in addome del serbatoio delle protesi tricomponenti dopo prostatectomia laparoscopica/robotica, che viene di solito condotta per via transperitoneale, può risultare indaginoso ed esporre a rischi. Le soluzioni sono rappresentate dal posizionamento intraperitoneale sotto vista del serbatoio mediante un'incisione di servizio oppure dal ricorso al posizionamento del serbatoio nella parete addominale, alternativa valida ma che può essere poco accettabile in pazienti magri, nonostante la disponibilità dei nuovi serbatoi a profilo ridotto, per la difficoltà di occultare completamente il reservoir.

Materiali e metodi. Il posizionamento del reservoir durante prostatectomia robotica richiede solo pochi minuti e avviene sotto vista in sede intraperitoneale. Il tubo di connessione, tappato con apposito accessorio, viene facilmente attratto nello scroto attraverso una minima incisione (1 cm) mediante una pinza di Kelly i cui rebbi vengono fatti penetrare in addome a monte dell'anello inguinale esterno sotto controllo laparoscopico; l'estremità del tubo viene fissata con un punto di sutura.

Risultati e discussione. L'impianto del reservoir durante prostatectomia open era stato proposto da Boyd, che ne aveva verificato fattibilità e sicurezza; il posizionamento del serbatoio durante prostatectomia extrafasciale transperitoneale robotica nei pazienti motivati alla riabilitazione protesica, finora mai proposto, risulta particolarmente vantaggioso perchè permette un posizionamento intra-addominale sicuro, scevro dai rischi di lesione intestinali connessi con un posizionamento differito, e con rischi infettivi minimizzati dai vantaggi della tecnica robotica: perfetta tenuta dell'anastomosi vescico-uretrale e basso rischio di raccolte. L'estremità del tubo di connessione risulta di facile

reperimento in sede scrotale in occasione dell'impianto dei cilindri e dell'attivatore anche dopo alcuni mesi dalla procedura.

Conclusioni. Il posizionamento contestuale del reservoir può rappresentare una valida opzione in pazienti candidati a prostatectomia radicale laparoscopica/robotica extrafasciale e motivati alla riabilitazione protesica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V10

TRASPOSIZIONE TESTICOLARE IN PAZIENTE CON DISMORFISMO GENITALE E SINDROME DI KLINEFELTER

Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Omidreza Sedigh, Mirko Preto, Elisa Galletto, Bruno Frea

Università degli Studi di Torino - "Città della Salute e della Scienza" - Sede Molinette - Torino S.C.U. di Urologia - Direttore: Prof. Bruno Frea Unità di Andrologia - Responsabile: Prof.ag. Luigi Rolle

Introduzione. Qualsiasi condizione, congenita o acquisita, che comprometta le dimensioni e l'aspetto dei genitali esterni può determinare importanti ripercussioni psicosessuali ed avere un forte impatto negativo sulle relazioni interpersonali del paziente

Materiali e metodi. Un paziente di 21 anni, giunto alla nostra osservazione lamentando un'importante ipotrofia testicolare bilaterale, affetto da sindrome di Klinefelter, con funzione gonadica conservata, e quadro seminale di azoospermia si è eseguita una microTeSE bilaterale con accesso sovrapubico a V (Kelami modificata). Inoltre la gonade di destra, tramite la stessa incisione, è stata trasferita all'interno dell'emiscroto controlaterale e sostituita da una protesi testicolare (trasposizione testicolare per via infrapubica). Infine è stato ridotto tramite una plastica ad Y l'eccessivo angolo pubo-penieno che riduceva le dimensioni reali dell'asta.

Risultati. Non si sono registrate complicanze intra e post-operatorie. Non sono stati ritrovati spermatozoi nei tubuli seminiferi prelevati. All'esame istologico è stata confermata una diagnosi di SCOS. A 14 mesi dall'intervento, il paziente riferisce ottima soddisfazione per il risultato estetico della procedura. Entrambi i testicoli risultano essere trofici e con funzione endocrina conservata.

Conclusioni. La trasposizione testicolare infrapubica risulta un approccio chirurgico sicuro e con risultati estetici e funzionali ottimi. Non compromette inoltre il trofismo gonadico, preservando la normale funzione endocrina. I risultati di tale tecnica dovranno essere valutati prospetticamente in uno studio con un numero maggiore di casi e maggior follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

INDICE DEGLI AUTORI

Aiello Giulio	33	Catania Vincenzo Davide	25
Albanese Sara	13	Catanuso M.	34
Alei Giovanni	31, 37, 42	Catanzariti Francesco	30, 33
Alei Lavinia	31, 37, 42	Ceruti Carlo	14, 19, 43, 44
Ambrosini Guido	11	Chiapparrone G.	31, 41
Andrisani Alessandra	11	Chiriaco G.	21, 30, 43
Angelozzi Giovanni	17, 26	Chironi Christian	32
Antolini Jacopo	18, 37, 40, 41	Cimino Sebastiano	23, 24, 29, 38
Arcaniolo Davide	29, 38	Ciraolo Anna	12
Arduino Carlo	14	Clari Giulio	11
Arena Giampaolo	11	Clementi Maria Chiara	17, 35
Armanini Decio	11	Cocci Andrea	32
Asimakopoulos Anastasios D.	24	Colasante Alessandro	22
		Colicchia Michele	17, 35
Baldi Elisabetta	12	Colombo Fulvio	18, 39, 40
Barbagli Guido	23	Conti Andrea	15, 21
Barbi Emilio	32	Conti Enrico	18, 37, 40, 41
Barbieri Michele	29, 38	Contiero Giovanna	13
Bardari Franco	26	Corbu Carlo	24, 38
Bartoletti Riccardo	13, 27, 28	Cozza Pietro Paolo	11
Beck-Peccoz Paolo	15	Cozzi Gabriele	15, 21
Belgrano Emanuele	21, 25, 31, 41, 43	Crisafulli Cristiano	34
Benvenuto Sara	25	Cuomo Felice	13
Berdondini Elisa	22, 23	Curreli Andrea	12, 13, 36
Bianchi Vera	15, 21		
Boeri Luca	35	Damiano Rocco	17, 35
Bonanni Guglielmo	11	de Concilio Bernardino	25, 30, 41
Bordin Luciana	11	De Filippo Stefania	13
Bragadin Marcantonio	11	De Luca F.	20
Bucci Stefano	21, 25, 41	De Nunzio Cosimo	23
		Delle Rose Augusto	32
Cai Tommaso	13, 27, 28	Dente Danilo	20
Cali Claudia	29	Di Gregorio C.	34
Calisti Alessandro	25	Di Guardo A.	34
Calvo M.	34	Dinoto S.	34
Cambi Marta	12	Dipierro Giovanni	22
Camilli Marco	18, 37, 40, 41	Donà Gabriella	11
Camozzi Ilenya	17		
Cantoro Ubaldo	30, 33	Egydio P.H.	19
Capitanio Umberto	17		
Capogrosso Paolo	17, 35	Fabrizi Adele	16
Caraceni Enrico	17, 26	Falcone Marco	14, 19, 43, 44
Cardaci Vittorio	15	Fasolis Giuseppe	18, 37, 40, 41
Caroassai Grisanti Simone	32	Favilla Vincenzo	24, 29, 38
Casciani E.	41	Ferrante Emanuele	15
Casciani Valentina	20, 22	Filimberti Erminio	12
Castagna Giulia	17, 35	Fiocca Guido	25
Castelli Tommaso	24, 29	Florio Mirko	24
Castiglione Fabio	35	Foddai Maria Antonietta	12
Castrianni Davide	20	Fois Maria Laura	12

Fossati Nicola	23	Mugnier Camille	24
Franceschelli Alessandro	18, 39, 40	Muratori Monica	12
Franco Giorgio	20, 22	Muzzonigro Giovanni	30, 33
Franco Marco	29, 35		
Frea Bruno	14, 19, 43, 44	Naber Kurt	13
		Napoli Enrica	20, 43
Gadda Franco	15, 21	Natali Ilaria	12
Galletto Elisa	14, 44	Negro Carlo Luigi Augusto	26
Gallo Luigi	28, 34	Nesi Gabriella	13, 28
Gambino Giuseppa	20	Nicita Giulio	32
Garau Giammarco	24, 38		
Gargantini Luigi	15	Ollandini Giangiacomo	21, 25, 30
Gentile Barbara Cristina	36		
Gentile Giorgio	18, 39, 40	Paffoni Alessio	15, 22
Gentile Tommaso	13	Palmieri Alessandro	29, 38
Gentile V.	41	Palmineri Enzo	22, 23
Giachini Claudia	12	Palmiotto Fabio	33
Greco Ermanno	20, 22	Pane Manuela	29
Grella Giovanna	25	Paradiso Matteo	26
Guarino Nino	25	Pavan Nicola	31, 41, 42, 43
Guida John	13	Pavone Carlo	20
		Peluso Giuseppina	11
Imbimbo Ciro	29, 35, 38, 42	Perri Carlo	11
Iorio Beniamino	24	Pieri Stefano	25
		Pirozzi Farina Furio	12, 16, 24, 28, 36, 38
Kuehhas F.E.	19	Pischedda Antonella	12, 16, 36
		Pizzamiglio Giovanna	21
Lacetera Vito	10, 33	Polito Massimo	30, 33
Lacquaniti Sergio	18, 37, 40, 41	Preto Mirko	14, 19, 43, 44
Lalatta Faustina	15, 21	Privitera Salvatore	29
Larcher Alessandro	23	Puccetti Luca	18, 40, 41
Larocca Lorenzo	23	Pultrone Cristian Vincenzo	18, 39
Lauretti Stefano	15		
Lazzeri Massimo	23	Quaresima Luigi	33
Letizia Piero	31, 37, 42		
Liguori Giovanni	21, 25, 30, 31, 41, 42, 43	R.U.A.	19
Lobascio Annamaria	22	Raimondo Salvatore	13
Longo Nicola	29	Raspollini Maria	32
Luciani Lorenzo	27	Rizzo Michele	21, 30, 43
		Rocca Alessandro	26
Madonia Massimo	24, 29, 38	Rocco Francesco	15, 21, 22
Maio Giuseppe	27	Rolle Luigi	14, 19, 43, 44
Màlek Tomàs	25	Romano Giuseppe	23
Malossini Gainni	27, 28	Romeo Salvatore	20
Marronaro Angelo	26	Rossi Martina Sofia	18
Maruccia Serena	22	Rossi Roberta	16
Marzocco Michele	32	Russo Giorgio Ivan	24, 29, 38
Mauro Giulia Letizia	20	Russo Sabatino	29, 35
Mavilla Luca	19, 36		
Mazzoli Sandra	13, 27, 28	Sabbadin Chiara	11
Mazzon Giorgio	25, 41	Saita Alberto	24, 38
Meacci Francesca	13, 28	Salonia Andrea	17, 35
Michetti Paolo Maria	16	Salonia Michele	17
Minasi Maria Giulia	20, 22	Sampalmieri Matteo	16
Mirone Vincenzo	29, 35, 38, 42	Sandri F.	30
Mondaini Nicola	13, 20, 28	Sansalone Salvatore	23
Montorsi Francesco	17, 35	Santini Edoardo	16
Morgia Giuseppe	24, 29, 38	Scalici Gesolfo Cristina	20
Morrone Giancarlo	11	Scarselli Filomena	20, 22

Sedigh Omidreza	14, 19, 22, 43, 44	Trombetta Carlo	21, 25, 30, 31, 41, 42, 43
Segna E.	30	Turchi Paolo	12
Serrago Mariapia	15, 21		
Sidoti Giuseppe	34	Umari Paolo	21, 31
Silvaggi Marco	16	Urzi Daniele	24, 38
Simi Stefano	12	Usala Manuela	20
Simonelli Chiara	16	Utizi Lilia	17
Somigliana Edgardo	21		
Spera Enrico	24	Varvello Francesco	18, 37, 40, 41
Spirito Lorenzo	29	Vedovo F.	21, 31
Spitaleri Fabio	24, 38	Ventimiglia Eugenio	17, 35
Suardi Nazareno	35	Verze Paolo	29, 38, 42
Sulpasso Matteo	32	Vespasiani Giuseppe	23, 24
		Villari Donata	32
Terribile Mario	20, 22		
Timossi Luca	23	Zaffuto Emanuele	35
Timpano Massimiliano	14, 19, 43, 44	Zanni Giuseppe	35
Tiscione Daniele	13, 27, 28	Zavaglia Daniela	20, 22
Torcia Carlo	15	Ziaran Stanislav	25



Grand Hotel Pianeta Maratea

ARRIVEDERCI AL XXX CONGRESSO NAZIONALE SIA - 28 - 31 MAGGIO 2014



Presidente del Congresso
Angela Vita



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



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