

FOUNDED IN 1924

ISSN 1124-3562

ARCH ITAL UROL ANDROL

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

Vol. 88; n. 2, Supplement 1, June 2016



XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIA

**40 ANNI DI SIA:
L'EVOLUZIONE DELL'ANDROLOGIA**

**28-31 Maggio 2016
Regina Palace Hotel, Stresa**

**Presidente SIA
Giorgio Franco**

**Presidente del Congresso
Mauro Silvani**

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



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

SIA Official Journal



SIEUN Official Journal



SIUrO Official Journal



UrOP Official Journal



ARCHITAUROLANDROL

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

GENERAL INFORMATION

AIMS AND SCOPE

“Archivio Italiano di Urologia e Andrologia” publishes papers dealing with the urological, nephrological and andrological sciences.

Original articles on both clinical and research fields, reviews, editorials, case reports, abstracts from papers published elsewhere, book reviews, congress proceedings can be published.

Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41

20133 Milano - Italy

Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917

e-mail: scriman@tin.it - architurolog@gmail.com

web: www.aiua.it - www.urologyplanet.it

COPYRIGHT

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

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

Direttore Responsabile: Pietro Cazzola

Direttore Scientifico: Donatella Tedeschi

Direzione Amministrativa: Cristina Brambilla Mazzù

Direzione Marketing: Antonio Di Maio

Consulenza grafica: Piero Merlini

Responsabile ufficio grafico: Cinzia Levati

Impaginazione: Giancarlo Gagucas

Stampa: Lalitotipo, Settimo Milanese (MI)

BUSINESS INFORMATION

SUBSCRIPTION DETAILS

Annual subscription rate

(4 issues) is Euro 52 for Italy

and US \$130 for all other Countries.

Price for single issue: Euro 13 for Italy

US \$32,5 for all other Countries.

Issues will be sent by surface mail; single issues can also be sent by air mail at an extra charge of US \$12.

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41 - 20133 Milano - Italy

Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917

e-mail: scriman@tin.it - architurolog@gmail.com

Payments should be made by bank cheque to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

For Italy: conto corrente postale n. 1010097192

intestato a Edizioni Scripta Manent s.n.c.

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

Changes of address should be notified Edizioni Scripta Manent s.n.c. at least 6-8 weeks in advance, including both old and new addresses. The handling of personal data concerning subscribers is managed by our electronic data base. It is in accordance with the law 675/96 regarding the tutorship of personal data. The use of data, for which we guarantee full confidentiality, is to keep our readers up to date with new initiatives, offers and publications concerning Edizioni Scripta Manent s.n.c. Data will not be released or disseminated to others and the subscriber will be able to request, at any time, variation or cancellation of data.

ADVERTISING

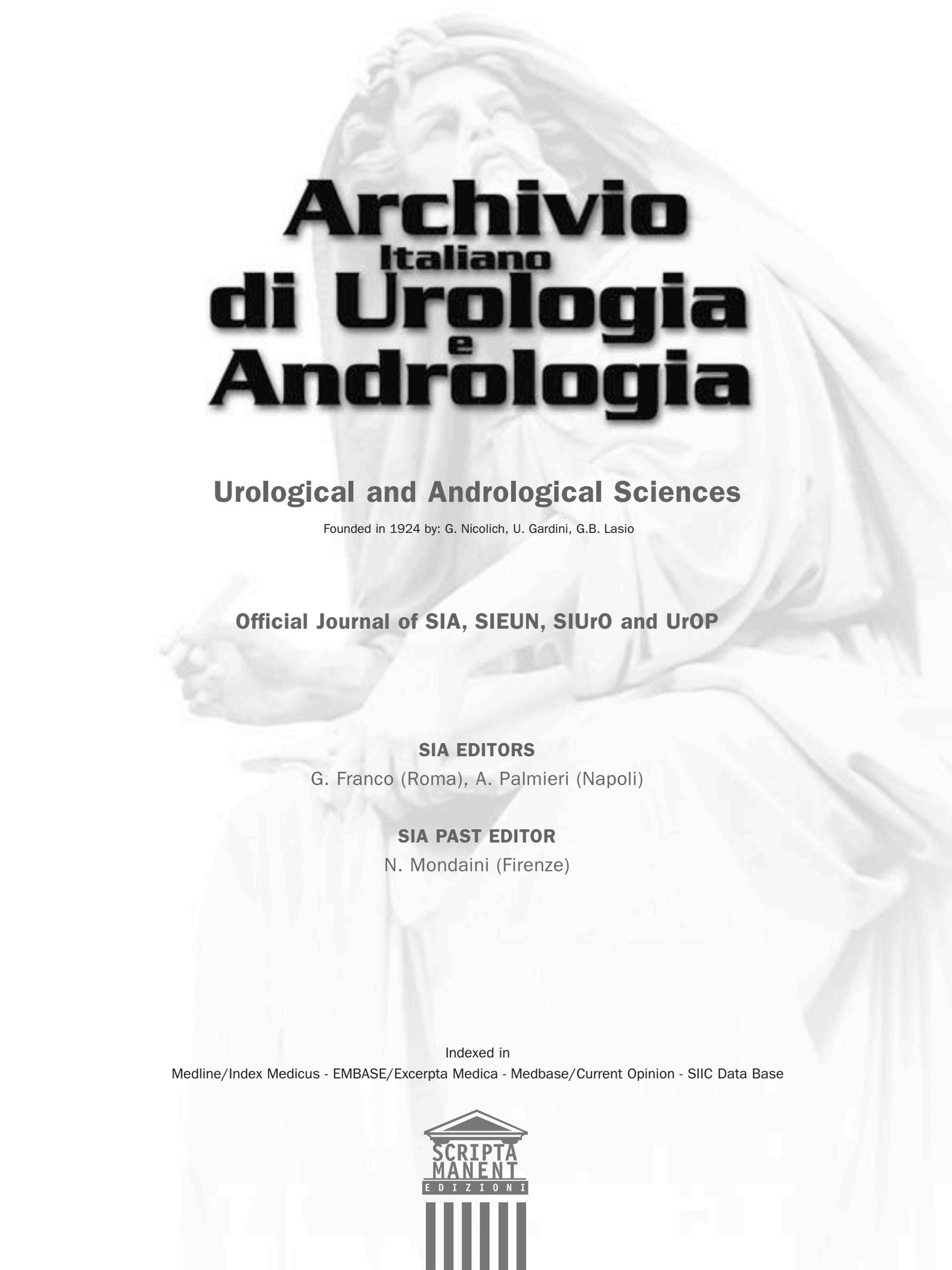
For details on media opportunities within this journal please contact

Mr. Antonio Di Maio

at +39 0270608060.

Socio Fondatore: Armando Mazzù†





Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

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

Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP

SIA EDITORS

G. Franco (Roma), A. Palmieri (Napoli)

SIA PAST EDITOR

N. Mondaini (Firenze)

Indexed in

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





Cari Amici,

è con grande orgoglio e piacere che vi presento il 32° Congresso della Società Italiana di Andrologia, con il quale, a fine maggio, questo Comitato Esecutivo terminerà il suo mandato. Sono stati anni pieni e vissuti intensamente che ci hanno fornito esperienze nuove e stimolanti e ricordi indelebili, anche se a fronte di un duro e continuo lavoro. Penso però che il meglio debba ancora venire... Tutto l'Esecutivo è infatti impegnato per un gran finale e per consegnare alla nuova squadra una SIA in salute ed in pieno fermento. Come sapete, nel 2016 la nostra Società compirà 40 anni ed i festeggiamenti culmineranno proprio durante il Congresso di Stresa, dove, insieme ai Past- President ed a tutti voi che avete contribuito a rendere grande la SIA, celebreremo degnamente l'evento.

Un apposito Comitato per i festeggiamenti, coordinato da Alessandro Palmieri, ha lavorato per rendere memorabile la celebrazione e per rivisitare insieme con gioia ed allegria i nostri primi 40 anni. Ne vedremo delle belle... È proprio la rivisitazione del nostro passato, ma con uno sguardo rivolto verso il futuro, il tema conduttore del Convegno il cui titolo è appunto "40 anni di SIA: l'evoluzione dell'andrologia". Citando Charles Darwin: "Non è la più forte delle specie che sopravvive, né la più intelligente, ma quella più reattiva ai cambiamenti".

In questa ottica, la nostra Società deve essere in grado di plasmare l'andrologo del futuro intercettando le condizioni ambientali, le esigenze della popolazione e le innovazioni della ricerca scientifico-tecnologica che sono in continuo mutamento: deve in poche parole "Evolversi". Il programma scientifico del Congresso, sapientemente preparato dalla Commissione Scientifica, prevede perciò di affrontare le principali tematiche andrologiche analizzandole in senso "storico-evolutivo" una per una in sessioni separate che saranno titolate "40 anni di...".

Sempre nell'ottica dello sguardo al futuro, non mancheranno le sessioni dedicate ai giovani, quali lo spazio N.A.S.A., lo spazio giovani ed il meglio della produzione scientifica SIA 2015, incentivando al massimo la loro partecipazione. Mauro Silvani, Presidente del Congresso, ci accoglierà sulle suggestive sponde del Lago Maggiore con l'ospitalità e la premurosità che lo contraddistinguono, riservandoci un accattivante programma sociale ed una stimolante sessione di video-chirurgia nella mattinata di lunedì.

Stresa, questa incantevole località, decantata da Stendhal, Dickens ed Hemingway, il cui etimo si fa ricondurre a strata: strada lastricata, rappresenterà a maggio la strada maestra che la nostra Società si troverà di fronte, la strada nella quale il Comitato Esecutivo uscente passerà il testimone ed i suoi migliori auguri a quello entrante, per una SIA illuminata dal passato nella sua strada verso il futuro.

Mi auguro pertanto che non mancherete questo appuntamento con la storia e la scienza della nostra amata Società, che si sposteranno nell'incantevole natura del Lago Maggiore... Vi aspettiamo!

Giorgio Franco (Presidente SIA)



Cari Amici e colleghi,

è con estremo piacere che mi onoro di presiedere e ospitare il prossimo congresso nazionale della nostra Società. Ricorre quest'anno 2016, il 40 anniversario della fondazione della SIA un evento per tutti noi significativo e particolare. Ricordo ancora il congresso del 20^{mo} anniversario, anno 1996 Pisa, Presidente il Prof. G.F. Menchini Fabris, il suo carisma, peraltro mai tramontato, il clima cordiale ed unico del tempo.

Credetemi, mai avrei immaginato allora di poter presiedere un congresso nazionale, soprattutto quello dei 40 anni della Società. Questo dimostra l'unicità della SIA, in seno alla quale anche il socio di provincia, non noto all'accademia o all'ospedalità di eccellenza può, con impegno e dedizione ricoprire un ruolo di prestigio. Questa è la SIA, veramente la casa di tutti coloro che amano e professano con interesse l'andrologia, una disciplina medica ancora giovane ma con una precisa connotazione ed identità nel panorama scientifico.

Credo che Stresa, con la sua storia, le sue tradizioni turistiche note dalla fine dell'ottocento, le bellezze paesaggistiche, l'atmosfera incantevole del lago Maggiore, la suggestiva sede del Regina Palace che ospiterà i lavori congressuali possano essere la giusta cornice alla celebrazione di questo storico congresso. Storico perché in quaranta anni la SIA ed i suoi Soci hanno contribuito in modo significativo allo sviluppo e miglioramento della salute maschile non solo sessuale e della coppia, vivendo da protagonisti indiscussi eventi epocali come l'avvento degli iPDE5, il perfezionamento e l'impianto dei device per la DE, le nuove metodiche chirurgiche dell'IPP ed inoltre le tecniche più sofisticate di recupero degli spermatozoi per la PMA e molto più. In 40 anni grazie a SIA si è consolidata la cultura della prevenzione andrologica in tutte le fasce d'età tanto da poterci definire con orgoglio i medici della salute maschile. Presiedo questo congresso con un velo di nostalgia poiché concludo la mia esperienza nel CE dopo sei anni, prima come delegato delle sezioni regionali, poi in qualità di consigliere.

Voglio ringraziare tutti coloro con cui ho avuto il piacere di lavorare, condividere esperienze bellissime e da cui tanto ho appreso sul piano professionale ed umano, i Professori Vincenzo Gentile, Furio Pirozzi Farina, Giorgio Franco ed Alessandro Palmieri, esempi di cultura, sobrietà ed eleganza nei rapporti interpersonali. Al Professor Palmieri che guiderà la SIA congratulazioni ed un abbraccio augurale sincero.

Tanto altro potrei aggiungere al mio Benvenuto a Stresa ma credo sia sufficiente ad esprimerVi la soddisfazione mia e del CE tutto nell'averVi qui. Vi attendo numerosi e Vi rinnovo i sensi della mia stima ed amicizia.

Mauro Silvani (Presidente del Congresso)

40 ANNI DI SIA: L'EVOLUZIONE DELL'ANDROLOGIA



Presidente SIA

Giorgio Franco

Presidente del Congresso

Mauro Silvani

Sede

Regina Palace Hotel

Corso Umberto I, 29
Stresa (VB)



Segreteria Scientifica e Coordinamento

SIAS Congress Team

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



Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting

Via Porettana, 76
4033 Casalecchio di Reno - BO
Tel. +39.051.6194911
Fax +39.051.6194900
evcongressi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it



PRESIDENTI SIA

Fabio Tronchetti

Commissario straordinario dalla Fondazione
all'elezione del primo Presidente
(Febbraio-Giugno 1976)

Carlo Conti

(1976-1979)

Aldo Fabbrini

(1979-1983)

Franco Di Silverio

(1983-1989)

Aldo Isidori

(1989-1991)

Armando Maver

(1991-1993)

Fabrizio Menchini Fabris

(1993-1996)

Emanuele Belgrano

(1996-1999)

Vincenzo Mirone

(1999-2002)

Edoardo Austoni

(2002-2004)

Vincenzo Gentile

(2004-2007)

(2007-2010)

Furio Pirozzi Farina

(2010-2013)

Giorgio Franco

(2013-2016)

COMITATO ESECUTIVO

PRESIDENTE

Giorgio Franco

SEGRETARIO

Alessandro Palmieri

**DELEGATO
NAZIONALE PER
LE SEZIONI
REGIONALI**

**COMMISSIONE
SCIENTIFICA**

TESORIERE

Nicola Mondaini

INCOMING PRESIDENT

Alessandro Palmieri

CONSIGLIERI

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

Giovanni Liguori

PRESIDENTE

Luigi Cormio

MEMBRI

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

PROGRAMMA

40 ANNI DI SIA: L'EVOLUZIONE DELL'ANDROLOGIA

CORSI

Sabato 28 Maggio 2016

**10.30-14.30 CORSO DI FORMAZIONE ECM PER MMG - PREVENZIONE ANDROLOGICA:
COME QUANDO E PERCHÉ**

Direttori del corso: A. Guerani - G. La Pera

Saluto

G. Franco

Presentazione del Corso

G. La Pera

10.30-12.00 1^ SESSIONE - QUANDO E QUALI PATOLOGIE CERCARE

Moderatori: G. La Pera - A. Guerani

Cosa chiede il medico di medicina generale all'esperto sulla prevenzione andrologica

G. Piana

Le ragioni di questo corso

G. La Pera

Clinica ed epidemiologia delle patologie andrologiche soggette a prevenzione

A. Guerani

Patologie endocrino metaboliche ipogonadismo, ritardi puberali

G. Garofalo

12.00-12.45 2^ SESSIONE - COME FARE UNA VISITA ANDROLOGICA

Moderatori: A. Palmieri - O. Risi

Semeiotica endocrinologica, parametri antropometrici e dello sviluppo puberale

G. Grugni

Le ginecomastie

L. Vaggi

Ispezione palpazione dello scroto e del pene:

come insegnare ai ragazzi l'autopalpazione per la prevenzione del cancro del testicolo

A. Guerani

12.45-13.00 PAUSA LAVORI

13.00-14.00 3^ SESSIONE - PERCHÉ RICERCARE DISTURBI SESSUALI NEI GIOVANI ED I COMPORTAMENTI A RISCHIO

Moderatori: G. Sidoti – F.I. Scropo

Prevalenza dei disturbi sessuali nei giovani adulti

L. Misuraca

Eiaculazione precoce, disfunzione erettile: patologie organiche o obiettivi irrealistici

G. La Pera - M. Silvani

**Dal Disagio Sessuale alla vulnerabilità psicologica:
i segni precoci del disagio psichiatrico nell'adolescente**

P. Petrini - D. Corna

Anamnesi sessuale

M. Bitelli

Discussione interattiva

14.00-15.15 4^ SESSIONE - COSA FARE SUBITO

Moderatori: A. Corvasce – GM. Malvestiti

Raccomandazioni e linee guida della prevenzione andrologica nei giovani

M. Silvani

**Prevenzione 2.0 i risultati di uno screening su popolazione nei ragazzi 15 – 19
a quale modello è più efficace?**

M. Ciletti

Quanto si risparmia con la prevenzione andrologica

S. Travaglia

Discussione interattiva e test di valutazione finale con questionario

Chiusura del corso

15.00-17.00 CORSI ECM

1: HPV: UPDATE E CASI CLINICI

Direttori del Corso: T. Cai – G. Sidoti

Introduzione e rationale del Corso

T. Cai

HPV: Il ruolo della diagnostica di Laboratorio

V. Favilla

HPV Nell'Uomo

E.S.D. Vicari

HPV Nella Donna

R. Jura

Vaccinare l'uomo: a che punto siamo?

A. Salonia

Discussione

Casi Clinici: "lo faccio così" - HPV nell' Uomo

A. Zucchi

HPV nella Coppia

R. Jura

Conclusioni

G. Sidoti

Somministrazione del questionario di verifica di apprendimento

2: CASI COMPLESSI IN CHIRURGIA ANDROLOGICA

Direttori del Corso

A. Franceschelli, O. Sedigh

Analisi e discussione di n. 6 casi complessi selezionati

Somministrazione del questionario di verifica di apprendimento

3: INFERTILITÀ MASCHILE: DAL LABORATORIO AL FIOCCO

Direttori del Corso: C. Maretti – M. Timpano

Introduzione e rationale del Corso: C. Maretti

LABORATORIO

Moderatori: B. Brundu – M. Timpano

Spermiocitogramma

C. Maretti

Test di approfondimento e significato clinico

L. Parmegiani

Criteri di identificazione e selezione degli spermatozoi ai fini di una PMA

L. Parmegiani

Discussione

AMBULATORIO

Moderatori: G. Beretta – C. Maretti

L'importanza della diagnosi di infertilità maschile

E. Pescatori

Trattamento medico dell'infertilità maschile

G. Cavallini

Conoscere la storia clinica della partner

B. Brundu

Discussione

IL LABORATORIO IN SALA OPERATORIA

Moderatori: L. Rolle – L. Parmegiani

Biopsia testicolare nella gestione dell'infertilità maschile

M. Timpano

TESE o microTESE?

M. Falcone

La crioconservazione

C. Racca

Discussione

Conclusioni

M. Timpano

Somministrazione del questionario di verifica di apprendimento

4: LA COMUNICAZIONE MEDICO/PAZIENTE IN ANDROLOGIA

Direttori del Corso: E. Longhi - P. Turchi

Moderatori E. Longhi - P. Turchi

Relazione medico paziente

E. Longhi

Anamnesi andrologica

P. Turchi, E. Longhi

Anamnesi sessuologica

R. Nosedà

La Medicina Narrativa (narrative based medicine) in Andrologia

P. Turchi

Casi specifici - Role Playing

E. Longhi, R. Nosedà, P. Turchi

Conclusioni

Somministrazione del questionario di verifica di apprendimento

18.00 CERIMONIA INAUGURALE

Saluto delle Autorità
Celebrazione 40 anni SIA con i Presidenti

Domenica 29 Maggio 2016

8.00-9.00 GOLDEN COMMUNICATIONS

Moderatori: C. De Dominicis – F.I. Scropo

GC01 - Il liquido seminale: marker precoce e sensibile di esposizione ambientale. Biomonitoraggio di elementi in traccia nel sangue e nel seme e relazione con la qualità seminale e lo stato RedOx (Progetto di Ricerca "ECOFODFERTILITY")

GC02 - Gli spermatozoi con cromatina de-condensata e con grandi vacuoli nucleari, sembrano essere la causa dei ripetuti fallimenti dei cicli di ovo-donazione

GC03 - La Disfunzione erettile e presenza di Microangiopatia nei Diabetici di tipo 2

GC04 - Stima del risparmio Regionale annuo di un programma di prevenzione uro andrologico con l'insegnamento dell'autopalpazione e sua proiezione fino al 2025

GC05 - Una misconosciuta depressione clinica è altamente prevalente in uomini Caucasic-Europei con carenza di testosterone in cerca di aiuto medico per disfunzione erettile

GC06 - Onde d'urto a bassa intensità per la terapia della disfunzione erettile: esperienza personale

GC07 - Prevenzione Andrologica 2.0: screening andrologico su popolazione nei ragazzi tra i 15 ed i 19 anni. Risultati Preliminari

GC08 - I polimorfismi del gene CFTR sono associati a una ridotta motilità progressiva degli spermatozoi in un campione di uomini europeo-caucasici affetti da infertilità idiopatica primaria: implicazioni cliniche delle analisi genetiche

GC09 - Andamento dei tassi di mortalità del tumore del testicolo in Italia e distribuzione regionale dal 1969 al 2012 e loro implicazioni nella prevenzione uro- andrologica nei giovani

9.00-10.00 TAVOLA ROTODA - 40 ANNI DI TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE: SOLO SERENDIPITÀ?

Moderatori: V. Gentile, V. Mirone

La terapia farmacologica della DE prima del 1998

M. Soli

Dalla scoperta dei PDE5i alla fisiopatologia: il percorso inverso

A. Salonia

La famiglia dei PDE5i: gemelli diversi

B. Giammusso

Oltre i PDE5i: il presente ed il futuro della terapia della disfunzione erettile

P. Verze

10.00-11.00 TAVOLA ROTONDA - 40 ANNI DI CHIRURGIA DEL PENE: PICCOLI PROGRESSI O GRANDI RIVOLUZIONI?

Moderatori: E. Belgrano, D. Fontana

Uretroplastiche peniene: quanto è cambiato nelle indicazioni e nelle tecniche?

E. Palminteri

I falsi miti della chirurgia del pene

A. Natali

Implantologia protesica: traguardi ed esigenze non ancora soddisfatte

F. Palumbo

Falloplastiche: dalla ricostruzione al trapianto

G. Garaffa



11.00-12.00 TALK SHOW IN COLLABORAZIONE CON BRACCO

Introduce: A. Palmieri

ALPROSTADIL topico non invasivo nel trattamento della disfunzione erettile: evidenze di un confronto fra gli andrologi italiani

T. Cai, C. Maretti, A. Palmieri

12.00-13.00 TAVOLA ROTONDA 40 ANNI DI TERAPIA FARMACOLOGICA ORMONALE: DALL'IPOTALAMO AL TESTICOLO

Moderatori: G. Beretta, G. Bonanni

Gn-RH-analoghi: sono ancora utili?

F. Lanfranco

Gonadotropine: dalle estrattive alle ricombinanti: cosa è cambiato

P. Turchi

Antiestrogeni: quale ruolo

F. Mazzilli

Testosterone: un farmaco "forever"

G. Piubello

13.00-14.00: VIDEO

Moderatori: E. Italiano – E. Spera

V01 - Uretroplastica di anastomosi dorsale muco-mucosa "Preserving-Spongiosum" più ampliamento ventrale con innesto di mucosa buccale

V02 - Posizionamento di protesi peniena semirigida con ancoraggio pubico mediante mini-mitek in esiti di conversione gino androide

V03 - Ancoraggio al glande di apice protesi peniena idraulica per pseudo-estrusione distale

V04 - Correzione di aneurisma protesico medio penieno destro ed espianto e reimpianto di protesi peniena idraulica per via infrapubica

V05 - Rinforzo della albuginea con Surgi - Sis per pseudoaneurisma del corpo cavernoso in paziente portatore di protesi idraulica

14.00-15.00 TAVOLA ROTONDA - 40 ANNI DI INDURATIO PENIS PLASTICA

Moderatori: C. Imbimbo – C. Trombetta

Dalla fisiopatologia alla terapia medica

G. Paulis

La terapia fisica

A. Palmieri

La terapia chirurgica: veri progressi?

F. Colombo

La terapia chirurgica: quale evoluzione dei patch?

L. Cormio

15.00-15.30

**TALK SHOW IN COLLABORAZIONE CON A. MENARINI
INDUSTRIE FARMACEUTICHE RIUNITE
L'AMORE IN GIOCO: QUALE RUOLO PER L'AVANAFIL?**



G. Franco, N. Mondaini

15.30-16.10

SIA FORMAZIONE SIA INFORMAZIONE

Moderatori: C. Bettocchi, E. Caraceni

15.30-15.40 N.A.S.A. – National Academy In Surgical Andrology

F. Colombo

15.40-15.50 SIA: Registro italiano implantologia protesica peniena

E. Pescatori

15.50-16.00 L'amore in gioco

N. Mondaini

16.00-16.10 Prevenzione andrologica 2.0

G. La Pera

16.10-16.30

LETTURA AD INVITO

Presenta: C. Trombetta

Eiaculazione precoce: la riscoperta del piacere perduto

A. Graziottin

16.30-16.45

INCONTRO CON L'ESPERTO IN COLLABORAZIONE CON SOLVED BY WINTEK LASER



Introduce: P. Verze

Eight-years experience: shock waves in erectile dysfunction

B. Appel



16.45-17.00

LETTURA AD INVITO

Presenta: M. Silvani

Chirurgia pelvica sex sparing

G. Muto

SEGUE FINO ALLE

19.05

ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA I PARTE

Chiusura con Premiazione Concorso sul Progetto di ricerca originale sull'impiego clinico della gonodotropina corionica o dell'urofollitropina HP in patologie andrologiche

Lunedì 30 Maggio 2016 - SALA VERDI

Programma di indirizzo medico

8.45-9.00 LETTURA AD INVITO

Introduce: S. Lauretti

LA FRAGILITÀ DEL SESSO FORTE. COME MEDICALIZZARE LA SESSUALITÀ

R. Ferrero Camoletto

9.00-9.45 FOCUS DELLA COMMISSIONE SIA DI PSICOSESSUOLOGIA UN TRAM CHIAMATO DESIDERIO: IL DISTURBO DEL DESIDERIO E LA LETARGIA DELLA SESSUALITÀ

Moderatori: I. Bianchessi, A. Papini

Il desiderio nella coppia infertile

L. Scati

Il desiderio nel tradimento

E. Longhi

Il desiderio nel single

V. Randone

9.45-10.45 TAVOLA ROTONDA - 40 ANNI DI SESSUOLOGIA

Moderatori: G. Del Noce, R. Rossi

Storia della Sessuologia dalla Kaplan alle Internet based Therapies

A. Fabrizi

Il modello dell'approccio integrato nella pratica clinica

R. Rossi

Salute sessuale per il nuovo millennio

S. Eleuteri

10.45-11.30 FOCUS - DAL LIQUIDO SEMINALE ALLO SPERMATOZOO

Moderatori: F. Pirozzi Farina, L. Rienzi

40 anni di valutazione del liquido seminale

G. Sidoti

Parametri di valutazione nel male factor

I. Natali

11.30-12.30 DIBATTITO - IL FUTURO È NELLA GENETICA?

Moderatori: A. Ledda, M.G. Minasi

Cosa è cambiato nel Maschio

L. Stuppia

Cosa è cambiato nella Coppia

E. Greco

La farmacogenomica: quali prospettive

R. Di Francia

Lunedì 30 Maggio 2016 - AUDITORIUM

8.00-9.00 **GOLDEN COMMUNICATIONS**

Moderatori: M. Marzotto Caotorta, M. Polito

GC10 - Trattamento delle piccole lesioni testicolari incidentali: esperienza di 16 casi

GC11 - Riparazione distale della tunica albuginea per erniazione dell'impianto protesico: confronto degli outcome utilizzando due tipi di graft non autologo

GC12 - Qual è il graft migliore da utilizzare nella chirurgia di placca associata ad impianto protesico tricomponente in pazienti affetti da malattia di Peyronie e disfunzione erettile? Risultati da un studio prospettico controllato non randomizzato fra SIS E Tachosil

GC13 - Risultati dopo un anno di arruolamento nel registro prospettico di chirurgia protesica peniena insist-ed (ITALIAN NATIONWIDE SYSTEMATIC INVENTARISATION OF SURGICAL TREATMENT FOR ERECTILE DYSFUNCTION)

GC14 - Una nuova generazione di pazienti per l'andrologo: gli operati per ano imperforato con orchioepididimiti ricorrenti

GC15 - Tre tecniche di impianto della protesi testicolare utilizzate nell'età pediatrica e adolescenziale

GC16 - Analisi monocentrica della curva di apprendimento per l'esecuzione di una vaginoplastica peno – scrotale nell'ambito della chirurgia di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso andro – ginoide

GC17 - Frattura del pene durante il rapporto sessuale con coinvolgimento dell'uretra anteriore: studio multicentrico osservazionale descrittivo

GC18 - Correzione del pene nascosto

9.00-11.15 **SESSIONE DI VIDEOCHIRURGIA AD INVITO**

9.00-10.00 **PRIMA SESSIONE**

Moderatori: L. Rolle, M. Silvani

Video

G. Alei

Provoker

C. Ceruti

Video

E. Conti

Provoker

M. Bitelli

Video

M. Paradiso

Provoker

L. Cormio

Video

A. Zucchi

Provoker

A. Kadioglu

10.00-11.00 **SECONDA SESSIONE**

Moderatori: C. Imbimbo, S. Pecoraro

Video

G. Liguori

Provoker

L. Vaggi

Video

A. Ortensi, S. Anichini

Provoker

S. Cayan

Video

A. Vitarelli

Provoker

D. Pozza

Video

A. Volpe

Provoker

F. Fusco

11.15-11.30 **LETTURA SIU – SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA**

Presenta: N. Mondaini

Contingenza urinaria e potenza sessuale: evoluzione delle conoscenze e delle tecniche

G. M. Ludovico



11.30-12.30 **SPAZIO N.A.S.A. – NATIONAL ACADEMY IN SURGICAL ANDROLOGY**

Presenta: F. Colombo

Chirurgia protesica e di graft

Relazionano un rappresentante per gruppo NASA II

12.30-12.45 **LETTURA SIAMS – SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA E MEDICINA DELLA SESSUALITÀ**

Presenta: A. Palmieri

L'ANDROLOGIA DELLA VITAMINA D

A. Ferlin



12.45-13.00 **SPAZIO SIUT-UROP - SOCIETÀ ITALIANA UROLOGI TERRITORIALI**

Moderatore: S. Pecoraro

Botta e risposta

L'andrologia sul territorio: pubblico-privato

C.A. Franzese, R. Leonardi



13.00-14.00 **TAVOLA ROTONDA - 40 ANNI DI PREVENZIONE ANDROLOGICA**

Moderatori: L. Larocca, T. Zenico

40 anni di prevenzione SIA

C. Basile Fasolo

Dall'età pediatrica all'età adulta

A. Guerani

Fertility Day

C. Maretti

14.00-14.45 WEBINAR IN COLLABORAZIONE CON GLAXOSMITHKLINE



TERAPIA MEDICA VS TERAPIA CHIRURGICA: IL GRANDE MATCH SULL'IPB. RISVOLTI ANDROLOGICI

C. Bettocchi, B. Giammusso

14.45-15.25 KEYNOTE LECTURES

Presenta: G. Franco

LENGTHENING PROCEDURES IN PEYRONIE'S DISEASE: A CRITICAL ANALYSIS

A. Kadioglu

Presenta: M. Timpano

UPDATE ON THE SURGICAL TREATMENT OF VARICOCELE

S. Cayan

15.25-16.10 UNO SGUARDO AL FUTURO SIA – SPAZIO SOCIALE

Conduce: A. Palmieri

La parola ai Soci

16.10-17.00 CORSO INTERATTIVO - LA NOTIZIA NON PUÒ ATTENDERE



Conduce: M. Cucuzza

Partecipa: M. Silvani con "Consensi informati in Andrologia"

17.00-18.00 TAVOLA ROTONDA - 40 ANNI DI PROGRESSI NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA: DAL EX VOTO AL EX VIVO

Moderatori: A. Borini, G. Muzzonigro

Diagnostica

G.M. Colpi

Terapia medica

F. Montalto

Terapia chirurgica

G. Liguori

Ex vivo

A. Revelli

18.00-18.30 IL MEGLIO DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA SIA 2015

Moderatore: D. Di Trapani

D. Dente, P. Verze

A prospective multicentric international study on the surgical outcomes and patients' satisfaction rates of the 'sliding' technique for end-stage Peyronie's disease with severe shortening of the penis and erectile dysfunction

Rolle L, Falcone M, Ceruti C, Timpano M, Sedigh O, Ralph DJ, Kuehhas F, Oderda M, Preto M, Sibona M, Gillo A, Garaffa G, Gontero P, Frea B

BJU Int. 2016

Involvement of seminal leukocytes, reactive oxygen species, and sperm mitochondrial membrane potential in the DNA damage of the human spermatozoa

Lobascio AM1, De Felici M, Anibaldi M, Greco P, Minasi MG, Greco E

Andrology 2015

The combination of Dapoxetine and Behavioral treatment provides better results than Dapoxetine alone in the management of patients with lifelong premature ejaculation

Cormio L, Massenio P, La Rocca R, Verze P, Mirone V, Carrieri G, Cormio L, et al.

J Sex Med. 2015

18.30-18.50

**ANDROLOGIA CHIRURGICA IN ONE DAY SURGERY:
STATO DELL'ARTE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

Moderatore: P. L. Izzo, A. Vita,

Relatori: M. Carrino, M. Lafrate

Martedì 31 Maggio 2016 - AUDITORIUM

8.00-9.00

VIDEO

Moderatori: A. Casarico, G.M. Ludovico

V06 - Trattamento conservativo di neoplasie del glande su lichen

V07 - Trattamento del deficit d'erezione tramite rivascolarizzazione microchirurgica delle arterie peniene

V08 - Espianto e reimpianto di protesi peniena idraulica tricomponente per via infrapubica

V09 - Protesi peniena idraulica ZEPHYR ZSI457

V10 - Impianto mini invasivo di protesi peniena idraulica per via infrapubica sec. Paul E. Perito

9.00-10.00

SHORT COMMUNICATIONS

Moderatori: P. Annese, M. Capone

SC01 - Terapia con Yag laser Holmium della condilomatosi genitale; nostra esperienza e risultati

SC02 - Trombosi segmentaria dei corpi cavernosi: management di una rara patologia del pene

SC03 - La puntura transperineale ecoguidata nella patologia delle vie seminali distali: approccio integrato diagnostico-terapeutico

SC04 - Valutazione dell'impatto dell'enucleazione della prostata con laser THULIUM (THULEP) sulle funzioni erettile, eiaculatoria ed urinaria

SC05 - Trattamento conservativo di un tumore sieroso borderline paratesticolare

SC06 - Genitoplastica femminilizzante nel disturbo dell'identità di genere

SC07 - Valutazione del difetto ipospadico corretto nell'età non collaborante: proposta di una metodica efficace, riproducibile e non dolorosa

SC08 - Fistola uretrale congenita: descrizione di quattro nuovi casi e ipotesi patogenetica

SC09 - Intraoperative and postoperative outcomes of heterotopic placement of prosthesis reservoir in penile prosthetic surgery. Our experience with 42 cases

SC10 - Correzione del recurvatum penieno da Induratio Penis Plastica (IPP) con corporoplastica dei corpi cavernosi secondo tecnica di Schroeder-Essed modificata. Risultati

SC11 - L'istopatologia testicolare come fattore predittivo nel tempo di recupero degli spermatozoi in pazienti con azoospermia non ostruttiva (NOA)

SC12 - Impatto della diagnosi e dell' indicazione terapeutica del tumore renale (Nefrectomia VS Tumorectomia) sul benessere sessuale ed emotivo

SC13 - Follow up riproduttivo di pazienti con tumore testicolare afferiti alla biobanca del seme per fertility preservation. Risultati di uno studio osservazionale monocentrico

SC14 - Ricostruzione coronata da successo di auto - amputazione del glande su base psichiatrico - dissociativa

SC15 - Analisi della funzione sessuale a medio e lungo termine dopo prostatectomia open secondo Freyer

SC16 - La realtà anatomochirurgica della patologia scrotale acuta in età pediatrica e adolescenziale

SC17 - Varicocele, dolore scrotale e torsione del testicolo

SC18 - Our experience with distal corporoplasty for distal cylinders extrusion after penile prosthesis implantation

10.00-11.00

SPAZIO GIOVANI - PROSTATITE E SALUTE SESSUALE MASCHILE: COSA DOBBIAMO SAPERE?

Moderatori: L.M. Salamè, D. Tiscione

Introduce: T. Cai

Resoconto dello studio SERIA 003 – Diallil Tiosulfonato e Nuciferina - nell'eiaculazione precoce
T. Cai

Prostatite e complicanze andrologiche: quali sono? Che impatto hanno?
F. Pisano

Prostatite e complicanze andrologiche: quale diagnosi?
V. Favilla

Prostatite e complicanze andrologiche: quale terapia? C'è posto anche per la fitoterapia?
D. Arcaniolo

Prostatite e complicanze andrologiche: take home messages
G. Gentile

11.00-12.00

SHORT COMMUNICATIONS

Moderatori: V. Ielapi, G. Ughi

SC19 - La prevenzione andrologica in età pediatrica: proposta di un nuovo modello approvato dalla Società Italiana di Pediatria

SC20 - Immediate continence improves potency recovery after perusia radical prostatectomy

SC21 - Questionari IIEF e EDITS: grado di autonomia dei pazienti e modalità di assistenza alla compilazione

SC22 - Linfoma primitivo del testicolo: management delle forme bilaterali sincrone e metacrone

SC23 - Quanti giovani parlano dei problemi sessuali con i propri genitori? Risultati preliminari di uno screening su popolazione

SC24 - La sessualità nel paziente paraplegico

SC25 - L'ipertensione arteriosa è più frequente in uomini infertili rispetto a uomini fertili di età comparabile – Risultati di uno studio caso controllo e cross-sectional

SC26 - Efficacia della combinazione sinergica di tadalafil 5 mg associato ad L-arginina nella terapia della disfunzione erettile

SC27 - Sorveglianza attiva e deficit erettile: studio preliminare

SC28 - Sicurezza cardiovascolare di dapoxetina in pazienti trattati per eiaculazione precoce: risultati di un ampio studio osservazionale europeo post-marketing

SC29 - La terapia con serenoa repens, selenio, licopene, bromelina, metilsulfonmetano è in grado di migliorare l'efficacia della levofloxacina nei pazienti con prostatite cronica batterica

SC30 - 20 anni di storia uro andrologica rivisitata con mentalità sessuale: studio retrospettivo su 26993 visite

SC31 - Approccio terapeutico alla patologia prostatica asessuale: analisi degli outcome e ripristino dell'attività sessuale

SC32 - Valutazione prospettica di confronto fra agoaspirato testicolare ed epididimario nel recupero degli spermatozoi per uso "a fresco" nell'azoospermia ostruttiva

SC33 - I pazienti affetti da disfunzione erettile cambiano frequentemente il tipo di PDE5i utilizzato nonostante l'effettiva efficacia – risultati da uno studio "real-life"

SC34 - Fimosi ed età del primo rapporto

SC35 - L'uso dell'acido ialuronico nel trattamento della malattia di La Peyronie: esperienza preliminare

SC36 - PEIRONIMEV PLUS® associato ad infiltrazioni peniene con verapamil nel trattamento dei pazienti con ipp: focus sul dolore

12.00-13.00 ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA II PARTE

Proclamazione Comitato Esecutivo eletto

Conclusioni Congresso



TRADAFERTIL®

UN SUPPORTO NATURALE PER L'INFERTILITÀ MASCHILE

Integratore alimentare a base di Myo-Inositolo, estratto di Tribulus terrestris, Alga Ecklonia bicyclis e Biovis™

Indicato in caso di infertilità maschile:

- oligospermia
- astenospermia
- teratospermia
- durante la procreazione assistita
- dopo intervento per varicocele

Formulazione esclusiva
brevettata internazionalmente



POSOLOGIA: 1 compressa ogni 12 ore
Durata della terapia 3-12 mesi

1 compressa contiene:
Myo-Inositolo — 500 mg / Tribulus terrestris — 150 mg
Ecklonia bicyclis — 100 mg / Biovis™ — 75 mg

Distributore per l'Italia



Numero verde
800 090 121

www.biohealth.it

ABSTRACTS

40 ANNI DI SIA: L'EVOLUZIONE DELL'ANDROLOGIA

GOLDEN COMMUNICATIONS

AREA MEDICA

GC01

IL LIQUIDO SEMINALE: MARKER PRECOCE E SENSIBILE DI ESPOSIZIONE AMBIENTALE. BIOMONITORAGGIO DI ELEMENTI IN TRACCIA NEL SANGUE E NEL SEME E RELAZIONE CON LA QUALITÀ SEMINALE E LO STATO REDOX (PROGETTO DI RICERCA "ECOFODFERTILITY")

Luigi Montano¹, Paolo Bergamo², Maria Grazia Volpe², Stefano Lorenzetti³, Alberto Mantovani³, Tiziana Notari⁴, Ennio Cocca², Stefano Cerullo², Pellegrino Cerino⁵, Michele Di Stasio²

¹Ambulatorio Pubblico di Andrologia, ASL Salerno c/o UOC di Urologia "Ospedale San Francesco d'Assisi" di Oliveto Citra, SA, Unità di Coordinamento Progetto "EcoFoodFertility". ²Consiglio Nazionale delle Ricerche(CNR), Istituto di Scienze dell'Alimentazione (ISA), Avellino.³Istituto Superiore di Sanità (ISS), Dipartimento di Sicurezza Alimentare e Veterinaria, Roma. ⁴Centro di PMA Ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania, ASL Salerno, Salerno. ⁵Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno (IZSM), Portici (NA).

Introduzione ed obiettivi. Nell'area fra Napoli e Caserta nota come "Terra dei Fuochi", si è assistito ad un aumento dell'incidenza di patologie cronic-degenerative che diversi studi attribuiscono all'inquinamento ambientale. In questo studio preliminare del Progetto EcoFoodFertility, sono stati valutati la qualità del seme e, sia nel sangue che nel seme, gli elementi in traccia e lo stato RedOx di maschi sani residenti in aree a diverso impatto ambientale della Campania per analizzare la relazione tra pressione ambientale e funzione riproduttiva maschile.

Materiali e Metodi. Sono stati reclutati 110 maschi sani, no fumatori, no bevitori abituali, no esposti pro-

fessionalmente: 60 residenti in 9 comuni tra Napoli e Caserta (alto impatto ambientale; TdF), età media 28 ± 5 , BMI 24.5 ± 2.4 e 50 residenti in 6 comuni dell'Alto-Medio Sele in Provincia di Salerno (basso impatto ambientale; SaS), età media 28 ± 7 , BMI 24.5 ± 2.4 . Oltre allo spermogramma, sono stati misurati 22 elementi in traccia (Al, As, Ba, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, K, Li, Mg, Mn, Mo, Na, Ni, Pb, Sb, Se, Sr, Zn) con spettrometria ad emissione ottica (ICP-OES) e la capacità antiossidante totale (CAT) nel seme e nel sangue (spettrofotometria). In un sottoinsieme casuale ($n = 20$ soggetti/gruppo) è stato valutato l'indice di frammentazione del DNA spermatico (DFI) con Sperm Chromatin Dispersion (SCD test) e le attività di enzimi antiossidanti nel seme (Glutazione Riduttasi, GSR; Glutazione Perossidasi, GPx) (spettrofotometria).

Risultati. I due gruppi differivano, TdF > SaS ($p < 0.05$) nel sangue per: Al, Mn, Cr, Mg, Li, Co, Ca e nel seme per: Cr, Cu e Zn. Il Fe seminale, invece, più basso nel gruppo TdF ($p < 0.05$). In TdF più alta la percentuale di immobili ($p < 0.026$) e di DFI ($p < 0.01$). Nessuna variazione della CAT nel sangue dei due gruppi, mentre nel gruppo TdF, la CAT e l'attività dei due enzimi nel plasma seminale era inferiore rispetto al gruppo SaS ($p < 0.05$). Il bio-accumulo degli elementi in traccia nei fluidi biologici distingueva i 2 gruppi di popolazione (Principal Component Analysis).

Significativa ($p < 0.005$), risultava la correlazione inversa fra percentuale di spermatozoi immobili con CAT e con i livelli di glutazione ridotto (GSH).

Conclusioni. Questa prima fase di EcoFoodFertility - in

corso con analisi tossicologiche e altri biomarcatori – suggerisce che l'accumulo di alcuni elementi in traccia nei fluidi biologici, la motilità spermatica, la CAT del seme, il DFI, sono utili indicatori di esposizione ambientale ed il seme, più del sangue, appare un marker molto precoce e sensibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC02

GLI SPERMATOZOI CON CROMATINA DE-CONDENSATA E CON GRANDI VACUOLI NUCLEARI, SEMBRANO ESSERE LA CAUSA DEI RIPETUTI FALLIMENTI DEI CICLI DI OVO-DONAZIONE

Filomena Scarselli¹, Anna Maria Lobascio¹, Erika Iovine¹, Romualdo Polese¹, Alessandro Colasante¹, Teresa Riccio¹, Alessandra Ruberti¹, Giorgio Franco², Cristiana Arrivi¹, Alina Caragia¹, Cecilia Mencacci¹, Alessia Greco¹, Valentina Casciani¹, Maria Giulia Minasi¹, Ermanno Greco¹

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

Introduzione e obiettivi: Durante la spermiogenesi, un passaggio fondamentale per la maturazione degli spermatozoi è la sostituzione degli istoni, proteine del DNA ricche di lisina, con le protammine, proteine ricche di arginina e cisteina. Il blu di anilina è un colorante che lega selettivamente le lisine, conferendo allo spermatozoo una colorazione blu, indice di una anomala condensazione del DNA. Al contrario, gli spermatozoi ricchi di protammine e quindi con una normale condensazione cromatinica, rimangono incolore. In letteratura sono riportati studi che dimostrano l'esistenza di una correlazione tra spermatozoi de-condensati e infertilità maschile. Allo stesso modo, è riportato in letteratura un miglioramento nei cicli di PMA e outcome clinico con la selezione degli spermatozoi secondo i criteri dell' MSOME (Motile Sperm Organelle Morphology Examination) e il numero di blastocisti ottenute. Obiettivo dello studio è stato individuare nella qualità degli spermatozoi utilizzati, la probabile causa dei ripetuti fallimenti di alcuni cicli di ova-donazione. **Materiali e metodi:** I campioni di liquido seminale di sedici pz (età media 43.3 ± 6.2) ritornati nel nostro centro di fertilità da Marzo a Dicembre 2015, dopo fallimenti dei loro cicli di ova-donazione, vengono dapprima esaminati per i parametri di concentrazione e motilità (40.1 ± 18.3 milioni/ml e 44.4 ± 16 μ m/sec, rispettivamente), secondo le linee guida WHO- 2010. Successivamente, viene valutata la morfologia in accordo ai criteri dell' MSOME, che identifica quattro classi: Tipi I e II, spermatozoi con forma normale della testa e uno-due piccoli vacuoli nucleari; Tipi III, spermatozoi con più di 3 vacuoli e forma normale della testa; Tipi IV con larghi vacuoli e testa amorfa. I suddetti campioni vengono poi analizzati per la positività al blu di anilina (v.n.).

Risultati. Dal nostro studio emerge che i cicli di ova-

donazione nei quali sono stati utilizzati campioni di liquido seminale, successivamente risultati dall' analisi ad alto ingrandimento, con un alto numero di spermatozoi di tipo IV (grandi vacuoli e testa amorfa) e con positività al blu di anilina (cromatina de-condensata), sono i cicli con più alte percentuali di aborto, degenerazione embrionale e fallimenti di impianto. Dunque, sembrerebbe che nei casi di ova-donazione, nei quali l'insuccesso del trattamento di PMA è attribuibile per lo più alla qualità del seme, una selezione degli spermatozoi con MSOME può risultare migliorativa per il successo del ciclo. È necessario, tuttavia, ampliare la casistica per rafforzare ancora di più le nostre conclusioni. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC03

LA DISFUNZIONE ERETTILE E PRESENZA DI MICROANGIOPATIA NEI DIABETICI DI TIPO 2

G. Sidoti³, M. Calvo¹, M. Catanuso¹, C. Crisafulli¹, A. Di Gregorio¹, C. Di Gregorio¹, A. Di Guardo¹, F. O. Rizzo, E.S. Vicari²

¹SIMG Catania; ²UOC Andrologia Policlinico-CT; ³UO Med. Int. Garibaldi-Centro CT

Introduzione e obiettivi. La Disfunzione Erettile (DE), una delle complicanze del Diabete Mellito di tipo 2 (T2DM), è espressione di Disfunzione Endoteliale (ED) e marker di patologie cardiovascolari (CHD). L'associazione tra DE e CHD è largamente documentata in letteratura e la presenza di T2DM rappresenta un ulteriore fattore aggiuntivo di rischio per CHD. Non altrettanto evidenti sono i dati sull'associazione tra DE e Microangiopatia (M), momento patogenetico essenziale per l'insorgenza di complicanze quali la Retinopatia (RPD), la Polineuropatia degli arti inferiori (PNP), la Nefropatia Diabetica (ND), l'Arteriopatia Ostruttiva Periferica (AOP), la presenza di Stroke (S). Abbiamo voluto valutare la correlazione tra DE e le complicanze della M in soggetti con T2DM.

Materiali e Metodi. Su 442 diabetici arruolati, 186 erano affetti da DE (Gruppo A), valutata tramite IIEF-V, i rimanenti (Gruppo B) rappresentano il gruppo controllo. Sono stati analizzati i seguenti parametri: età, fumo, durata del T2DM, razza, BMI, Circonferenza Vita (CV), Assetto Lipidico (AS), Insulino resistenza (IR) tramite HOMA-IR, HbA1c, Testosterone totale (Ts), SBHG, filtrato glomerulare mediante MRDR, Albuminuria (A), esercizio fisico (F). La diagnosi di RPD è stata effettuata tramite Fundus, la PNP tramite il test di sensibilità vibratoria e del monofilamento, l'UKPDS risk score (UKS) per la stima del rischio di Malattia coronarica (CAD), l'A e l'MRDR per la ND, il Test di Winsor e l'ecodoppler arti inferiori per l'AOP. I dati sono stati analizzati mediante Test di Student, Test di Welch per i dati con distribuzione Gaussiana e Test di Fischer per le differenze tra le proporzioni.

Risultati. Tra i due gruppi non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative per età, durata del T2DM, fumo, ipertensione arteriosa, IR, HbA1c,

MRDR, Colesterolo tot e frazioni, SHBG, CHD e UKS. Mentre è stata osservata per BMI, CV, Trigliceridi, Ts, RPD, PNP, ND, AOP e Stroke, CAD. Conclusioni. La DE appare associata ad un aumentato rischio di sviluppo di complicanze microangiopatiche mentre non pare altrettanto evidente il suo valore predittivo futuro nello sviluppo delle complicanze e mortalità per malattie cerebrocardiovascolari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC04

STIMA DEL RISPARMIO REGIONALE ANNUO DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE URO ANDROLOGICO CON L'INSEGNAMENTO DELL'AUTOPALPAZIONE E SUA PROIEZIONE FINO AL 2025

Travaglia Stefano¹, Sanpalmieri Matteo², Innocenzi Michele², Migliore Federico³, Farina Marco³, Bitelli Marco⁴, La Pera Giuseppe³

¹Osp. San Carlo di Nancy Roma; ²Università La Sapienza Roma;

³Az. Osp. San Camillo Forlanini Roma; ⁴Osp. San Sebastiano Frascati

Introduzione. Circa il 50 % dei cancri del testicolo arriva alla diagnosi già ad uno stadio II - III. Questa condizione obbliga ad effettuare percorsi di chemio radio terapia ed implica un incremento della mortalità rispetto allo stadio I. Queste terapie pur essendo molto efficaci aumentano enormemente i costi del Servizio Sanitario Regionale oltre che i costi sociali e psicologici. Un programma di prevenzione uro - andrologico basato sull'insegnamento dell'autopalpazione potrebbe portare ad una diagnosi precoce e conseguentemente ad una riduzione dei costi sanitari.

Obbiettivi. Scopo del presente lavoro è stimare il risparmio massimo potenziale che si potrebbe avere se attraverso l'insegnamento dell'autopalpazione in età adolescenziale si potesse in tutti i ragazzi abbattere lo stadio di presentazione del tumore alla diagnosi da III/II a I e poter ridurre o eliminare le chemio e radio terapie ed eliminare la mortalità specifica per questa causa.

Materialie metodi. da uno studio preliminare di insegnamento dell'autopalpazione effettuato nel Comune di Ladispoli e nel Municipio di Ostia su una popolazione di 350.000 abitanti abbiamo potuto valutare che la spesa sostenuta per abitante per l'insegnamento dell'autopalpazione ha un costo/abitante di 7.5 centesimi. Abbiamo poi valutato i costi per 3 - 5 cicli di chemio terapia basandoci sul valore dei DRG a paziente ed infine abbiamo considerato il valore del costo della mortalità giovanile che l'Istat fissa in 500.000 euro a persona deceduta. Abbiamo poi proiettato questi dati sia sulla popolazione effettivamente residente nel 2013 nelle varie regioni sia sulla proiezione dei nuovi casi di cancro del testicolo stimati al 2025 e alla stima della popolazione regionale del 2025.

Risultati. A livello del Servizio Sanitario Nazionale a fronte di una spesa di 4,5 milioni di euro si avrebbero un risparmio di 50 milioni ogni anno che crescerebbe a 60 nel 2025.

Le regioni con il più alto risparmio sarebbero la Lombardia, il Lazio, la Campania e la Sicilia rispettivamente con 10 milioni, 6 milioni, 6 milioni e 5 milioni di euro l'anno. anche la Valle D'Aosta avrebbe un notevole vantaggio perché a fronte di una spesa di 9 mila euro avrebbe un ritorno economico di 135 mila euro.

Conclusioni. Questi dati sostengono la "convenienza" ad inserire nei LEA Livelli Essenziali di Assistenza dei programmi di screeninig uro-andrologici gratuiti per l'insegnamento dall'autopalpazione testicolare così come avviene per gli altri tumori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Si

Parzialmente finanziato dalla Regione Lazio

GC05

UNA MISCONOSCIUTA DEPRESSIONE CLINICA È ALTAMENTE PREVALENTE IN UOMINI CAUCASICI-EUROPEI CON CARENZA DI TESTOSTERONE IN CERCA DI AIUTO MEDICO PER DISFUNZIONE ERETTILE

Luca Boeri¹, Paolo Capogrosso^{1,2}, Eugenio Ventimiglia^{1,2}, Walter Cazzaniga¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Roberta Scano¹, Silvia Ippolito¹, Filippo Pederzoli¹, Francesco Chierigo¹, Donatella Moretti¹, Federico Dehò¹, Alberto Briganti^{1,2,3}, Vincenzo Mirone⁴, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,2}

¹Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy; ³Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University, Catanzaro, Italy; ⁴Dept. of urology, University of Naples, Federico II, Naples, Italy

Introduzione e Obiettivi. L'associazione tra i livelli di testosterone (tT) e i sintomi depressivi (DS) è stata scarsamente indagata in letteratura. Abbiamo esaminato l'associazione tra tT e alterazioni dell'umore in una coorte di uomini Caucasic-Europei in cerca di aiuto medico per disfunzione erettile (ED) o eiaculazione precoce (PE), senza alcun noto disturbo psichiatrico.

Materiali E Metodi. Sono stati analizzati dati di 224 pazienti consecutivi di età compresa tra 18-70 anni. I pazienti hanno compilato il questionario Beck per la depressione (BDI), l'International Index of Erectile Function (IIEF) e il Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT). Abbiamo considerato come DS valori di BDI \geq 11. La depressione clinica (CD) è stata definita come BDI \geq 16. IIEF-EF è stato categorizzato secondo i criteri di Cappelleri. Carezza di testosterone (TD) è stata definita come tT $<$ 3,5 ng/mL. I pazienti sono stati dicotomizzati in base al punteggio PEDT (PEDT $<$ 11 vs \geq 11). Le comorbidità legate alla salute sono state definite dal Charlson Comorbidity Index (CCI). Le statistiche descrittive e i modelli di regressione logistica hanno testato l'associazione tra tT e DS e/o CD.

Risultati. L'età media (SD) era 45.7 (14.1) anni. I valori medi di tT e BDI erano 4.7 (2.4) ng/ml e 8.59 (7.9), rispettivamente. Secondo i punteggi dell'IIEF-EF, 37 (16.5 %), 21 (9.4 %), 33 (14.7 %) e 71 (31.7 %) uomini avevano una ED di grado lieve, lieve-moderata, mode-

rata e grave, rispettivamente. 62 (27.6 %) pazienti avevano PE isolata. Tra tutti, obesità (NIH class ≥ 1) e TD sono stati osservati in 31 (14 %) e 86 (38.4 %) pazienti, rispettivamente. 64 (28.6 %) e 41 (18.3 %) pazienti avevano punteggi di BDI suggestivi per DS e CD. I pazienti con TD avevano un più alto tasso di obesità ($p < 0.001$) e di BDI suggestivo sia per DS ($p=0.001$) che di CD ($p = 0.003$) rispetto ai pazienti eugonadici. Non vi erano differenze in termini di età, CCI, IIEF-EF e PEDT tra i due gruppi. Alla UVA tT correlava negativamente con BDI (Rho -0.23; $p < 0.001$). Alla MVA, BMI (OR 1,1; $p = 0,013$) e TD (OR 2,1; $p = 0,03$) erano predittori indipendenti per DS, al contrario di età, CCI, IIEF-EF e PEDT. Solo TD (OR 2,34; $p = 0,03$) era predittore indipendente di CD.

Conclusioni. Questi risultati mostrano che DS e CD non riconosciuti sono altamente prevalenti in uomini con concomitanti TD e disfunzioni sessuali. La carenza di testosterone è emerso come un fattore predittivo indipendente per CD in una coorte di pazienti senza disturbi psichiatrici noti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC06

ONDE D'URTO A BASSA INTENSITÀ PER LA TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE: ESPERIENZA PERSONALE

Giovanni Alei, Piero Letizia, Antonio Rossi

Sapienza Università di Roma

Introduzione. La terapia con onde d'urto a bassa intensità (LIST) peniena sta emergendo recentemente ed è una promettente terapia nel trattamento della disfunzione erettile. Le onde d'urto possono migliorare il flusso arterioso del pene e la funzione endoteliale, stimolando l'angiogenesi nel pene. Riportiamo la nostra esperienza personale.

Materiali e Metodi. Abbiamo usato le onde d'urto a bassa intensità (LIST) su 46 pazienti, età media 54 anni, con lieve o moderata disfunzione erettile vascolare. La valutazione pre trattamento comprende il rigiscan notturno e il questionario IIEF 5. Il nostro protocollo consisteva in una sessione di trattamento a settimana per 6 settimane. Ogni sessione comprende l'applicazione di 3000 onde d'urto (intensità energetica del 4 mJ/mm^3) per ogni corpo cavernoso e 1000 onde d'urto per ogni crura. **Risultati.** Dopo un intervallo di sei settimane senza terapia successivo all'ultimo trattamento abbiamo rivalutato i pazienti. I risultati hanno mostrato un notevole miglioramento dell'erezione nell'85 % dei casi, un buon risultato nel 10% e nessun risultato nel 5 % dei pazienti. L'aumento medio nel punteggio dominio IIEF-EF è stato di 8,8 punti. Inoltre, l'erezione e il flusso arterioso sono stati valutati utilizzando il rigiscan notturno ed il color-power Doppler penieno.

Conclusioni. Le opzioni terapeutiche della disfunzione erettile sono molteplici dalle compresse orali alle farmacoinfusioni fino alle protesi peniene. Le onde d'urto sono una nuova e promettente opzione terapeutica

come abbiamo dimostrato nella nostra esperienza preliminare. Queste hanno un effetto fondamentale sulla funzione endoteliale del pene, aumentando il flusso sanguigno del pene, e migliorando la funzione erettile grazie alle loro proprietà angiogenetiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC07

PREVENZIONE ANDROLOGICA 2.0: SCREENING ANDROLOGICO SU POPOLAZIONE NEI RAGAZZI TRA I 15 ED I 19 ANNI. RISULTATI PRELIMINARI

Mario Ciletti¹, Enrico Santagata¹, Marzia Frascchetti², Attilio Guerani¹, Claudio Anceschi², Giorgio Franco¹, Giuseppe La Pera²

¹Dipartimento di Urologia U. Bracci, Sapienza Università di Roma;

²Az. Osp. San Camillo Forlanini, Roma

Introduzione e obiettivi. Le anomalie e le patologie dell'apparato genitale negli adolescenti e nel giovane adulto per motivi storici e culturali non vengono spesso intercettate. La loro frequenza è molto elevata da quando in Italia è stata abolita la visita di leva.

Obiettivi.

- valutare la prevalenza di patologie andrologiche in grado di determinare alterazioni a carico delle funzioni riproduttive e sessuali.
- preparare sul territorio i medici di famiglia a progetti di prevenzione andrologica.
- testare sul campo modelli di prevenzione andrologica da replicare in altre aree del paese.

Materiali e Metodi. Tra aprile e maggio 2015, la Società Italiana di Andrologia ha condotto una campagna di prevenzione nel Comune di Ladispoli e nel Municipio di Ostia. Le visite sono state condotte con due modalità presso i medici di medicina generale e nelle scuole del territorio. Nel corso dello screening scolastico sono state svolte lezioni frontali volte a fornire informazioni sulle malattie andrologiche, le malattie sessualmente trasmissibili e le norme di prevenzione, come l'auto-palpazione per il tumore al testicolo. L'indagine è consistita in un'attenta anamnesi e visita andrologica dei genitali esterni e dei caratteri sessuali secondari.

Risultati. Nel complesso, sono stati valutati 552 studenti, il 28.3 % ha accettato di fare la visita dell'apparato genitale, mentre il 71,7 % non ha acconsentito. Il 44,8 % dei pz visitati è risultato privo di patologie andrologiche mentre nel 55,2 % dei pz sono state riscontrate delle patologie andrologiche. Su 549 Pz, in 223 pz è stata diagnosticata una sola patologia, in 61 pz invece due patologie ed in 19 pz sono state riscontrate 3 patologie.

Conclusioni. I nostri dati, quindi, rinforzano l'importanza della visita andrologica nei maschi di età compresa tra i 15 ed i 19 anni come prevenzione di patologie andrologiche in grado di determinare alterazioni a carico delle funzioni riproduttive e sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Si

Il progetto "Prevenzione Andrologica 2.0" è stato parzialmente finanziato dalla Regione Lazio

GC08**I POLIMORFISMI DEL GENE CFTR SONO ASSOCIATI A UNA RIDOTTA MOTILITÀ PROGRESSIVA DEGLI SPERMATOZOI IN UN CAMPIONE DI UOMINI EUROPEO-CAUCASICI AFFETTI DA INFERTILITÀ IDIOPATICA PRIMARIA: IMPLICAZIONI CLINICHE DELLE ANALISI GENETICHE**

Eugenio Ventimiglia^{1, 2}, Paolo Capogrosso^{1, 2}, Luca Boeri¹, Walter Cazzaniga¹, Silvia Ippolito¹, Filippo Pederzoli¹, Francesco Chierigo¹, Roberta Scano¹, Moretti Donatella¹, Giovanni La Croce^{1, 2}, Federico Deho¹, Damiano Rocco³, Alberto Briganti^{1, 2, 3}, Francesco Montorsi^{1, 2}, Andrea Salonia^{1, 2}

¹Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy; ³Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University, Catanzaro, Italy

Introduzione e Obiettivi. Il gene CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) è espresso negli spermatozoi maturi e correla con la qualità degli spermatozoi stessi. È stato dimostrato come l'espressione del gene CFTR sia associato a una variazione della motilità progressiva (PT) e della morfologia normale negli spermatozoi. L'obiettivo di questo studio è stato di analizzare le implicazioni cliniche dei polimorfismi del gene CFTR nei maschi europeo-caucasici affetti da infertilità di coppia con fattore maschile idiopatico.

Metodi. Sono stati raccolti e analizzati i dati di 311 maschi infertili idiopatici, escludendo coloro che presentassero problematiche endocrinologiche, varicocele, criptorchidismo e anomalie genetiche. Le comorbidità sono state classificate attraverso il Charlson Comorbidity Index. Il volume testicolare è stato misurato con l'orchidometro di Prader. Il gene CFTR è stato analizzato in ogni paziente attraverso la tecnica del direct gene sequencing. I pazienti con mutazioni F508, R117H e W1282X sono stati esclusi dallo studio. Le analisi del liquido seminale sono state valutate sulla base dei criteri OMS del 2010. Statistiche di tipo descrittivo e di regressione logistica hanno valutato l'impatto dei polimorfismi sulle caratteristiche cliniche, seminali e ormonali nella nostra popolazione.

Risultati. I polimorfismi del gene CFTR sono stati riscontrati in 46 (14.8%) dei soggetti. I pazienti con tali polimorfismi non differivano dai restanti se non per avere una minore motilità PT (19 % vs. 24 %; $p = 0.02$). Alla regressione logistica multivariata, i polimorfismi del gene CFTR (OR: 1.34; $p = 0.02$) sono emersi come unico predittore indipendente dell'avere una motilità PT considerata patologica secondo i criteri OMS (< 32 %).

Conclusioni. I nostri risultati dimostrano come i polimorfismi del gene CFTR possano essere associati a una minore motilità PT. Tali alterazioni possono contribuire a spiegare una certa quota di infertilità idiopatica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC09**ANDAMENTO DEI TASSI DI MORTALITÀ DEL TUMORE DEL TESTICOLO IN ITALIA E DISTRIBUZIONE REGIONALE DAL 1969 AL 2012 E LORO IMPLICAZIONI NELLA PREVENZIONE URO- ANDROLOGICA NEI GIOVANI**

Florio Mirko¹, Sanpalmieri Matteo², Innocenzi Michele², Bordacconi Sara³, Rizzo Giorgio⁴, Giustini Marco⁵, La Pera Giuseppe³

¹Università di Roma Tor Vergata; ²Università di Roma La Sapienza; ³Az. Osp. San Camillo Forlanini Roma; ⁴Casa di Cura Nuova Villa Claudia Roma; ⁵Istituto Superiore di Sanità

Introduzione e obiettivi. I tumori del testicolo rappresentano l'1-2% delle patologie neoplastiche del sesso maschile, sebbene nella fascia di età 15-35 anni rappresentano la prima neoplasia maligna dell'uomo per incidenza. La diagnosi precoce è fondamentale per ottenere la guarigione totale da questa tipologia di tumori maligni chemio-radiosensibili. L'obiettivo del nostro studio è di analizzare i differenti trend temporali del cancro del testicolo in relazione alle fasce di età per valutare in quale fascia di età sia più favorevole un intervento preventivo teso alla diagnosi precoce.

Materiali e Metodi. abbiamo raccolto i dati ISTAT della mortalità per tumori testicolari dall'anno 1969 al 2012, con distribuzione per ogni singola regione italiana. Abbiamo successivamente analizzato i tassi di mortalità grezzi e standardizzati per fasce di età per neoplasie testicolari.

Risultati. Nel periodo 1969/71 si riscontrano 220 casi di decessi con tassi di mortalità 1,03 per 100.000 abitanti, mentre nel periodo 2010/2012 si osservano mediamente 83 decessi con tassi di mortalità 0,30 per 100.000 ab. Il dato più interessante è che dal 2006 il numero di morti nella fascia di età dai 0 ai 16 anni è 0, mentre con il crescere dell'età della popolazione aumenta la mortalità per il tumore del testicolo.

Conclusioni. Vi è un trend in diminuzione della mortalità probabilmente dovuto al miglioramento delle terapie tuttavia si segnala il dato nuovo fino ad ora mai messo in evidenza che nella popolazione 0-16 anni la mortalità è costantemente 0% ormai da molti anni. L'assenza di mortalità nella popolazione pediatrica può essere dovuta a numerosi fattori tra cui non può essere sottovalutato il ruolo della rete dei pediatri e l'attenzione dei genitori sulla diagnosi precoce. Questo dato rinforza la necessità dell'insegnamento dell'autopalpazione del testicolo in età adolescenziale dopo la quale i tassi di mortalità si innalzano significativamente. Tale insegnamento può essere fatto nel corso di campagne uro- andrologiche e di visite preventive nella fascia di età 15 - 19 anni. È necessario quindi che gli screening uro- andrologiche preventivi vengano inseriti rapidamente nei cosiddetti L.E.A. Livelli Essenziali di Assistenza in modo da offrire a tutta la popolazione maschile l'insegnamento dell'autopalpazione testicolare per abbattere la mortalità, la morbilità ed i costi sociali del carcinoma del testicolo così come avviene nella fascia di età 0 -16 anni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

AREA CHIRURGICA

GC10

TRATTAMENTO DELLE PICCOLE LESIONI TESTICOLARI INCIDENTALI: ESPERIENZA DI 16 CASIAlessandro Franceschelli¹, Giorgio Gentile², Fulvio Colombo¹¹Struttura Dipartimentale di Andrologia – Policlinico S.Orsola-Malpighi – Bologna; ²Scuola di Specializzazione in Urologia, Alma Mater Studiorum, Univ. di Bologna

Introduzione. Scopo del lavoro è il trattamento delle piccole lesioni testicolari, di dimensioni ≤ 5 mm, identificate incidentalmente in corso di ecografia testicolare e l'esito della loro analisi istologica.

Materiali e metodi. Da Aprile 2010 a settembre 2015 in 16 pazienti (pz), sottoposti a ecografia testicolare per altri motivi (valutazione per dolore testicolare, studio in pz infertili, valutazione pre-operatoria in pz candidati a correzione di varicocele) è stata diagnosticata una lesione testicolare ipoecogena, di dimensioni ≤ 5 mm, non palpabile clinicamente.

Tutti i pz sono stati sottoposti a intervento chirurgico esplorativo per via inguinale, identificazione intraoperatoria eco-guidata della lesione, sua asportazione per esame istologico estemporaneo e eventuale orchifunicolectomia in caso di lesione maligna.

Risultati. Età media dei pz: 33 anni. Diametro medio tumorale: 4 mm (range 2 - 5 mm). I marker tumorali erano nei limiti di normalità in tutti i pz.

7 pz (43.7 %) si sono sottoposti a ecografia nel corso di valutazione per infertilità (5 casi di azoospermia), 6 pz (37.5 %) per dolore testicolare, 2 pz (12.5 %) per valutazione di varicocele e 1 pz (6.3 %) per controllo di testicolo ipotrofico, in pregressa correzione di critporchidismo. Un pz presentava una duplice lesione ipoecogena, di 2 e 4 mm.

In 15 pz su 16 è stato possibile eseguire un trattamento conservativo della lesione in quanto l'esito istologico estemporaneo aveva evidenziato trattarsi di lesione benigna; in un pz è stata eseguita orchifunicolectomia per diagnosi di seminoma.

Complessivamente sono stati asportati 17 noduli, il cui esito è risultato: tumore a cellule di Leydig in 13 casi (76.5 %), tutti a basso indice di proliferazione mitotica - tumore a cellule di Sertoli in 2 casi (11.7 %) - seminoma in 1 caso (5,9 %) - iperplasia a cellule di Leydig nel restante caso (5,9 %), pz azoospermico con sd di Klinefelter.

L'esito dell'esame istologico definitivo ha sempre confermato quello dell'esame estemporaneo.

Conclusioni. La presenza di un nodulo testicolare, anche se di piccole dimensioni, richiede sempre l'esplorazione chirurgica. Nella nostra esperienza, in caso di nodulo incidentale di piccole dimensioni, la percentuale di lesioni benigne è alta, per cui riteniamo che a questi pz vada riservato un approccio conservativo, "organ-sparing", con esame estemporaneo del nodulo. Il trattamento radicale dovrebbe essere rivolto solo a

quei pz in cui l'esame estemporaneo dimostri una lesione maligna.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC11

RIPARAZIONE DISTALE DELLA TUNICA ALBUGINEA PER ERNIAZIONE DELL'IMPIANTO PROTESICO: CONFRONTO DEGLI OUTCOME UTILIZZANDO DUE TIPI DI GRAFT NON AUTOLOGO

Carlo Ceruti, Omidreza Sedigh, Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Mattia Sibona, Mirko Preto, Paolo Gontero, Bruno Frea, Luigi Rolle

Università di Torino - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - presidio Molinette; Clinica Urologica (direttore Prof. B. Frea) - Unità di Andrologia (responsabile Prof. Ag. L. Rolle)

Obiettivi. L'erniazione dei cilindri protesici per erosione dell'albuginea dei corpi cavernosi (CC), tipicamente a livello apicale, è una complicanza tardiva della chirurgia protesica peniena. Diverse soluzioni chirurgiche sono state proposte, la maggior parte prevedendo il rinforzo della albuginea mediante l'utilizzo di patches. Lo scopo di questo studio è di confrontare i risultati dell'utilizzo di due tipi di graft non autologo.

Materiali e metodi. Tra il gennaio 2007 ed il gennaio 2011, 11 pazienti si sono rivolti al nostro Centro per erniazione distale dei cilindri protesici, senza esposizione della protesi. L'erniazione era bilaterale in 4 casi. L'eziologia primitiva della DE era la malattia di La Peyronie in 4 casi, il diabete mellito in 3 casi, gli esiti di prostatectomia radicale in 3 casi e la insufficienza renale cronica terminale in 1 caso. 3 pazienti erano portatori di protesi malleabile, 7 di protesi idraulica ed 1 di espansore penieno tipo Apollo. Il tempo intercorso dal posizionamento della protesi era variabile tra 4 mesi e 12 anni (media 42 mesi). I tempi chirurgici dell'intervento di riparazione prevedevano: accesso sub-coronale, degloving e disassembling penieno. In 7 casi si è resa necessaria la sostituzione della protesi precedentemente impiantata con una di misura minore, per evitare eccessive tensioni. Gli apici dei corpi cavernosi sono stati suturati e rinforzati con 2 tipi di graft non autologo: Intexen (derma porcino) nei primi 5 casi; rete in polipropilene nei restanti 6 casi. Il graft è stato di volta in volta modellato in forma di una striscia, fatto passare tra gli apici cavernosi e il glande e suturato alla albuginea lateralmente.

Tutti i pazienti sono stati valutati a 6 e 12 mesi con visita andrologica e questionario EDITS.

Risultati. Il tempo operatorio medio è stato di 145 minuti, senza differenze significative tra i 2 gruppi ($p > 0,05$). Abbiamo osservato 2 complicanze maggiori nel gruppo Intexen, che hanno richiesto una revisione chirurgica: 1 caso di infezione della protesi ed 1 caso di recidiva dell'erniazione dopo 5 mesi. 1 paziente in ciascuno dei due gruppi ha riferito transitoria ipoestesia del glande. A 6 mesi di distanza dall'intervento, il punteggio EDITS medio nel gruppo Intexen era di 31, mentre nel gruppo trattato con rete di polipropilene

era di 34 ($p > 0,05$). A 12 mesi, i rispettivi punteggi EDITS erano di 36 e 38 ($p > 0,05$).

In particolare, la rete di polipropilene risultava difficilmente palpabile sotto i tegumenti penieni e non provocava disagi al paziente.

Conclusioni. Tra le diverse tecniche descritte per la riparazione delle erniazioni distali dei cilindri protesici, l'utilizzo di una rete di polipropilene risulta essere una tecnica efficace, sicura e ben tollerata. La robustezza del materiale fornisce le massime garanzie in termini di tenuta meccanica, e la benderella, con la presenza dell'impianto protesico sottostante, risulta difficilmente palpabile. La soddisfazione dei pazienti a medio e lungo termine, valutata mediante questionario EDITS, è paragonabile a quella ottenuta mediante l'utilizzo di derma porcino.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC12

QUAL È IL GRAFT MIGLIORE DA UTILIZZARE NELLA CHIRURGIA DI PLACCA ASSOCIATA AD IMPIANTO PROTESICO TRICOMPONENTE IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI PEYRONIE E DISFUNZIONE ERETTILE? RISULTATI DA UNO STUDIO PROSPETTICO CONTROLLATO NON RANDOMIZZATO FRA SIS E TACHOSIL

Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Marco Falcone, Massimiliano Timpano, Omidreza Sedigh, Mattia Sibona, Mirko Preto, Marco Lasagna, Bruno Frea

Università di Torino - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - presidio Molinette; Clinica Urologica (direttore Prof. B. Frea) - Unità di Andrologia (responsabile Prof. Ag. L. Rolle)

Introduzione. La chirurgia di placca con incisione della albuginea associata ad impianto protesico idraulico del pene è una tecnica di allungamento descritta ampiamente nella letteratura scientifica per trattare pazienti affetti da malattia di Peyronie (PD), con deficit erettile (DE) e incurvamento/accorciamento dell'asta.

Tuttavia risulta ancora ad oggi aperto il dibattito su quale graft garantisca migliori risultati a breve e lungo termine. L'obiettivo del nostro studio è di confrontare gli outcome e le eventuali complicanze in 2 gruppi di pazienti con 2 diversi tipi di graft (SIS vs Tachosil).

Materiali e metodi. 60 pazienti da gennaio 2007 a gennaio 2015 affetti da PD, DE e curvatura dell'asta peniena sono stati sottoposti presso il nostro centro a impianto di protesi peniena tricomponente (AMS 700 CX) e contestuale incisione di placca con successivo grafting. I graft utilizzati per coprire la perdita di sostanza sono stati: SIS in 34 casi (gruppo A) e Tachosil in 26 casi (gruppo B). Il SIS è stato fissato con filo riassorbibile ai margini delle corporotomie, mentre il Tachosil è stato apposto sulla perdita di sostanza senza alcun mezzo di fissaggio come da scheda tecnica. In entrambi i casi la fascia di Buck è stata ricostruita. Sono state valutate come variabili di studio: complicanze intraoperatorie, degenza ospedaliera, ematoma postoperatorio (ematoma scale), complicanze postoperatorie (infezione, recidiva dell'incurvamento e mal-

funzionamento dell'impianto protesico).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti al questionario validato IIEF prima dell'intervento e dopo 12 mesi.

Risultati. L'età media al trattamento era 63 anni (SD 8,2). La curvatura dell'asta era nel 68 % dorsale, nel 6,6 % ventrale e nel 25,4 % laterale con una media di 65° (SD 25,7). Il follow-up medio è stato di 35 mesi. La durata dell'intervento è stata mediamente di 145 min nel gruppo A e 120 min nel gruppo B.

Nessuna complicanza intraoperatoria è stata riportata. La degenza operatoria media è risultata 4,3 (SD 3) giorni nel gruppo A e 3,5 (SD 2,3) nel gruppo B. L'ematoma scale è risultata mediamente 1,8 (SD 1,6) nel gruppo A e 2 (SD 2) nel gruppo B. 3 pazienti hanno necessitato di revisione chirurgica: 1 paziente (gruppo A) per malfunzionamento dell'impianto protesico, 1 paziente in entrambi i gruppi per infezione. La recidiva dell'incurvamento è stata nulla in entrambi i gruppi. Il punteggio IIEF è variato da 36 (SD 9) a 63 (SD 8) nel gruppo A e da 35,5 (SD 7,7) a 62 (SD 10) nel gruppo B. L'analisi statistica multivariata fra i 2 gruppi non ha evidenziato alcuna differenza statisticamente significativa per tutte le variabili analizzate tranne che per la durata dell'intervento che è risultata favorevole per il graft di Tachosil ($p < 0,05$).

Conclusioni. Il Tachosil risulta un graft affidabile con outcome comparabili al più utilizzato SIS. Non si associa ad una maggior incidenza di complicanze ma si dimostra maggiormente rapido nell'applicazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC13

RISULTATI DOPO UN ANNO DI ARRUOLAMENTO NEL REGISTRO PROSPETTICO DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA INSIST-ED (ITALIAN NATIONWIDE SYSTEMATIC INVENTARISATION OF SURGICAL TREATMENT FOR ERECTILE DYSFUNCTION)

Dehò Federico, Pescatori Edoardo, Alei Giovanni, Antonini Gabriele, Avolio Antonio, Bettocchi Carlo, Bitelli Marco, Boezio Francesco, Caraceni Enrico, Carrino Maurizio, Colombo Fulvio, Conti Enrico, Corvasce Antonio, Fiordelise Stefano, Ghidini Nicola, Italiano Emilio, Liguori Giovanni, Mondaini Nicola, Natali Alessandro, Negro Carlo, Palumbo Fabrizio, Paradiso Matteo, Polito Massimo, Pozza Diego, Silvani Mauro, Tamai Aldo, Timpano Massimiliano, Utizi Lilia, Varvello Francesco, Vicini Patrizio, Vitarelli Antonio, Larcher Alessandro*, Franco Giorgio

Board e Impiantatori attivi nel Progetto Registro della Società Italiana di Andrologia

*Curatore di analisi statistica

Introduzione e obiettivi. Il Registro INSIST-ED creato dalla Società Italiana di Andrologia si propone di raccogliere prospetticamente i dati dei pazienti candidati a impianto di protesi peniena. Lo scopo dello studio è presentare i risultati del registro ad un anno dall'inizio dell'arruolamento.

Materiali e metodi. È stato utilizzato un database multi-istituzionale compilato da 43 chirurghi al momento dell'intervento su un sito dedicato (www.registro.andrologiaitaliana.it) e revisionato da un data-manager.

Da dicembre 2014 a gennaio 2016 sono stati raccolti dati riguardo alle caratteristiche dei pazienti, all'eziologia della disfunzione erettile [DE] ed al tipo di protesi utilizzato.

Analisi statistiche descrittive (mediana ed interquartile range [IQR] per variabili continue e frequenze e proporzioni per variabili categoriche) sono state usate per riportare le caratteristiche dei pazienti arruolati dopo stratificazione in base al tipo di procedura (primo impianto vs. revisione).

Risultati. In totale, 300 pazienti sono stati arruolati nel Registro. Tipo di procedura: primo impianto in 253 casi (84 %) revisione in 47 casi (16 %). Nella coorte di pazienti trattati con primo impianto la mediana dell'età è risultata 61 anni (IQR 56-67).

L'eziologia della DE è risultata organica in 81 casi (32 %), prostatectomia radicale [PR] in 81 casi (32 %), malattia di Peyronie in 54 casi (21 %), altra chirurgia pelvica in 21 casi (8 %), trauma in 4 casi (2 %), difetto veno-occlusivo in 3 casi (1 %) e priapismo in 2 casi (1 %). Il tipo di protesi utilizzato è stato tri-componente in 205 casi (81 %), bi-componente in 14 casi (6 %) e non-idraulico in 34 casi (13 %).

Nella coorte di pazienti trattati con revisione (n = 47), la mediana dell'età è risultata 60 anni (IQR 54-71). L'eziologia della DE è risultata organica in 23 casi (49 %), malattia di Peyronie in 8 casi (17 %), PR in 6 casi (13 %), altra chirurgia pelvica in 3 casi (6 %) e difetto veno-occlusivo in 1 caso (2 %). 10 casi sono stati sottoposti ad espanto senza sostituzione e 37 sono stati sottoposti a nuovo re-impianto. Il tipo di protesi utilizzato per la sostituzione è stato tri-componente in 31 casi (66 %), bi-componente in 4 casi (9 %) e non-idraulico in 2 casi (4 %).

Le tipologie di strutture sanitarie dove sono stati eseguiti gli interventi sono risultate: pubbliche nel 79 % dei casi, private nel restante 21 %. I tempi di attesa da indicazione a intervento per i nuovi impianti sono risultati: 12 mesi in strutture pubbliche, 1,4 mesi in strutture private.

Conclusioni. Il registro INSIST-ED è un efficace strumento per raccogliere dati obiettivi sulla chirurgia protesica. L'indicazione a chirurgia protesica è sostenuta nella maggior parte da DE su base organica o secondaria a PR. Il tipo di protesi più frequentemente utilizzato è quello idraulico tri-componente.

L'obiettivo futuro del registro è studiare l'impatto dell'impianto protesico sulla qualità di vita dei recipienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC14

UNA NUOVA GENERAZIONE DI PAZIENTI PER L'ANDROLOGO:

GLI OPERATI PER ANO IMPERFORATO CON ORCHIOEPIDIDIMITI RICORRENTI

Angela Vita, Antonio Zaccara¹, Franco Ponti, Alessandro Crocoli¹, Roberto Falabella

UOC Urologia, Ospedale San Carlo, Potenza, ¹Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Bambino Gesù, Roma.

Introduzione ed obiettivi. Con l'allungarsi del follow-up dopo la ricostruzione, i pazienti con ano imperforato tendono a sviluppare episodi ricorrenti di orchioepididimite (OE) Questo quadro clinico è riportato raramente in letteratura (prevalenza 1,2-6 %), si presenta spesso inaspettato e le sue conseguenze sul piano andrologico sono a tutt'oggi sconosciute

Metodi. 110 pazienti consecutivi operati per ano imperforato negli ultimi 13 anni sono stati contattati telefonicamente con specifica richiesta di segni e/o sintomi di OE Per OE è stato definito un quadro clinico di almeno due episodi ricorrenti di tumefazione testicolare con dolore e iperemia scrotale, con o senza disuria. Tutti i pazienti erano stati operati con la stessa tecnica chirurgica (anorettoplastica sagittale posteriore). È stata condotta un'indagine statistica riguardo all'associazione tra OE e Infezioni delle vie Urinarie (IVU), Disrafismo Spinale (DS) e stipsi ostinata (SO) (stipsi con necessità di clisteri regolari). L'analisi è stata effettuata con il test del CHI quadro.

Risultati. Sono stati contattati 89 pazienti. Di questi, 10 riportavano episodi di OE, tutti verificatisi in casi con comunicazione tra retto e via urinarie (fistola retto uretrale). L'età al primo episodio variava tra 4 e 11 anni dopo la chirurgia, e non vi era predilezione di lato. 5 pazienti riferivano più di due episodi di OE (fino a 5 in due pazienti). All'esame obiettivo, i pazienti con più di due episodi di OE presentavano testicoli ridotti di volume e aumentati di consistenza. Dei parametri considerati, soltanto la SO presentava una associazione statisticamente significativa (8/10 vs. 12/33, p < .02).

Conclusioni. Il 20 % dei pazienti con ano imperforato e fistola retto uretrale presentano OE che si verificano anche a grande distanza dalla chirurgia. La stipsi severa, attraverso la distensione intestinale o l'irritazione cronica della mucosa intestinale indotta dai clisteri costanti e ripetuti rappresenta una importante comorbidità. Dal momento che molti pazienti si avvicinano o sono già in età pubere. Le alterazioni delle gonadi indotte dalle OE sollevano importanti interrogativi riguardo alla fertilità, anche in considerazione del fatto che al momento non esiste né un protocollo andrologico standardizzato di follow-up né la possibilità di prevenzione di ulteriori episodi, in particolare nei casi in cui le OE si presentano senza predilezione di lato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC15**TRE TECNICHE DI IMPIANTO DELLA PROTESI TESTICOLARE UTILIZZATE NELL'ETÀ PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE**

Fabio Ferro¹, Gabriele Gaziev², Giulio Patruno², Giovanni Torino¹, Cristina Martucci²

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, ²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione ed obiettivi. Nei pazienti monorchidi o anorchidi sottoposti a posizionamento di protesi testicolare (PT) la disproporzione tra il ridotto volume dello scroto e quello della PT definitiva è frequente, richiedendo spesso un re-intervento in epoca post-puberale con tutti i rischi che ne derivano (trauma chirurgico, complicanze e spese sanitarie). Descriviamo tre tecniche di impianto che vengono scelte in relazione all'età, alla causa della mono o anorchidia o di un'eventuale disturbo ormonale (ipogonadismo).

Materiale e metodo. Dal 2000 ad oggi sono state impiantate 472 PT in 466 pazienti di età media 9.4 anni (DS \pm 4.6 anni) affetti da mono o anorchidia (50 % per atrofia testicolare primitiva, 17.5 % torsione del cordone spermatico, 17 % atrofia post-orchidopessia, 5% tumore, 4 % atrofia post-erniotomia, 3.5 % ernia strozzata, 1.5 % DSD, 1 % ipogonadismo, 0.5 % altro). Sono state adoperate tre tecniche chirurgiche: tecnica 1 nel paziente prepubere (PT di 20 ml inserita attraverso un'incisione inguinale con l'adito al sacco chiuso per un'incisione extradartica alla radice dell'emiscroto); tecnica 2 (PT di 25 ml inserita con una "wink incision" alla radice dell'emiscroto); tecnica 3 nel paziente ipogonadico e indicazione a conservare i testicoli (tramite una singola incisione trasferimento di una gonade nell'emiscroto controlaterale e solidarizzazione delle due gonadi con suture tra le tuniche vaginali paragonadiche e impianto di PT). 10/12 pazienti anorchidi hanno eseguito impianto di PT in due tempi.

Risultati. Complicanze a breve termine: 6/472 pazienti hanno presentato estrusione (1.27 %): 1 per scroto ipoplasico e cicatriziale (pregressa orchidopessia), 3 per errore tecnico, 2 per sospetto decubito dell'anello di fissaggio della PT. Complicanze a lungo termine: 1/472 (0.2 %) hanno presentato rottura per sospetta lesione durante l'impianto e 3/472 (0.6 %) rottura per posizione non corretta.

Conclusioni. Le complicanze a breve e a lungo termine risultano inferiori a quelle riportate in letteratura e sono conseguenza di un errore di impianto. Il più frequente è stato la preparazione dell'adito allo scroto tra la fascia dartica e il dartos con devascularizzazione e necrosi della parete scrotale, seguita dalla lesione della PT nel corso dell'impianto. Una possibile causa di complicanze dell'impianto della PT può essere l'anello di fissaggio che accompagna la maggior parte delle PT in commercio oltre a definire facilmente la presenza di testicolo artificiale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC16**ANALISI MONOCENTRICA DELLA CURVA DI APPRENDIMENTO PER L'ESECUZIONE DI UNA VAGINOPLASTICA PENO – SCROTALE NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA DI RIASSEGNAZIONE DEI CARATTERI SESSUALI IN SENSO ANDRO – GINOIDE**

Marco Falcone, Massimiliano Timpano, Carlo Ceruti, Omidreza Sedigh, Mattia Sibona, Mirko Preto, Bruno Frea, Luigi Rolle

Università di Torino - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - presidio Molinette; Clinica Urologica (direttore Prof. B. Frea) - Unità di Andrologia (responsabile Prof. Ag. L. Rolle)

Obiettivo. Determinare l'esistenza e quantificare la curva di apprendimento (CA) per l'esecuzione di una vaginoplastica con lembo peno – scrotale (PSV) di un singolo chirurgo, basandosi sullo studio retrospettivo della casistica di un singolo centro.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati clinici di 69 pazienti, sottoposti a chirurgia di Riassegnazione dei Caratteri Sessuali (RCS) in senso M to F mediante PSV, tra il gennaio 2005 e il gennaio 2015. Per identificare statisticamente la curva di apprendimento, sono stati utilizzati due metodi validati: un grafico di dispersione ed una analisi per gruppi. Nella presente analisi, abbiamo selezionato come outcome indice di buona tecnica chirurgica il tempo operatorio e la profondità della neovagina. Inoltre, sono stati valutati altri outcome chirurgici, come le perdite ematiche, la lunghezza della degenza ospedaliera e le complicanze chirurgiche, come la stenosi/atresia della neovagina o la stenosi del neomeato uretrale.

Risultati. Abbiamo registrato un tempo operatorio medio di 245 minuti. Non sono state riportate complicanze gravi intraoperatorie, ad eccezione di un singolo caso di lesione del retto che imponeva la sutura della lacerazione e il confezionamento di una colostomia di protezione. La perdita ematica intraoperatoria era minima. L'incidenza di complicanze postoperatorie gravi era del 21,7 %, la maggior parte delle quali di pertinenza uretrale. L'analisi per gruppi rivelava la presenza di una importante differenza statisticamente significativa tra i diversi gruppi in merito a tempo operatorio ($p < 0,01$), degenza ospedaliera ($p < 0,01$) e tasso di complicanze intraoperatorie ($p = 0,01$). Al contrario, non venivano evidenziate differenze significative in merito all'entità delle perdite ematiche ($p = 0,08$). L'analisi logaritmica mediante grafico di dispersione dimostrava l'esistenza di una CA per la maggior parte dei parametri. Il tempo operatorio si abbassava sensibilmente entro i primi 20-30 casi, raggiungendo un plateau intorno ai 40 casi, anche se una ulteriore, moderata diminuzione dello stesso continuava ad essere evidente negli ultimi 10 casi. Per quanto riguarda la profondità della neovagina, l'analisi logaritmica dimostrava un lieve incremento nei primi 10 casi, con raggiungimento di uno standard intorno alle 40 procedure. La lunghezza della degenza ospedaliera, invece, era caratterizzata da una importante riduzione durante le

prime 10 procedure, stabilizzandosi intorno alle 40-50. Per quanto riguarda le perdite ematiche, una curva piatta veniva evidenziata in tutti i gruppi.

Conclusioni. È stato possibile evidenziare una CA per la PSV, consistente in circa 40 casi, necessari all'equipe chirurgica per sviluppare adeguate capacità chirurgiche, necessarie al fine di garantire una procedura sicura e di alta qualità. Quando la CA è stata completata, la PSV è una tecnica veloce, sicura ed efficace per avvicinare chirurgicamente la RCS in senso andro – ginoide. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC17

FRATTURA DEL PENE DURANTE IL RAPPORTO SESSUALE CON COINVOLGIMENTO DELL'URETRA ANTERIORE: STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO

Luigi Quaresima¹, Giorgio Gentile², Alessandro Franceschelli³, Luigi Rolle⁴, Lucilla Divenuto⁵, Michele Rizzo⁶, Riccardo Boschian⁶, Massimiliano Timpano⁴, Marco Tiroli¹, Benedetto Galosi¹, Giovanni Liguori⁶, Antonio Vitarelli⁵, Bruno Frea⁴, Fulvio Colombo³

¹Clinica urologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; ²Scuola di specializzazione in urologia, Ospedale S. Orsola, Università degli studi di Bologna, ³SSD Andrologia, Ospedale S. Orsola, Bologna; ⁴Unità di Andrologia, Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Molinette, Torino, ⁵Urologia II Universitaria, Azienda Ospedaliera Policlinico, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, ⁶Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, Università degli studi di Trieste

Introduzione. Le strutture solitamente coinvolte in caso di frattura del pene sono i corpi cavernosi (CC) e la tunica albuginea, più raramente l'uretra. Scopo del nostro studio è valutare: gestione del paziente (pz) e outcome post-op. dopo trauma del pene coinvolgente l'uretra.

Materiali e metodi. Valutazione retrospettiva dei pz sottoposti a intervento per frattura coitale del pene con lesione uretrale da Gennaio 2012 a Settembre 2015, in 5 centri italiani.

Per ogni pz sono state valutate: età, presentazione clinica ed ecografica, gestione clinica e chirurgica del pz, uretrografia e uroflussimetria a 60 giorni (gg) dall'intervento, valutazione a 6 mesi mediante questionari validati della funzionalità erettile e minzionale ed ecodoppler penieno dinamico.

Risultati. Sono stati valutati 13 pz (età: 26-61 anni); all'esame obiettivo tutti presentavano ematoma penieno associato a dolore, nel 70 % era presente uretrorragia, nel 30 % ritenzione urinaria acuta. L'ecografia confermava ematoma pericavernoso in tutti i casi, con frattura dei CC: monolaterale nel 55 % dei pz, bilaterale nel 45 %. Lesione uretrale confermata mediante uretrografia, con posizionamento di epicistostomia nel 40% dei casi. L'intervento chirurgico veniva eseguito in urgenza (in media 7 h dopo il trauma) mediante accesso subcoronale in 8 pz, peno-scrotale in 4 e diretto sul rafe in 1. In tutti i casi si posizionava intraop. catetere vescicale (CV) 16-18 ch con riscontro di soluzione di

continuità parziale dell'uretra nel 65 % dei casi, trattata con uretroraffia diretta. Nel 35 % si evidenziava un distacco uretrale completo trattato con anastomosi termino-terminale; in tutti i casi veniva effettuata una raffia diretta dei corpi cavernosi. Nel follow up post-op. il CV è rimasto in sede in media per 24 gg (12-50 gg); l'uroflussimetria evidenziava un flusso massimo in media di 20 ml/sec (15-25 ml/sec). I questionari IPSS e IIEF-5 mostravano un punteggio medio di 4/35 (2-9) e 22/25 (20-25) rispettivamente. All'uretrografia in 2 casi si evidenziava lieve substenosi. L'ecocolordoppler penieno dinamico dimostrava erezione valida in tutti i pz.

Il trauma del pene durante un rapporto sessuale con coinvolgimento dell'uretra anteriore è un'evenienza rara, che richiede un trattamento in regime di urgenza con il duplice obiettivo di ripristinare la continuità del tratto uretrale e di correggere il danno a livello dei CC; diagnosi, intervento chirurgico e follow up devono essere effettuati in centri di esperienza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC18

CORREZIONE DEL PENE NASCOSTO

Fabio Ferro¹, Alessandro Trucchi¹, Cristina Martucci², Gabriele Gaziev²

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, ²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione. Nella correzione del pene nascosto, a fronte di una relativa omogeneità dei vari approcci diretti all'estrinsecazione dei corpi cavernosi e alla ricostruzione degli angoli pubo-penieno e peno-scrotale vi è divergenza di opinioni sulla tecnica ottimale per la copertura cutanea. La paucità, talora sub-totale, del cilindro cutaneo penieno può essere risolta con il ricorso a flaps di rotazione, all'uso di grafts cutanei, a tecniche in due tempi con possibili complicazioni e risultato estetico non sempre ottimale. Descriviamo la modifica di un approccio già descritto per la correzione del pene nascosto congenito finalizzata a semplificare la copertura cutanea.

Materiali e metodi. In 12 mesi abbiamo operato 7 pazienti per pene nascosto congenito, età media 39 mesi (21-63 mesi). Nella serie precedente l'anello prepuziale fimotico dilatato e represso veniva inciso subcoronalmente e seguito dal "degloving" totale del cilindro cutaneo penieno. La resezione del segmento prepuziale fimotico comportava una paucità cutanea sub-totale. La tecnica modificata consiste nella preservazione dell'intero foglio prepuziale interno che, dopo ricostruzione degli angoli pubo-penieno e peno-scrotale con suture di ac. poliglicolico tra corpi cavernosi e dar-tos, applicate per un'incisione lungo il rafe scrotale, viene ribaltato (unfolding) e suturato al residuo cilindro cutaneo prossimale. Rimozione del catetere Jackson-Pratt o Koyle dopo 48 ore con sospensione della terapia antibiotica.

Risultati. nessuna complicazione postoperatoria. L'edema del foglio prepuziale interno si è ridotto in tutti i casi entro 3 mesi. Al follow up minimo di 4 mesi il pene è risultato ben estrinsecato in tutti i pazienti con l'aspetto della circoncisione neonatale.

Conclusioni. la circoncisione religiosa e quella tradizionale prevedono la conservazione subtotale del foglio prepuziale interno per non sacrificare le ricche terminazioni nervose della regione. Salvo eccezioni, la circoncisione fisiologicamente corretta dovrebbe rispettare questa area prepuziale "specializzata". Lo stesso obiettivo dovrebbe essere perseguito nella correzione del pene nascosto. Con la tecnica descritta, al rispetto della funzione si associa la possibilità di ottenere un'ottimale copertura cutanea. La procedura descritta abbrevia i tempi chirurgici e riduce le possibili complicazioni riferite in seguito agli altri approcci proposti per la ricostruzione del cilindro cutaneo nella correzione del pene nascosto congenito.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SHORT COMMUNICATIONS

SC01

TERAPIA CON YAG LASER HOLMIUM DELLA CONDILOMATOSI GENITALE; NOSTRA ESPERIENZA E RISULTATI

Luca Lepri¹, Emanuele Lepri¹, Andrea Boni¹, Francesco Barillaro¹, Solajd Pohja¹, Katifenia Ioannidou¹, Emanuele Cottini¹, Elisabetta Nunzi¹, Giovanni Cochetti¹, Michele-Del Zingaro², Francesco D'amico¹, Ettore Mearini¹

¹Chirurgia urologica mininvasiva ospedale S.Maria della Misericordia-Perugia; ospedale S.Maria-Terni, ²Cliica urologica ospedale S.Maria della Misericordia-Perugia

Introduzione ed obiettivi. Scopo del nostro lavoro è stato valutare l'efficacia e la tollerabilità del trattamento con YAG laser Holmium in pazienti affetti da condilomatosi genitale, non precedentemente sottoposti a terapia medica o chirurgica.

Materiali e metodi. Dal 2009 al 2015 sono stati arruolati 31 pazienti affetti da condilomatosi genitale con un rapporto maschi-femmine di 30 a 1 e con un'età media di 40 anni. Nessuno dei pazienti trattati era già stato sottoposto a terapia medica o a terapia chirurgica per condilomatosi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame obiettivo ed in 10 pazienti è stata effettuata un'uretroscopia diagnostica per valutare l'eventuale coinvolgimento uretrale. I pazienti sono stati pertanto sottoposti a trattamento con Yag laser Holmium previa anestesia locale con lidocaina/prilocaina crema. La fibra laser utilizzata nel trattamento aveva una sezione pari a 230 micron. La durata media dell'intervento chirurgico è stata di 24 minuti. I pazienti sono stati sottoposti a follow up medio di 18 mesi tramite esame obiettivo clinico, questionario Dermatology Life Quality of Index (DLQI) e questionario Patient Global Impression of Improvement (PGI-I).

Risultati. La terapia si è dimostrata efficace, dopo un

singolo trattamento, nel 90,32 % dei casi (28 pazienti su 31). In tre pazienti, dopo un follow up medio di 18 mesi, è stata dimostrata una recidiva di malattia a distanza di 3-6 mesi con necessità di effettuare un ulteriore trattamento risultato risolutivo. Al PGI-I il 60 % dei pazienti ha valutato la condizione post operatoria come "davvero molto migliore" e il 40 % "molto migliore". Al DLQI il 60 % dei pazienti non ha evidenziato alcun effetto legato alla terapia laser, il 30 % dei pazienti ha evidenziato problemi transitori legati all'utilizzo del condom, il 10 % ha evidenziato la comparsa di lieve e fugace bruciore risolto spontaneamente. In nessun paziente trattato si sono osservate lesioni distrofico-ulcerative permanenti determinate dall'utilizzo del laser. Tutti i pazienti trattati hanno ripreso la propria attività sessuale entro 30 giorni dal trattamento.

Conclusioni. La terapia con YAG laser Holmium si è dimostrata efficace e sicura, ben tollerata dal paziente e superiore, in termini di efficacia terapeutica, rispetto alla terapia medica tradizionale. Rispetto ad altri trattamenti chirurgici, questa tecnica permette una maggiore precisione nella resezione con riduzione delle complicanze ed un più rapido recupero funzionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC02

TROMBOSI SEGMENTARIA DEI CORPI CAVERNOSI; MANAGEMENT DI UNA RARA PATOLOGIA DEL PENE

Daniele Tiscione¹, Tommaso Cai¹, Lorenzo Luciani¹, Andrea Scardigli¹, Paolo Verze², Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Gianni Malossini¹

¹UO di Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento, ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli

Introduzione. La trombosi segmentaria dei corpi cavernosi (CC), anche definita come priapismo parziale, rappresenta una rara patologia del pene. Tale patologia, che colpisce prevalentemente i giovani, si caratterizza per la trombosi, di solito monolaterale, della porzione prossimale dei CC e si manifesta con una tumefazione perineale fissa e dura associata in modo variabile a DE, dolore e disuria. L'eziologia è a tutt'oggi sconosciuta e vengono considerati come fattori di rischio i traumi, i rapporti sessuali vigorosi, l'utilizzo prolungato della bicicletta, i disordini ematologici (leucemia, anemia a cellule falciformi) e l'utilizzo di sostanze da abuso come cocaina e marijuana.

Materiali e metodi. Maschio, di 57 anni, giungeva alla nostra attenzione per la comparsa di una tumefazione dolente a livello perineale da circa 24 ore. L'anamnesi rilevava un'intensa attività sessuale precedente la comparsa della sintomatologia, mentre l'esame obiettivo evidenziava una tumefazione di circa 5x2 cm a livello della porzione prossimale del CC sinistro, dolente e dolorabile; la minzione era regolare e non venivano riportati altri sintomi. Il Paziente veniva sottoposto a RMN della pelvi che metteva in evidenza una trombosi parziale del CC sinistro (70,73 x 14,26 mm). Il trattamento proposto è stato di tipo conserva-

tivo con la somministrazione di antibiotico, FANS ed EBPM per 1 mese (6000 UI x 2/die) e successivamente di cardioaspirina. Dopo 8 mesi il Paziente risultava asintomatico e la tumefazione non era più palpabile.

Risultati. In letteratura sono stati riportati circa 30 casi di trombosi segmentaria dei CC. A partire dal primo caso descritto in letteratura nel 1976 fino all'inizio del 2000, la terapia proposta era data dalla chirurgia con l'incisione del CC o lo shunt cavernoso-spongioso. Solo successivamente si è preso in considerazione la possibilità di trattare conservativamente questi Pazienti, riportando ottimi risultati in termini di risoluzione della sintomatologia e della conservazione della funzione sessuale.

Conclusioni. La RMN della pelvi rappresenta la tecnica di imaging per la corretta diagnosi di trombosi segmentaria dei CC, permettendo la diagnosi differenziale con il priapismo, i tumori e gli ascessi del pene e la Malattia di La Peyronie. A nostro avviso l'approccio terapeutico iniziale deve essere di tipo conservativo, riservando la chirurgia a quei casi che non rispondono alla terapia medica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC03

LA PUNTURA TRANSPERINEALE ECOGUIDATA NELLA PATOLOGIA DELLE VIE SEMINALI DISTALI: APPROCCIO INTEGRATO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

Mario Ciletti, Leonardo Misuraca, Edoardo Santini, Gabriele Tuderti, Mauro Ciccariello, Carlo de Dominicis, Giorgio Franco

Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e di Scienze Urologiche, Sapienza Università di Roma

Introduzione. Riportare i risultati dell'impiego della puntura transperineale ecoguidata delle vie seminali distali (vescicole seminali o dotti eiaculatori) o di cisti prostatiche (TRUCA) nello studio e trattamento delle patologie ostruttive dei dotti eiaculatori (DE).

Materiali e metodi. 38 pazienti (età media di 31 aa, range 18-58 aa) con azoospermia (22), oligospermia (10), aneiaculazione (2) o altri disturbi eiaculatori o minzionali (4), previa infiltrazione del perineo con anestetico locale, sono stati sottoposti a puntura percutanea transperineale ecoguidata con ago sottile Cheeba 20-22 G di cisti prostatiche, vescicole seminali o DE dilatati. È stata effettuata l'aspirazione ed il controllo microscopico del liquido contenuto (ricerca spermatozoi) e l'iniezione di m.d.c. sotto controllo radioscopico. In 18 pazienti con cisti prostatiche non comunicanti con le vie seminali (assenza di spermatozoi nel liquido aspirato e quadro radiologico tipico) si è contestualmente proceduto a sclerotizzazione della cisti iniettando alcool etilico puro 90° (in quantità di un quarto del liquido aspirato) mantenuto in situ per 15-20 minuti.

Conclusioni. La puntura percutanea transperineale ecoguidata delle vie seminali distali rappresenta un approccio diagnostico-terapeutico integrato alle ostruzioni dei DE permettendo un accurato studio radiolo-

gico vescicolografico, un controllo microscopico della presenza di spermatozoi nelle vie seminali distali e la possibilità di risoluzione o miglioramento del quadro seminale e sintomatologico in caso di cisti prostatica non comunicante.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC04

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELL'ENUCLEAZIONE DELLA PROSTATA CON LASER THULIUM (ThuLEP) SULLE FUNZIONI ERETTILE: EIACULATORIA ED URINARIA

Andrea Pacchetti, Giovanni Saredi, Giacomo Maria Pirola, Lorenzo Berti, Fabrizio Ildefonso Scroppo, Alberto Mario Marconi

Introduzione ed obiettivi. Lo scopo di questo studio è la valutazione dell'impatto della ThuLEP sulle funzioni erettile ed eiaculatoria, sulla risoluzione dei LUTS (lower urinary tract symptoms) e sulla modificazione della qualità di vita. giche e relazionali di tale soluzione del DE.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 177 pazienti con LUTS secondari a IPB (ipertrofia prostatica benigna) sottoposti a ThuLEP tra il Luglio 2013 e il Maggio 2015. A tutti i pazienti sono stati sottoposti i seguenti questionari prima dell'intervento e 4 mesi dopo la procedura: International Index of Erectile Function (IIEF-5), Male Sexual Health Questionnaire-Ejaculatory Disease (MSHQ-EJD), indice della qualità di vita (QoL score), International Prostate Symptom Score (IPSS). I pazienti sono stati valutati anche con un dosaggio del PSA ed un'uroflussometria nel periodo pre e nel postoperatorio. Sono stati inoltre raccolti i dati riguardanti i tempi di cateterizzazione, degenza e le complicanze peri e postoperatorie.

Risultati. L'età media dei pazienti è stata di 70 ± 7.66 anni. Il volume medio dell'adenoma prostatico è stato di 64.55 ± 28.24 ml. La funzione erettile non ha mostrato variazioni ($p = 0.411$) con un IIEF-5 score preoperatorio medio di 22.49 ± 1.8 ed uno postoperatorio di 22.04 ± 0.24 . Lo score IPSS è diminuito ($p < 0.0001$) da valori medi preoperatori di 21.12 ± 5.81 a valori di 3.14 ± 3.16 al follow-up, mentre lo score QoL è migliorato ($p < 0.0001$) da 5.41 ± 0.69 a valori di 0.57 ± 0.84 a 4 mesi di distanza dall'intervento. La funzione eiaculatoria si è ridotta in maniera importante ($p < 0.0001$): lo score MSHQ-EJD è passato da valori preoperatori medi di 14.90 ± 6.88 a valori postoperatori medi di 5.51 ± 4.17 . Non sono state registrate complicanze maggiori. Si sono verificati 7 casi di ritenzione acuta di urina (3.9%), 6 casi di ematuria (3.4%) e solo 2 reinterventi (TUR emostatica).

Conclusioni. La ThuLEP è una tecnica efficace, dotata di un alto profilo di sicurezza ed indipendente dal volume dell'adenoma prostatico. Questa procedura non influenza la funzione erettile e determina un'importante risoluzione dei LUTS secondari a IPB con un'importante miglioramento della qualità di vita. La ThuLEP influenza negativamente la funzione eiacu-

latoria, con un'importante riduzione sia della forza che del volume dell'eiaculato. Va comunque precisato che nel nostro studio la perdita dell'eiaculazione non ha influenzato negativamente la vita sessuale dei pazienti. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC05

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI UN TUMORE SIEROSO BORDERLINE PARATESTICOLARE

Simone Caroassai Grisanti, Alberto Martini, Francesco Sessa, Matteo Gironi, Augusto Delle Rose, Donata Villari, Giulio Nicita

Clinica Urologica II AOUC-Careggi Firenze

Introduzione e obiettivi. Il tumore sieroso borderline del testicolo rappresenta una neoplasia rara. Il suo comportamento oncologico non è del tutto delucidato, data la paucità di letteratura riguardante questa neoplasia. L'orchietomia radicale è il trattamento di gran lunga più utilizzato. Riportiamo la nostra esperienza riguardante un caso di tumore sieroso borderline trattato in via conservativa.

Materiali e metodi. Una neoformazione paratesticolare era stata individuata in un paziente di 14 anni. La massa era indissociabile dal didimo destro. Nel luglio 2007 abbiamo effettuato una biopsia escissionale della neoformazione. L'esame istologico estemporaneo ha confermato l'assenza di malignità. Il paziente è stato sottoposto a stretto follow-up durante i precedenti 9 anni. L'ecografia testicolare è stata effettuata ogni 3 mesi durante i primi due anni, ogni 6 mesi fino al quinto anno e annualmente in seguito.

Risultati. L'esame patologico ha dimostrato un tumore sieroso papillare borderline con positività per i markers AE1/AE3, CK7, CA125, ER, PR, WT1, BER EP4, EMA, e PAX8. L'esame immunoistochimico è risultato negativo per calretinina, trombomodulina, caldesmon, CEA, D2 40, CK5/6, CDX2, CK20, CD117, CD30, alfa-feto proteina, beta hcg, desmina e B72.3. Il paziente è libero da ricorrenza dopo 9 anni di follow-up.

Conclusioni. Dato che la letteratura non fornisce casi di ricorrenza o diffusione a distanza per questo tipo di tumore, la terapia chirurgica conservativa, in accordo con la nostra esperienza, rappresenta la migliore scelta. La decisione finale nel trattare in via conservativa una neoplasia paratesticolare è basata sull'esame istopatologico estemporaneo

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC06

GENITOPLASTICA FEMMINILIZANTE NEL DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE

Simone Caroassai Grisanti, Matteo Gironi, Francesco Sessa, Andrea Cocci, Alberto Martini, Niceta Stomaci, Giulio Nicita, Augusto Delle Rose

Clinica Urologica II AOUC-Careggi Firenze

Obiettivi. Valutare retrospettivamente l'out-come chirurgico e funzionale delle pazienti sottoposte presso il

nostro centro a conversione androginoide per disturbo dell'identità di genere. In particolare abbiamo analizzato l'impatto della conversione androginoide sul basso tratto urinario, sulla qualità della vita sessuale e la soddisfazione delle pazienti riguardo la procedura chirurgica. **Materiali e metodi.** Da Novembre 2010 a Novembre 2014 abbiamo sottoposto 11 pazienti a intervento di conversione androginoide per disturbo dell'identità di genere con la medesima tecnica chirurgica in tempo unico che prevede la spatolatura dell'uretra bulbare e la preservazione del fascio vascolonervoso del pene per il confezionamento di neoclitore sensibile.

Alle pazienti è stato somministrato il questionario Female Sexual Function Index (FSFI) per la valutazione della soddisfazione sessuale. Sono state inoltre valutate mediante flussometria pre operatoria e flussometria a 3-6-12-24 mesi dall'intervento.

Risultati. L'età al momento dell'intervento è risultata pari a 34.6 anni (range 25-47), il follow up medio di 38 mesi (range 13-66). Il tempo operatorio medio è stato di 394 minuti (285-471minuti). I giorni di degenza sono stati in media 14,7 giorni (10-35 giorni).

La lunghezza della neovagina è risultata pari 12,1 cm (range 11-13.5 cm).

In due casi è stata eseguita emotrasfusione; tra le complicanze abbiamo registrato un caso di necrosi della parete anteriore della neovagina associata a stenosi del neomeato uretrale. Tra le complicanze abbiamo osservato una sindrome compartimentale della gamba sinistra. Si è verificato un solo caso di stenosi del neomeato uretrale. Il Qmax medio pre operatorio è risultato 18,3 ml/s e mentre all'ultimo controllo postoperatorio è 18,4 ml/s. Dopo 24 mesi di follow up raggiunto da 7 pazienti 6/7 hanno riferito almeno un rapporto, con punteggio FSFI medio di 28.02 (25-31).

Conclusioni. Il mantenimento della sensibilità neoclitore è associata a maggiore soddisfazione sessuale. Lo spatolamento uretrale permette di prevenire la formazione di stenosi del neomeato garantendo un buon risultato funzionale ed estetico. Una quota importante delle pazienti riferisce rapporti a due anni dall'intervento con buona soddisfazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC07

VALUTAZIONE DEL DIFETTO IPOSPADICO CORRETTO NELL'ETÀ NON COLLABORANTE: PROPOSTA DI UNA METODICA EFFICACE, RIPRODUCIBILE E NON DOLOROSA

Fabio Ferro¹, Gabriele Gaziev², Giulio Patruno²

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, ²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione ed obiettivi. Vi è accordo generale sulla necessità di estendere il controllo del paziente ipospadico corretto fino al completo sviluppo anatomico e funzionale del pene. Nel follow-up a breve e medio termine l'a-

spetto principale è quello della funzione urinaria. La tendenza alla precoce correzione del difetto ipospadico rende difficile o impossibile l'osservazione diretta della minzione nei bambini piccoli o non collaboranti. La calibrazione uretrale, inevitabilmente dolorosa, è una manovra la cui valutazione è soggettiva e considerando la necessità di ripetere il controllo periodicamente non si può sottovalutare l'impatto psicologico negativo. Gli autori presentano un metodo di controllo della neo-uretra (adoperato da circa 8 anni) che si è dimostrato affidabile, non doloroso, ripetibile e non costoso.

Materiali e metodi. Il controllo postoperatorio, salvo complicazioni, è programmato a 3 e a 12 mesi dall'intervento e successivamente ogni anno fino al completo sviluppo. Consiste nell'inoculare del gel a base di lidocaina nella neo-uretra tramite il cono di una siringa da 2.5 o 5 ml a seconda delle dimensioni del pene.

Risultati. L'introduzione del gel nel meato uretrale lo distende mentre il menisco convesso che si viene a creare agisce come una lente positiva consentendo di osservare la neo-uretra per circa 1 cm e potendone valutare sia la riepitelizzazione, nel caso della tecnica più frequentemente utilizzata (TIPU di Snodgrass) che il calibro. Nessun paziente lamenta discomfort o dolore durante o a seguito della manovra.

Conclusioni. La soluzione chirurgica dell'ipospadia non può che essere adattata alla reale anatomia del singolo caso, e solo dopo completa ortoplastica, alle dimensioni del glande, alla qualità del piatto uretrale e, soprattutto, all'eventuale difetto del corpo spongioso. Ciò è in linea con la recente classificazione dell'ipospadia che non tiene conto della sola posizione del meato uretrale. Dato che il prolungato follow-up dei pazienti ipospadici comporta un trauma psicologico per il bambino, si è ritenuto di dover abbandonare, salvo alcune eccezioni, il cateterismo uretrale, doloroso e non attendibile, sostituendolo con la manovra descritta, che si è dimostrata utile anche in caso di ipospadie prossimali per resistenza alla progressione del gel nella neo-uretra e il suo rigurgito a seguito di una stenosi, indirizzando così verso indagini più approfondite (esame radiologico o endoscopico).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC08

FISTOLA URETRALE CONGENITA: DESCRIZIONE DI QUATTRO NUOVI CASI E IPOTESI PATOGENETICA

Fabio Ferro¹, Salvatore Mariconda², Giovanni Torino¹, Gabriele Gaziev³

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, ²Dipartimento di Chirurgia Ospedale Santobono Pausillipum, Napoli, ³Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione e obiettivi. La fistola uretrale congenita (FUC) è una patologia rara, con circa 35 casi descritti in letteratura. Riportiamo la storia clinica di quattro pazienti con FUC non circoncisi alla nascita.

Materiali e metodi. In tutti i pazienti, osservati all'età di 8, 12, 13 mesi e 12 anni, la FUC è stata diagnosticata alla nascita. Gestazione regolare con normalità dello screening ecografico nei 3 casi in cui è stato praticato. Nel paziente osservato a 13 mesi lo studio ecografico neonatale ha rilevato quadro di megaurtere bilaterale con lieve insufficienza renale. In 3 casi la FUC era rappresentata da un ampio difetto con ipoplasia marcata del corpo spongioso mentre nel quarto la fistola medio-penienna di calibro ridotto è stata rilevata al momento della correzione di quello che era stato diagnosticato come un difetto ipospadico glandulare. In tutti era presente atresia (1 caso) o stenosi marcata dell'uretra distale. La correzione è stata adattata al difetto: una sutura semplice con ampliamento dell'uretra stenotica glandulare per incisione del piatto uretrale, 2 tubulizzazioni del piatto uretrale inciso secondo Snodgrass e una tubulizzazione dell'ampio piatto uretrale avanzato nel glande spatulato.

Risultati. A 12 mesi di follow-up minimo nessun paziente presentava disturbi della minzione. Uno dei pazienti ha presentato retrazione del meato alla base del glande.

Conclusioni. La rarità della FUC rende questa malformazione più interessante dal punto di vista eziopatogenetico che da quello chirurgico. Ad eccezione dei casi rilevati dopo circoncisione neonatale, nei quali si può avanzare il sospetto di una lesione iatrogena, riteniamo, in accordo con la teoria di Campbell, che la FUC sia il risultato di una rottura intrauterina di una megalaoureta a sua volta conseguenza dell'ostruzione distale. La decompressione urinaria fetale è al tempo stesso una complicazione e la soluzione dell'ostruzione urinaria che possiamo considerare un evento "salva vita" per il paziente con megaurtere bilaterale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC09

INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE OUTCOMES OF HETEROTOPIC PLACEMENT OF PROSTHESIS RESERVOIR IN PENILE PROSTHETIC SURGERY. OUR EXPERIENCE WITH 42 CASES

Piero Letizia, Giovanni Alei, Andrea Edoardo Zampieri, Francesco Filippini

AORN A. Cardarelli, UOSD di Andrologia, Napoli, Italia.

Introduction and Objectives. Traditional placement of penile prosthesis reservoirs into the cave of Retzius may be difficult and dangerous in patients who have had previous pelvic surgery. To avoid this space in high-risk patients various maneuvers have been described in order to placing prosthesis reservoir in a sub-muscular location by bluntly tunneling through the external inguinal ring into a potential space between the transversalis fascia and the rectus abdominis muscle. We show our experience using a trans-scrotal approach.

Materials and Methods. From May 2012 to July 2015, 42 patients underwent AMS 700 tricomponent inflatable

penile prosthesis implantation with heterotopic implant of Councel reservoir at our institution. All patients were evaluated 1 and 6 months after surgery with a Morei questionnaire. Postoperative complications have been classified according to the Clavien-Dindo system (CD). Mean values with standard deviations (\pm SD) were computed and reported for all items. Statistical significance was achieved if p-value was ≤ 0.05 .

Results. Mean age of the patients was 67.2 (± 13) years and mean body mass index (BMI) was 27.1 (± 2.6). Submuscular implantation was possible in all patients without intraoperative complications and without necessity of an abdominal counterincision or perforation into the cave of Retzius. The mean operative time was 65 (± 11.5) minutes for Retzius implantation and 70,5 ($\pm 12,3$) minutes for submuscular implantation ($p = 0,015$). After 1 month follow-up, one patient (2,4 %) had a significant scrotal hematoma (CD I), 36 patients (85,7 %) had no palpable reservoir and no discomfort, while five patients (11,9 %) experienced reservoir palpability (CD IIIb). In one patient palpable reservoir was related to a very low implantation, but he refused re-implantation. Another one, underwent reservoir re-implantation because of important abdominal swelling due to a surgical mistake (subcutaneous implantation). One patient underwent reservoir re-implantation because of reservoir herniation. The other two patients underwent re-implantation of Councel reservoir in the cave of Retzius. At the 6-month follow-up all patients had not reservoir palpability. BMI was not significantly associated with reservoir palpability (26.5 \pm 0.70 for palpable vs. 27.9 \pm 1.75 for not palpable, $p = 0.09$).

Conclusions. In our experience this technique is feasible, with a low rate of complications. Our study limitations are small number of patients sampled, short follow-up and use of a nonvalidated questionnaire.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC10

CORREZIONE DEL RECURVATUM PENIENO DA INDURATIO PENIS PLASTICA (IPP) CON CORPOROPLASTICA DEI CORPI CAVERNOSI SECONDO TECNICA DI SCHROEDER-ESSED MODIFICATA. RISULTATI

Marco Beringi, Rodolfo Soncin, Rossella Bertoloni, Giovanni Olivo, Michele Amenta, Giuseppe Pecoraro

Ospedale di Isola della Scala - Verona

Introduzione ed obiettivi Introduzione e obiettivi: la tecnica di Schroeder-Essed (SE) è una tecnica standardizzata di plicatura per la correzione del recurvatum penieno (RP) congenito e acquisito. Abbiamo raccolto i risultati funzionali e cosmetici immediati e a lungo termine dell'intervento da noi modificato.

Materiali e metodi. Tra il 1995 e il 2014 sono stati sottoposti a corporoplastica 212 pazienti affetti da RP da IPP. L'età media era di 63 anni. Abbiamo rivalutato ambulatorialmente i pazienti a 1 e 6 mesi e a distanza tramite intervista telefonica per la valutazione della soddisfa-

zione e comparsa di recidive/complicanze. Il follow-up medio è di 13 anni. La tecnica prevede la dissezione del corpo spongioso uretrale nel caso di RP dorsale o del complesso vascolo-nervoso nel caso del RP ventrale. Si induce un'erezione artificiale per valutare intraoperatoriamente il tipo e il grado del RP. Poi viene simulata la correzione con plicatura dei corpi cavernosi tramite l'applicazione di Ellis. Nella SE la plicatura viene eseguita sulla convessità del RP con 2 passaggi introflettenti di sutura continua in monofilamento non riassorbibile. La nostra modifica consiste nell'aggiunta di un passaggio al fine di scaricare su una lunghezza maggiore le forze di trazione allo scopo di minimizzare le recidive. I punti vengono passati prendendo a tutto spessore la tunica albuginea. Per RP maggiori, abbiamo eseguito una seconda linea di plicatura.

Risultati. Al follow-up di 1 e 6 mesi non si è verificato alcun caso di recidiva. Tutti i pazienti sono stati in grado di avere rapporti sessuali. Il 21 % dei pazienti si è dichiarato insoddisfatto per l'accorciamento del pene che è stato mediamente di 1,8 cm. Nel 9,9 % si sono verificate complicanze della ferita chirurgica e nel 70 % dei casi algie peniene risoltesi entro il primo mese. Ha risposto all'intervista telefonica il 72 % dei pazienti. Al follow-up a lungo termine il tasso di ricomparsa del RP è stato del 18 %. Le recidive si sono verificate tra il secondo e il quinto anno dopo l'intervento.

Conclusioni. la corporoplastica sec. SH modificata è una tecnica sicura ed efficace per la correzione del RP inferiore a 60° con buona soddisfazione funzionale e cosmetica dei pazienti. Il vantaggio maggiore del punto continuo introflettente è quello di essere poco percepito a livello tattile. Le recidive si verificano a distanza e sono prevalentemente legate alla progressione della malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

SC11

L'ISTOPATOLOGIA TESTICOLARE COME FATTORE PREDITTIVO NEL TEMPO DI RECUPERO DEGLI SPERMATOZOI IN PAZIENTI CON AZOOSPERMIA NON OSTRUTTIVA (NOA)

Filomena Scarselli¹, Saverio Muzzi¹, Anna Maria Lobascio¹, Vincenzo Zazzaro¹, Gianluca Nastri¹, Valentina Casciani¹, Elisabetta Cursio¹, Alessandra Ruberti¹, Lucio Gnessi², Giorgio Franco³, Maria Chiara Greco, Katarzyna Litwica, Maria Teresa Varricchio, Maria Giulia Minasi, Ermanno Greco

¹European Hospital, Medicina della Riproduzione, Roma; ²Università La Sapienza, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Medicina Sperimentale, V° Clinica Medica, Roma; ³Università La Sapienza, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Urologia, Roma

Introduzione ed obiettivi. L'azoospermia non ostruttiva (NOA) è causata da danni testicolari e rappresenta il 60% delle azoospermie. Il recupero chirurgico degli spermatozoi è la sola possibilità per questi pazienti di avere figli. Obiettivo del nostro studio è stato trovare delle correlazioni fra il tempo impiegato per il recupero

degli spermatozoi, la percentuale di spermatozoi recuperati e l'outcome clinico in funzione dell'istopatologia testicolare.

Materiali e metodi. 518 pazienti fra Marzo 2005 e Novembre 2015 hanno eseguito una biopsia testicolare (TESE). Sulla base della diagnosi istopatologica, i pazienti, sono stati divisi in gruppi: gruppo A - solo cellule del sertoli; gruppo B - arresto maturativo; gruppo C - ipospermatogenesi severa; gruppo D - normale spermatogenesi; gruppo E - Scleroialinosi. Per ciascun gruppo sono stati analizzati i seguenti parametri: il tempo di recupero degli spermatozoi, il tasso di fertilizzazione, la percentuale di gravidanze cliniche e i bimbi nati. Il tempo di osservazione è stato stimato fino ad un massimo di 12 ore.

Risultati. I pazienti (518) che si sono sottoposti a TESE sono stati così divisi: 200, 94, 73, 140, 11 rispettivamente nei gruppi A - B - C - D - E. Gli spermatozoi recuperati in 348 pazienti, risultavano così divisi: (67.2 %), 64 (32 %), 77 (81.9 %), 63 (86.3 %), 135 (96.4 %), 9 (81.8 %), nei gruppi A - B - C - D - E. Differenze statisticamente significative sono state osservate nel recupero degli spermatozoi nel gruppo A, rispetto agli altri gruppi ($p \leq 0.0001$). Per ciascun gruppo è stato calcolato il tempo (ore) di ricerca degli spermatozoi: A = 3.4, B = 2.7, C = 2.5, D = 1.0, E = 3.3. Dall'analisi dei dati, emerge una differenza statisticamente significativa nel tempo di ricerca, solo tra il gruppo D rispetto a tutti gli altri ($p \leq 0.02$). Sono state effettuate 336 ICSI (A - 64, B - 77, C - 63, D - 123, E - 9): 119 hanno utilizzato spermatozoi a fresco per cicli ICSI e 217 spermatozoi congelati. Gli ovociti inseminati sono stati in totale 2027. Le percentuali di fertilizzazione sono state: 58.3 % (224/384), 54.3 % (266/490), 61.5 % (221/359), 67.3 % (504/749), 48.9 % (22/45) nei gruppi A - B - C - D ed E, osservando una differenza statisticamente significativa nel gruppo D rispetto ai gruppi A, B ed E ($p \leq 0.01$) e nel gruppo B rispetto a C ($p = 0.03$). Non si osservano differenze statisticamente significative nelle gravidanze cliniche e nei nati.

Conclusioni. L'istopatologia testicolare è un fattore predittivo del tempo necessario per il recupero degli spermatozoi nei pazienti NOA: più è severa la patologia e maggiore è il tempo di ricerca. Tuttavia proprio questo aspetto è limitante per le inseminazioni nei cicli a fresco, a causa dell'invecchiamento ovocitario. Dunque, nei casi più difficili è opportuno effettuare la biopsia testicolare e successivo congelamento degli eventuali spermatozoi recuperati, in tempi antecedenti il previsto pick-up ovocitario. Inoltre, dai nostri dati si osserva che, una volta recuperati gli spermatozoi e utilizzati per trattamenti di inseminazione con tecnica ICSI, l'istopatologia testicolare non compromette le percentuali di fecondazione, di impianto e nascite.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC12

IMPATTO DELLA DIAGNOSI E DELL'INDICAZIONE TERAPEUTICA DEL TUMORE RENALE (NEFRECTOMIA VS TUMORECTOMIA) SUL BENESSERE SESSUALE ED EMOTIVO

Paolo Capogrosso^{1,2}, Eugenio Ventimiglia¹, Walter Cazzaniga¹, Luca Boeri¹, Filippo Pederzoli¹, Francesco Chierigo¹, Umberto Capitanio¹, Cristina Carezzi¹, Federico Dehò¹, Alberto Briganti^{1,2,3}, Patrizio Rigatti¹, Roberto Bertini¹, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,2}

¹Università Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy, ²Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy, ³Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University, Catanzaro, Italy

Introduzione e obiettivi. L'effetto negativo della diagnosi di tumore sulla funzione sessuale e sull'emotività dei pazienti è stato precedentemente dimostrato. Lo scopo di questo studio è di analizzare incidenza e predittori di disfunzione sessuale (SD) e sintomi depressive, in pazienti con neoplasia renale (RC) indirizzati verso nefrectomia (RN) o tumorectomia renale (PN) Erettile (DE).

Metodi. Sono stati raccolti i dati di 110 pazienti (età < 70 aa) con diagnosi di RC, con indicazione a trattamento chirurgico di RN o PN. Le comorbidità sono state registrate tramite l'utilizzo del Charlson Comorbidity Index score (CCI). Pazienti di sesso maschile e femminile sono stati invitati a completare pre-operativamente l'International Index of Erectile Function (IIEF) o il Female Sexual Function Index (FSFI) rispettivamente, insieme al Beck's inventory for Depression (BDI). Analisi descrittive e modelli di regressione logistica sono stati utilizzati per analizzare l'incidenza ed i predittori di SD [disfunzione erettile (ED) e disfunzione sessuale femminile (FSD, definita come FSFI < 26.55)], e di sintomi depressivi (definiti come BDI ≥ 11).

Risultati. Sono stati analizzati dati di 88 (80 %) uomini e 22 (20 %) donne [età media (SD) 54.3 (9.5) aa]. Lo stadio clinico pre-operatorio era cT1, cT2, cT3 e cT4 in 70 (64 %), 9 (7.9 %), 29 (26.3 %), ed in 2 (1.8 %) pazienti, rispettivamente. In totale, 63 (57.7 %) e 47 (42.3 %) pazienti sono stati indirizzati verso RN o PN, rispettivamente. Tra tutti, 41 (37.2 %) uomini e 19 (17.2 %) donne, hanno riportato ED ed FSD, rispettivamente [incidenza totale di SD: 54.5 %].

I sintomi depressivi pre-operatori sono stati osservati in 25 (22.7 %) pazienti. I pazienti con indicazione ad RN, hanno riportato un'incidenza più elevata di SD e sintomi depressivi rispetto ai pazienti indirizzati verso PN [67.4 % (31) vs. 46 % (29); 31.5 % (17) vs. 16.4 % (13); all $p < 0.05$]. Alla MVA, lo stadio clinico è risultato essere l'unico predittore indipendente di SD, dopo aver corretto per indicazione chirurgica (RN vs PN), età e CCI (OR 2.1; $p = 0.02$). Allo stesso modo, la SD pre-operatoria è risultata significativamente associata a score di BDI suggestivi per sintomi depressivi (OR 10.1; $p < 0.01$).

Conclusioni. La disfunzione sessuale ed i sintomi

depressivi, sono frequentemente riportati dai pazienti con RC. Lo stadio clinico, piuttosto che il trattamento previsto (RN vs PN), ha un impatto significativo sulla sessualità ed emotività dei pazienti al momento della diagnosi di RC.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC13

FOLLOW UP RIPRODUTTIVO DI PAZIENTI CON TUMORE TESTICOLARE AFFERITI ALLA BIOBANCA DEL SEME PER FERTILITY PRESERVATION. RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MONOCENTRICO

Franco Gadda¹, Alessio Paffoni^{1, 2}, Alessandro Serino¹, Stefania Ferrari^{1, 2}, Luca Boeri¹, Matteo Giulio Spinelli¹, Mariapia Serrago¹, Paolo Guido Dell'Orto¹

¹U.O.C. UROLOGIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - Italy, ²UOSD Centro Sterilità, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - Italy

Introduzione ed obiettivi. La crioconservazione del liquido seminale nei pazienti oncologici rappresenta una chance riproduttiva nel caso in cui venga compromessa la spermatogenesi. Mentre è abbastanza noto che la qualità del liquido seminale sia ridotta al momento della diagnosi, sono meno diffusi i dati sul follow up riproduttivo. Questo studio ha lo scopo di fornire dati sulla qualità del liquido seminale e sulle probabilità di genitorialità di pazienti trattati per neoplasia testicolare.

Materiali e metodi. Di tutti i pazienti afferiti alla biobanca per motivi oncologici dal 1986 al 2009 ne sono stati selezionati 660 (43 %) per un follow up riproduttivo composto da intervista telefonica ed eventuale spermio-gramma. Il numero totale di spermatozoi progressivi per eiaculato (SPE) è stato scelto come parametro indicativo della qualità del liquido seminale.

Risultati. Al momento del deposito l'età media e mediana erano di 30 ± 6 anni e 30 anni (range: 17 - 51), rispettivamente. Al momento della crioconservazione, il 28 % dei soggetti presentava valori di SPE al di sotto del 5° percentile della popolazione fertile (Cooper et al., 2009); al contrario, il 10 % aveva valori superiori al 50° percentile. Dopo un tempo mediano di 26 mesi (range 6-186 mesi), 142 (21.5 %) pazienti avevano effettuato uno spermio-gramma di controllo al termine della terapia oncologica. Di questi, 58 (41 %) presentavano valori al di sotto del 5° percentile della popolazione fertile, evidenziando una riduzione significativa dei valori rispetto al momento del deposito ($p < 0.005$), mentre il 17 % presentava concentrazioni di spermatozoi < 1 milione/ml con una frequenza di azoospermia pari al 6 % (8/142).

Conclusioni. I trattamenti per il tumore del testicolo peggiorano la qualità del liquido seminale. Tuttavia, quasi l'80 % dei pazienti in cerca di figli sono riusciti ad ottenere almeno una gravidanza dopo trattamento oncologico per neoplasia testicolare. Il ricorso al liqui-

do seminale crioconservato o fresco è avvenuto solo per l'8 % dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC14

RICOSTRUZIONE CORONATA DA SUCCESSO DI AUTO-AMPUTAZIONE DEL GLANDE SU BASE PSICHIATRICO - DISSOCIATIVA

Massimiliano Timpano¹, Maurizio Barale¹, Carlo Ceruti¹, Omidreza Sedigh¹, Mirko Preto¹, Marco Falcone¹, Mattia Sibona¹, Bruno Frea¹, Annamaria Loria², Giorgia Rodia², Rita Panico², Luigi Rolle¹

¹Clinica Urologica - Prof. Bruno Frea; Divisione di Andrologia - Prof. L.Rolle ²Team infermieristico medicazioni avanzate Università di Torino, Clinica Urologica, Città della Salute e della Scienza - Molinette, Torino

Introduzione. L'auto-amputazione del pene è un evento raro nella quotidiana pratica urologica; si verifica più spesso nel contesto di psicosi, ma può anche essere secondario ad assunzione di droga o alcol. Il trattamento varia secondo la gravità del danno, il timing di presentazione e lo stato mentale del paziente. Riportiamo il caso di un'auto-amputazione del pene in un giovane uomo.

Materiali e metodi. Un maschio bianco di 25 anni, con anamnesi muta per patologie internistiche o psichiatriche, si presenta al dipartimento di pronto soccorso della nostra università per una lesione traumatica del pene auto-indotta, con sezione quasi completa della porzione distale del pene. Il paziente non ha possedeva alcun ricordo dell'evento traumatico e i genitori riferiscono di averlo trovato privo di coscienza sul pavimento della cucina circa 4 ore prima del suo arrivo in ospedale.

È stata eseguita una consulenza psichiatrica che non ha evidenziato alterazioni psichiche in atto. Non sono stati eseguiti esami tossicologici.

Dopo dettagliata discussione circa i rischi e benefici di un reimpianto della porzione di pene semi-amputata, i trattamenti alternativi, le possibili complicanze e dopo acquisizione del consenso informato, il paziente è stato portato in sala operatoria. In anestesia generale è stato possibile esaminare accuratamente la lesione evidenziando così una resezione trasversale completa dell'uretra e dei corpi cavernosi appena al di sotto del solco balano-prepuziale; le due porzioni dell'organo risultavano connesse soltanto a livello della cute ventrale; non erano presenti segni apprezzabili di ischemia e/o necrosi del glande.

Risultati. Abbiamo quindi realizzato una ricostruzione completa dell'uretra, dei corpi cavernosi e riallineato il fascio vasculo-nervoso dorsale senza realizzare un'anastomosi microchirurgica in considerazione della troficità del glande, nonostante fossero passate circa 6 ore del trauma.

Nel decorso post operatorio il paziente è stato sottoposto a 15 sedute quotidiane di ossigenoterapia in camera iperbarica, medicazioni avanzate quotidiane (Prontosan gel, Mepilex lite e collagene equino). La sensibilità tat-

tile-termo-dolorifica e la funzione erettile si sono gradualmente ripristinate a partire dalla IV giornata post-operatoria. Il catetere vescicale è stato rimosso dopo 30 giorni. A 4 mesi di follow-up, il paziente riferisce completo recupero della sensibilità, funzionalità sessuale e una soddisfacente dinamica minzionale, con mitto valido e uniforme.

Discussione. Le lesioni da amputazione peniene sono una rara emergenza urologica; le pubblicazioni al riguardo sono poche e con scarsi dettagli riguardo i trattamenti chirurgici più indicati e gli outcomes funzionali ed estetici. In circa il 50 % dei casi di amputazioni del pene riportati in letteratura, è stata realizzata un'anastomosi microchirurgica che ha permesso di ridurre l'entità e il numero delle complicanze post operatorie. La letteratura riporta come più è distale la lesione peniena, più è complicata la realizzazione di un'anastomosi vascolare microchirurgica considerato il diametro dei vasi. Se l'anastomosi non è realizzabile, l'ischemia dei tessuti erettili e penieni spesso comporta l'instaurarsi di una fibrosi peniena con perdita di funzionalità d'organo. È stato dimostrato come la riparazione di almeno una delle arterie dorsali del pene migliora gli outcomes funzionali ed è quindi consigliabile quando possibile. Nel caso clinico in questione, con rispetto dei dati riportati in letteratura, abbiamo realizzato con successo un reimpianto della porzione più distale del pene senza realizzare un'anastomosi vascolare né delle arterie dorsali del pene né delle arterie dei corpi cavernosi perché di minime dimensioni. Ciò nonostante, le complicanze post-chirurgiche sono state minime e il paziente ha recuperato una completa funzionalità dell'organo, oltre ad un eccellente risultato estetico.

Conclusioni. Le amputazione peniene sono una rara emergenza urologica; la letteratura è povera di dati al riguardo e con scarsi dettagli circa i trattamenti chirurgici più indicati e gli outcomes funzionali ed estetici. Abbiamo realizzato con successo un reimpianto della porzione più distale del pene senza realizzare un'anastomosi delle arterie peniene e cavernose e il paziente, a 4 mesi di follow-up, ha recuperato una completa funzionalità d'organo, con un eccellente risultato estetico. L'assenza di anastomosi artero-venose microchirurgiche, nel caso in questione, non ha influenzato gli outcomes e quindi parrebbero di non mandatoria realizzazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC15

ANALISI DELLA FUNZIONE SESSUALE A MEDIO E LUNGO TERMINE DOPO PROSTATECTOMIA OPEN SECONDO FREYER

Carlo Curatolo¹, Antonio Vitarelli², Vincenzo Verriello¹, Lucia Divenuto³, Mauro Altomare¹

¹Urologia Presidio Ospedaliero "Don T. Bello" Molfetta; ²Urologia II Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; ³Urologia Ospedale Ecclesiastico "Miulli" Acquaviva delle Fonti

Introduzione. I pazienti che giungono alla nostra osservazione per trattamenti chirurgici per iperplasia pro-

statica sono sempre più interessati alle diverse opzioni che possano fornire loro un adeguato supporto sia per il trattamento dei LUTS sia per la preservazione della loro funzione sessuale. Sebbene alcune procedure vengano considerate dei gold standard per il trattamento chirurgico di tale patologia, come la TURP e la prostatectomia open, esse sono gravate da un'alta percentuale di disfunzioni sessuali post chirurgiche che possono interessare sia la funzione eiaculatoria che la funzione erettile. Scopo di questo studio è stato quello di valutare la funzione sessuale in pazienti sottoposti a prostatectomia open analizzando a tale riguardo i parametri sessuali prima e dopo chirurgia a medio e lungo termine confrontandoli con parametri inerenti l'età, la morfometria ed il metabolismo.

Materiali e metodi. Da gennaio 2006 a gennaio 2013 sono stati trattati presso la nostra U.O.C. di Urologia complessivi 442 pazienti affetti da iperplasia prostatica (età media 63,2 anni con range da 55 a 78 anni) mediante adenomectomia trans vescicale sec. Freyer. Ciascun paziente è stato valutato da un punto di vista morfometrico, con volumi prostatici che variavano dai 72 ai 218 cc. Sono stati analizzati inoltre aspetti metabolici (diabete, dislipidemia), cardiovascolari e neurologici prima della procedura chirurgica. I parametri sono stati analizzati mediante regressione lineare multivariata. È stato inoltre somministrato un questionario IIEF 15 per valutare la funzione sessuale prima dell'intervento e a distanza di uno e tre anni.

Risultati. I dati ottenuti sui 442 pazienti studiati sono stati considerati attendibili ed esaustivi in 326 casi. Sono stati esclusi dallo studio pazienti con comorbidità neuro psichiatriche, questionari IIEF non completi, pazienti non raggiungibili o deceduti. L'analisi multivariata ha preso in considerazione il volume prostatico, la presenza di patologia diabetica o dislipidemia, l'ipertensione e l'età dei pazienti. La valutazione dei questionari IIEF 15 ha messo in evidenza una disfunzione sessuale pre operatoria moderata e grave nel 19,6 % dei casi (64 pazienti). L'IIEF 15 valutato ad un anno ed a tre anni di distanza ha messo in evidenza una sostanziale stabilità di questo dato in tale gruppo. In soli 4 casi (6,25 %) è stato registrato un miglioramento ad un anno, che non è stato riscontrato nelle valutazioni a tre anni. Nel gruppo di 262 pazienti che non lamentavano disfunzione sessuale o presentavano una disfunzione sessuale di grado lieve abbiamo rilevato un miglioramento dei parametri dell'IIEF 15 a distanza di un anno in 38 casi (14,5 %), una sostanziale stabilità in 198 (75,6 %) ed un peggioramento dei dati in 26 pazienti (9,9 %), peggioramento che si è estrinsecato in maggior misura nelle sezioni del questionario inerenti l'eiaculazione e la soddisfazione sessuale. Tali dati sono evoluti in aspetti peggiorativi nella valutazione a tre anni, in quanto il gruppo con disfunzioni sessuali è salito a 44 unità (16,7 %). L'analisi multivariata ha permesso di escludere come comorbidità statisticamente rilevanti l'ipertensione, il volume prostatico e la dislipidemia, mentre è risultata fattore efficiente l'età

(> 65 anni). Seppure in maniera non statisticamente significativa un numero maggiore di disfunzioni erettile è stato rilevato fra i pazienti diabetici.

Conclusioni. La prostatectomia open con la tecnica di Freyer rimane allo stato attuale, anche secondo quanto riportato dalle guidelines EAU 2015, il trattamento chirurgico di scelta per prostate di volumi maggiori agli 80 cc insieme alla HoLEP. Recentemente altri studi hanno riportato una sostanziale conservazione dell'attività sessuale nei pazienti sottoposti a questa procedura, verosimilmente per le scarse energie applicate alle strutture interessate dalla chirurgia. Nel lavoro svolto presso la nostra unità operativa di urologia tali aspetti risultano confermati, con un incremento della funzione sessuale riportato nel 14,5 % ed una sostanziale stabilità del dato sessuale nel 75,6 % ad un anno. Il dato a tre anni ha riportato una complessiva riduzione della funzione sessuale nel 16,7 % dei casi, dato a nostro avviso buono considerando che l'età media dei pazienti operati era di 63,2 anni. La regressione lineare multivariata ha dato parametri statisticamente significativi solo per la variabile età (> 65 anni).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC16

LA REALTÀ ANATOMOCHIRURGICA DELLA PATOLOGIA SCROTALE ACUTA IN ETÀ PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE

Fabio Ferro¹, Alessandro Trucchi¹, Gabriele Gaziev²

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS; ²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione ed obiettivi. Prima della diffusione dello studio ecografico l'inquadramento diagnostico dello scroto acuto era considerato un "clinician's dilemma". L'esplorazione chirurgica urgente era ritenuta necessaria per evitare le conseguenze della misconosciuta torsione del cordone spermatico. In questo lavoro mettiamo a confronto le alterazioni anatomiche degli organi genitali osservate su due serie di pazienti: il primo sottoposto ad intervento chirurgico per scroto acuto sospetto su base clinica, il secondo sottoposto ad ecografia scrotale prima dell'eventuale intervento chirurgico.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati retrospettivamente i dati di due gruppi di pazienti pediatrici: il primo gruppo (Gruppo A) comprende 530 pazienti consecutivi sottoposti ad intervento di esplorazione chirurgica per sospetta torsione del testicolo; il secondo gruppo include 131 pazienti (Gruppo B) studiati con l'ecografia scrotale e sottoposti ad intervento chirurgico solo in caso di difetto di vascolarizzazione gonadica.

Risultati. Nel Gruppo A su 530 pazienti di età media 7.5 anni (minimo 1 giorno, massimo 14 anni) sottoposti a chirurgia 289 (54 %) presentavano torsione dei residui embrionari, 137 (26 %) ernia inguinale strozzata, 57 (11 %) torsione del cordone spermatico, 47 (9 %) epi-

didimite. Nel Gruppo B su 131 pazienti di età media 8.3 anni (minimo 1 giorno, massimo 18 anni) studiati all'ecografia 43 (33 %) presentavano torsione dei residui embrionari, 28 (21 %) epididimite, 27 (20 %) torsione del cordone spermatico, 12 (9 %) ernia inguinale strozzata, 21 (17 %) altro (edema scrotale idiopatico, emorragia surrenale, trauma, tumore, microlitiasi, trombosi vena spermatica).

Conclusioni. La diffusione dello studio ecografico ha permesso di ridurre il numero dell'immediata esplorazione scrotale ed eventuale orchietomia. La torsione delle appendici del testicolo rimane la causa più frequente di scroto acuto in età pediatrica. La reazione infiammatoria del residuo embrionario si trasmette alla contigua testa dell'epididimo che diventa l'aspetto ecograficamente più evidente. Da qui l'errata diagnosi che, peraltro, non ha rilevanza prognostica ma solo nosografica. Riconoscere la malposizione della gonade per il difetto di fissazione e praticare l'orchidopessia profilattica è la sola via per ridurre l'incidenza della torsione del cordone spermatico e delle sue conseguenze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC17

VARICOCELE, DOLORE SCROTALE E TORSIONE DEL TESTICOLO

Fabio Ferro¹, Giulio Patruno², Gabriele Gaziev², Danilo Dini²

¹Unità Operativa di Chirurgia Andrologica, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS; ²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Chirurgia, Università "Tor Vergata", Roma

Introduzione e Obiettivi. Il dolore scrotale acuto o cronico è frequente con eziologia scrotale o extra-scrotale. La causa del sintomo è idiopatica nella metà dei casi e il trattamento (farmaci antinfiammatori, blocco plessico, chirurgia) è spesso inefficace con frustrazione del medico e del paziente. La serie che si presenta è finalizzata a stabilire la prevalenza del sintomo dolore in 322 pazienti operati per varicocele e il rapporto tra il sintomo e la sub-torsione della gonade.

Materiali e metodi. In 10 anni, 36 pazienti con varicocele sinistro (età media 15.1, min 7.3, max 19.2) hanno riferito come sintomo primario la scrotalgia. Sette sono stati esclusi per litiasi renale (5), distrazione dei muscoli adduttori (1), ernia discale lombare (1). In 25 è stata associata la correzione del varicocele all'orchidopessia. Orchidopessia bilaterale in un caso. In 4 pazienti prepuberi con varicocele tra I e II grado e gonadi simmetriche è stata praticata la sola orchidopessia. Fuori della serie, in 2 pazienti già operati per varicocele, senza recidiva, l'orchidopessia sinistra è stata motivata dalla sub-torsione del cordone spermatico.

Risultati. Ad eccezione di 1 caso senza predisposizione alla torsione e di 1 con quadro chirurgico di pregressa epididimite, gli altri presentavano anomala fissazione del testicolo. Nel caso della orchidopessia bilaterale la predisposizione alla torsione era presente solo a sini-

stra. Nessun paziente ha lamentato recidiva del dolore con follow-up minimo di 6 mesi.

Conclusioni. L'associazione varicocele-dolore scrotale è riferita dal 2 al 14 % (11.2 % nella presente serie). La scrotoalgia può dipendere da patologia extra-scrotale (urolitiasi, ernia distrazione muscolare), può essere idiopatica o da sub-torsione del testicolo. Nel varicocele il testicolo ha disposizione solitamente orizzontale con polo superiore rivolto in avanti e medialmente (abnorme mobilità rotatoria). L'orchidopessia, nella serie descritta, ha risolto il sintomo dolore, ma non si può escludere che la sezione dei nervi del cordone spermatico o la riduzione o l'abolizione del riflesso cremasterico da fibrosi cicatriziale intorno ai vasi legati, possano essere implicati nella risoluzione del dolore scrotale. In assenza di causa ignota di scrotoalgia si suggerisce di considerare l'opportunità di associare l'orchidopessia alla correzione del varicocele. Se praticata con sollevamento della gonade si può anche ridurre la colonna idrostatica e migliorare il dismorfismo scrotale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC18

OUR EXPERIENCE WITH DISTAL CORPOROPLASTY FOR DISTAL CYLINDERS EXTRUSION AFTER PENILE PROSTHESIS IMPLANTATION

Maurizio Carrino, Francesco Chiancone, Luigi Pucci, Gaetano Battaglia, Maurizio Fedelini, Paolo Fedelini
AORN A.Cardarelli, UOSD di Andrologia, Napoli, Italia

Introduction and Objectives. Distal extrusion of cylinders is a potential complication of the penile prosthesis implantation. If the cylinders are not exposed to the exterior, this complication can be solved with a surgical procedure called "distal corporoplasty". We present our preliminary experience in this technique.

Materials and Methods. From January 2014 to July 2015, 7 patients reached our department with bilateral distal cylinder extrusion without infection and without exposition to the exterior. 5 out of 7 (71,4 %) patients underwent one or more previous failed glandulopexy at others hospitals. They underwent a distal corporoplasty with simultaneous reimplantation of an "AMS 700 inflatable penile prosthesis (LGX)". The new penile prosthesis was implanted in a newly created space behind the old pseudocapsule, after removing the old prosthesis. Intraoperative and postoperative complications have been reported according to standardized reporting systems such as the Satava classification and the Clavien-Dindo system. Mean values with standard deviations (\pm SD) were computed and reported for all items.

Results. Mean age of the patients was 56.4 (\pm 8.8) years. Mean body mass index (BMI) was 25.7 (\pm 2.1). The most common primary etiology of the erectile dysfunction was radical prostatectomy (42.8 %), followed by vasculogenic erectile dysfunction (28,6 %), priapism (14,3 %) and Peyronie's disease (14,3 %). Mean operative time was 80.7 (\pm 14.1) minutes. Blood loss were

minimal. We inserted a closed suction drain in 2 out of 7 (28.6) patients. No intraoperative complications are reported. Two months after the procedure, all patients had sexual intercourse for the first time post-surgery. No postoperative complications are reported at a mean follow-up of 11,1 (\pm 6.6) months.

Conclusions. Our study limitations are small number of patients sampled and short follow-up. Nevertheless, this report represents an important preliminary experience at a high-volume prosthetic center. Distal corporoplasty is a safe and feasible procedure in the treatment of distal cylinders extrusion when the prosthetic material is not exposed to the exterior.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC19

LA PREVENZIONE ANDROLOGICA IN ETÀ PEDIATRICA: PROPOSTA DI UN NUOVO MODELLO APPROVATO DALLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

Matteo Sulpasso¹, Luigi Greco²

¹Responsabile U.O. di Chirurgia Pediatrica e Andrologia Chirurgica dell'età evolutiva - Casa Cura dott. Pederzoli Peschiera del Garda (VR) ² Pediatra di Libera Scelta, Bergamo. Vicepresidente Società Italiana di Pediatria (SIP)

Introduzione e Obiettivi. Le patologie andrologiche in età pediatrica sono importanti perché se non trattate precocemente e adeguatamente possono avere delle serie ripercussioni sulla normale fertilità e possono talvolta favorire l'insorgenza di tumori. Ricordiamo che la prima causa di infertilità nell'uomo è il varicocele sx, la seconda causa è il criptorchidismo. Le patologie andrologiche in età pediatrica si dividono in patologie di frequente osservazione, patologie meno frequenti e patologie di rara osservazione. Le patologie di frequente osservazione sono il criptorchidismo, varicocele sx, idrocele comunicante e cisti del funicolo, ernie inguinali, fimosi e ipospadie. Le patologie meno frequenti sono le epididimiti, la torsione testicolare, la microlitiasi e la ginecomastia. Le patologie di rara osservazione sono i tumori gonadici, gli ipogonadismi e le ambiguità dei genitali. L'obiettivo è l'individuazione precoce delle patologie andrologiche con conseguente invio del paziente all'andrologo pediatra o al chirurgo pediatra.

Materiali e Metodi. Gli Autori propongono un nuovo modello di prevenzione basato su una Scheda Andrologica da inserire nei bilanci di salute periodici del pediatra di famiglia. La scheda andrologica è suddivisa in 11 sezioni da compilare da parte del pediatra di famiglia alla nascita, ai 6 mesi, ad un anno, a 5 anni, a 10 anni, ad 11 anni a 12 a 13 e a 14 anni (ultimo bilancio andrologico prima di affidare il paziente al medico di medicina generale).

La prima sezione consiste nei dati anagrafici del paziente con peso e altezza. La seconda: stadio puberale del paziente. La terza: volume testicolare secondo Prader. La quarta: posizione testicolare. La quinta: presenza e grado del varicocele. La sesta: patologie peniene. La settima: la ginecomastia. L'ottava: patologie

genito-urinarie associate. La nona: progressi interventi andrologici chirurgici. La decima: pregresse terapie mediche. L'undicesima: la pratica di attività sportiva.

Risultati. La compilazione periodica della scheda consente di individuare e, quindi, trattare precocemente le patologie andrologiche chirurgiche e non.

Conclusioni. La prevenzione assume un ruolo fondamentale in quanto se queste patologie vengono diagnosticate e trattate precocemente si riduce sensibilmente il rischio di infertilità e di altre complicanze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC20

IMMEDIATE CONTINENCE IMPROVES POTENCY RECOVERY AFTER PERUSIA RADICAL PROSTATECTOMY

Boni Andrea, D'Amico Francesco Emilio, Cochetti Giovanni, Barillaro Francesco, Pohja Solajd, Lepri Emanuele, Lepri Luca, Mearini Ettore

Introduction. To evaluate the relation between immediate continence and potency after P.E.R.U.S.I.A. (Posterior, Extraperitoneal, Robotic, Under Santorini, Intrafascial, Anterograde) Radical Prostatectomy (RP). We reported immediate (24 hours) and early continence (at 3 months). We correlated continence with sexual potency and early return to sexual intercourse.

Material and methods. We retrospectively analyzed data of 250 patients (pt) underwent PERUSIA-RP between November 2011 and September 2015. PERUSIA technique, characterized by anterior musculo-fascial preservation without ligation of Santorini Plexus, maintaining the integrity of antero-medial neurovascular plate, with anterior approach to apex that consents muscular-fascial preservation, reducing urethral retraction. We considered continent pt who used no daily pad, and incontinent pt who used > 1 pad/die, even if security one. We evaluated pre- and post-operative sexual potency using the IIEF-5 score. All pt were pre-operatively potents. We defined potent the pt with IIEF-5 > 17, having had at least two complete sexual intercourse after the intervention. Pt who used PDE-5 inhibitors to gain this goal were defined potent with drug, the others were considered impotent. Furthermore we divided pt into two groups, the first (130 pt) with a time to continence < to 6 weeks and the second (120 pt) > to 6 weeks. Pelvic Floor Rehabilitation was performed by all the incontinent pt. Exclusion criteria was: Age > 70 yy and not-interesting in sexual activity by the pt. Statistical significance was determined with IPSS software®.

Results. All urethro-vesical anastomosis were performed using 2 semicontinuous suture with Quill®, without any muscle-fascial reconstruction. Positive surgical margins rate was: 18 % (45 pt), of which 20 (44,4 %) were focal ones. Upstaging occurred in 27 pt (10,8 %). Mean catheterization time was: 7.8 days. We highlighted a statistical difference ($p < 0,01$).

Conclusions. Preservation of antero-medial structures

could offered better results in terms of immediate continence increasing self-assurance of pt, aiding sexual potency early recovery. This fact could reduce the need of pharmacological prosthesis.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC21

QUESTIONARI IIEF E EDITS: GRADO DI AUTONOMIA DEI PAZIENTI E MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLA COMPILAZIONE

Carlo Ceruti, Mattia Sibona, Omidreza Sedigh, Massimiliano Timpano, Mirko Preto, Marco Falcone, Marco Lasagna, Irene Piscitello, Paolo Gontero, Bruno Frea, Luigi Rolle

Università di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza - presidio Molinette; Clinica Urologica (direttore Prof. B. Frea); Unità di Andrologia (responsabile Prof. Ag. L. Rolle)

Introduzione. Il questionario IIEF (valutazione della funzione erettile) e il questionario EDITS (valutazione della soddisfazione per il trattamento ricevuto) sono stati validati per un utilizzo in auto-somministrazione. È esperienza comune che spesso i pazienti richiedano supporto per la compilazione. Scopo di questo studio è stato valutare, in un contesto ambulatoriale di pazienti non selezionati, la frequenza e l'entità della richiesta di aiuto, correlandola con le caratteristiche del paziente, e proporre una modalità di somministrazione assistita dei questionari.

Materiali e metodi. A 82 pazienti, di età media 66,2 anni (DS 7,45 anni), sottoposti da almeno 12 mesi a intervento di posizionamento di protesi del pene, sono stati proposti i questionari IIEF e EDITS dopo aver fornito le istruzioni di base per la compilazione. 17 pazienti avevano titolo di studio elementare, 38 di scuola media inferiore, 23 di scuola media superiore e 4 di laurea. I pazienti sono stati lasciati da soli nella compilazione, ma un'infermiera professionale adeguatamente formata era a disposizione per eventuali richieste di chiarimento. Sono stati valutati il tempo di compilazione e l'entità delle richieste di aiuto ($< = 2$ oppure > 2 richieste di chiarimento). I pazienti sono stati quindi sottoposti a visita andrologica e i questionari sono stati confrontati con quanto rilevato dalla visita.

Risultati. 58 (71 %) pazienti hanno completato il questionario senza richieste di spiegazioni aggiuntive (gruppo 1), 14 (17 %) hanno richiesto 1 o 2 chiarimenti (gruppo 2), 10 (12 %) ne hanno richiesti più di 2 (gruppo 3). Il tempo medio di compilazione è stato di 17 minuti per il gruppo 1, di 27 minuti per il gruppo 2 e di 43 minuti per il gruppo 3 ($p < 0,05$). Il numero delle richieste di aiuto presentate non è risultato correlato all'età dei pazienti ($p > 0,05$). Al contrario, una correlazione inversa significativa è stata registrata fra numero di richieste di aiuto e grado di istruzione ($p < 0,05$). Le richieste di chiarimento sono risultate equamente distribuite per i due questionari e per i vari items. Tutti i pazienti hanno compilato completamente i questionari; solo in 1 caso i risultati dei questionari sono

apparsi in parte discordanti con quanto emerso dal colloquio andrologico.

Conclusioni. Precedenti report di letteratura hanno evidenziato possibili difficoltà di comprensione dell'IIEF, mentre mancano dati per l'EDITS. Il nostro studio dimostra che in un setting ambulatoriale italiano non selezionato il 29 % dei pazienti ha difficoltà nella compilazione di entrambi i questionari (e il 10 % ha difficoltà importanti), con una correlazione significativa con il grado di istruzione ma non con l'età del paziente; la buona qualità finale dei questionari dimostra l'utilità dell'assistenza on demand da parte di personale paramedico formato nell'ottimizzare l'affidabilità dei questionari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC22

LINFOMA PRIMITIVO DEL TESTICOLO: MANAGEMENT DELLE FORME BILATERALI SINCRONE E METACRONE

Daniele Tiscione¹, Tommaso Cai¹, Lorenzo Luciani¹, Andrea Scardigli¹, Paolo Verze², Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Gianni Malossini¹

¹UO di Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli

Introduzione ed obiettivi. Il linfoma primitivo (LP) del testicolo costituisce circa il 3-9 % dei tumori del testicolo, rappresentando il tipo di tumore più frequente nei maschi di età maggiore di 50 anni. Nella maggioranza dei casi il quadro clinico di presentazione è dato da una tumefazione singola a carico del testicolo; tuttavia, in circa il 35 % dei casi, si potrà avere un coinvolgimento del testicolo controlaterale sincrono o metacrono. Non esistono fattori di rischio riconosciuti, sebbene spesso si possa rilevare una pregressa patologia testicolare, tra le quali il trauma, il criptorchidismo e la filariosi.

Materiali e metodi. Maschio, di 59 aa, giungeva alla nostra attenzione per la comparsa da alcuni giorni di una tumefazione dolente a carico del testicolo sin. In anamnesi si rilevava una pregressa orchiepididimite occorsa circa 10 anni prima. Alla palpazione si apprezzava una tumefazione duro-lignea a carico del testicolo sin, mentre il testicolo dx risultava nella norma. L'ecografia dimostrava una formazione solida a sin di 35x25 mm e multiple e diffuse formazioni nodulari a dx. La PET ed i marcatori tumorali erano negativi. Il paziente veniva quindi sottoposto ad intervento di orchifuniculectomia bilaterale. L'esame istologico ha evidenziato una localizzazione di LNH tipo linfoma diffuso a grandi cellule, variante centroblastica. Il paziente veniva quindi sottoposto a chemioterapia. Ad un follow-up di 20 mesi il paziente risulta libero da malattia.

Risultati. Il LP del testicolo costituisce un tipo di tumore altamente aggressivo con una sopravvivenza media di 4-5 anni dall'inizio del trattamento. Si tratta di un tumore con una elevata capacità metastatizzante, anche a distanza di oltre 10 anni dalla diagnosi.

I siti di metastasi più frequenti sono dati dal testicolo controlaterale e dal SNC. Il trattamento è dato solitamente da un approccio terapeutico multimodale che prevede l'orchifuniculectomia seguita dalla chemioterapia, dalla profilassi chemioterapica o radioterapica delle metastasi a livello del SNC e dall'irradiazione del testicolo controlaterale.

Conclusioni. A nostro avviso, il trattamento del LP del testicolo, a causa della sua elevata aggressività, non può prescindere da un approccio terapeutico combinato. In caso di forme monolaterali, la profilassi delle metastasi al testicolo controlaterale deve essere mandatoria, in quanto la loro presenza, sia sincrona che metacrona, prevede l'orchifuniculectomia bilaterale con conseguente anorchia del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC23

QUANTI GIOVANI PARLANO DEI PROBLEMI SESSUALI CON I PROPRI GENITORI? RISULTATI PRELIMINARI DI UNO SCREENING SU POPOLAZIONE

Scarfini Marco¹, Befan Alberto², Bordacconi Sara², Frascchetti Marzia², Buonprisco Giuseppe², La Pera Giuseppe²

¹Università Tor vergata Roma; ²Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Roma

Introduzione. Con l'adolescenza, molti giovani maschi iniziano ad avere i primi rapporti sessuali. È in questa fase che possono comparire disturbi andrologici i quali sono in grado di condizionare pesantemente la sessualità negli anni successivi.

Obiettivo di questo studio è stato rilevare la prevalenza di eiaculazione precoce e del deficit erettile nei giovani che hanno iniziato ad intraprendere l'attività sessuale e correlare questi dati con la comunicazione su questi temi con i propri genitori.

Materiali e metodi. Tra aprile e settembre 2015 la Società Italiana di Andrologia ha effettuato una campagna di prevenzione riguardante i giovani maschi.

L'iniziativa è stata condotta nel Lazio in particolare nel Comune di Ladispoli e nel municipio di Ostia mediante visite nelle scuole e presso i medici di base. Sono stati valutati 552 studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Tutti ragazzi maggiorenni sono stati sottoposti a screening del deficit erettile mediante test IIEF e sull'eiaculazione precoce mediante test PEDT e a tutti è stato chiesto se hanno mai parlato delle loro esperienze sessuali con i propri genitori.

Risultati. I ragazzi di 18 anni che dichiaravano di aver avuto almeno un rapporto sessuale erano 79 su 131. Tra di loro il 14 % presentava eiaculazione precoce o disfunzione erettile. Solo il 36 % dei ragazzi che ha avuto rapporti sessuali completi ha parlato con i propri genitori delle proprie esperienze. Sorprendentemente nessuno dei ragazzi con eiaculazione precoce e solo 1 con disfunzione erettile ha parlato con i propri genitori delle esperienze sessuali.

Conclusioni. I disturbi sessuali nei giovani hanno una

prevalenza più alta rispetto a quanto segnalato in letteratura inoltre proprio coloro che hanno problemi non ne parlano con i propri genitori aggravando la situazione. L'assenza di un tutoraggio di un adulto rispetto a possibili fallimenti sessuali espone questi giovani a ricercare da soli la soluzione a questi problemi con prevedibili negative ripercussioni psicologiche, sociali e comportamentali. La visita uro-andrologica di routine nei giovani potrebbe sopperire a questa mancanza di comunicazione in famiglia su questi temi delicati ed aiutare i giovani con problemi sessuali a superare il disagio sia attraverso rassicurazioni che con trattamenti appropriati quando indicati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Parzialmente finanziato dalla Regione Lazio

SC24

LA SESSUALITÀ NEL PAZIENTE PARAPLEGICO

Giuseppe Benedetto, Giuseppe Abatangelo, Filippo Nigro, Enrico Scremin, Paolo Ferrarese

UOC Urologia - Ospedale San Bortolo - Vicenza

Introduzione. L'uomo colpito da una lesione vertebro-midollare è stato considerato spesso come un persona con scarse possibilità di recuperare una propria "autonomia" in particolare dal punto di vista sessuale. Le maggiori attenzioni si sono rivolte al controllo della funzione motoria, urinaria e gastrointestinale, trascurando sempre la sessualità

Materiali e metodi. Da molti anni collaboriamo con l'Unità Spinale del nostro Ospedale, punto di riferimento regionale, per la gestione del paziente paraplegico non soltanto dal punto di vista urologico, ma soprattutto andrologico. Abbiamo creato un percorso per il paziente paraplegico ricoverato in Unità Spinale che prevede un colloquio andrologico iniziale coadiuvato dalla presenza dello psicologo, dove si affrontano con il paziente le tematiche riguardanti la sessualità in relazione alla sede e all'esito del trauma. Al colloquio segue una visita andrologica e quindi il dosaggio dell'assetto ormonale (FSH, LH, PROLATTINA, TESTOSTERONE, FT4, TSH) che viene effettuato all'ingresso e a distanza di 2 mesi dal ricovero ed una ecografia scrotale con doppler per valutare eventuali comorbidità. Prima della dimissione, viene organizzato un ultimo colloquio andrologico con esiti esami e consigli terapeutici domiciliari.

Risultati. La valutazione andrologica del paziente paraplegico ha trovato un riscontro estremamente positivo da parte dei pazienti in particolari ragazzi giovani che con il trauma e la paraplegia vedono completamente mutata la loro vita e i loro progetti di vita futura. Il colloquio con l'andrologo coadiuvato dal sessuologo ha la funzione di dare nuove motivazioni ai pazienti, valutare la terapia più idonea per la disfunzione erettile in relazione alla sede del trauma e età del paziente, ed avviare eventualmente i pazienti più giovani verso centri superspecialistici per metodiche di elettrostimolazione per l'eiaculazione per avviarli poi a procreazione

assistita. Dalla valutazione degli esami ormonali si evidenzia in tutti i pazienti un aumento nel tempo dei livelli di prolattina attribuibile alle terapie con inibitori dei MAO in corso, e una riduzione del livello di testosterone durante il ricovero. Si sta verificando la possibilità di iniziare con terapia sostitutiva con testosterone valutando una serie di parametri.

Conclusioni. L'educazione andrologica e la consulenza sessuale devono essere sempre incluse all'interno di un progetto finalizzato al reinserimento del paraplegico nella società

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC25

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA È PIÙ FREQUENTE IN UOMINI INFERTILI RISPETTO A UOMINI FERTILI DI ETÀ COMPARABILE - RISULTATI DI UNO STUDIO CASO CONTROLLO E CROSS-SECTIONAL

Luca Boeri¹, Eugenio Ventimiglia^{1,2}, Paolo Capogrosso^{1,2}, Silvia Ippolito¹, Walter Cazzaniga¹, Filippo Pederzoli^{1,2}, Francesco Chierigo¹, Roberta Scano¹, Donatella Moretti¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Rayan Matloob¹, Alberto Briganti^{1,2,3}, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,2}

¹Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy; ³Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University, Catanzaro, Italy

Introduzione. L'impatto dell'ipertensione arteriosa (HBP) sui parametri seminali dei pazienti infertili è stato marginalmente analizzato in letteratura. Abbiamo indagato la prevalenza e l'impatto della HBP sui parametri clinici e seminali di uomini Caucasic-Europei giunti in visita ambulatoriale per infertilità di coppia.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati dati clinici e laboratoristici di 2196 uomini infertili. HBP è stata definita come pressione arteriosa > 140/90 mmHg. Le comorbidità legate alla salute sono state definite secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI). I valori delle analisi del liquido seminale sono stati definiti in base ai criteri di riferimento WHO del 2010. Le statistiche descrittive e i modelli logistici hanno valutato l'associazione tra i parametri seminali, clinici e HBP. I dati clinici degli uomini infertili sono stati confrontati con quelli di 394 uomini fertili di età comparabile. **Risultati.** HBP è stata riscontrata in 162 (7.4 %) uomini infertili. Gli uomini infertili erano più frequentemente ipertesi rispetto ai fertili ($p = 0.003$). Tra i pazienti infertili, quelli con HBP avevano età maggiore, maggiore BMI e mostravano un maggior rate di CCI ≥ 1 (tutti $p < 0.001$) rispetto ai pazienti senza HBP. I soggetti con HBP presentavano valori di volume testicolare ($p = 0.03$) e di testosterone totale ($p = 0.01$) inferiori rispetto ai non ipertesi. Al contrario, i pazienti ipertesi avevano maggiori valori di LH ($p = 0.002$) e PSA totale ($p = 0.01$). Dei 2196 pazienti, oligo, asteno e teratozoospermia sono stati riscontrati in 694 (31.6 %), 789 (35.9 %) e 679 (30.9 %) pazienti. I rate di oligo, asteno e teratozoospermia non erano differenti (tutti $p > 0.05$)

tra uomini con e senza HBP. Similmente, il volume eiaculato, la motilità e la morfologia degli spermatozoi non differivano tra i due gruppi. Alla MVA, il volume testicolare (OR 0.8; $p < 0.001$) e l'FSH (OR 1.2; $p < 0.001$) erano predittori indipendenti di oligozoospermia, al contrario di età, CCI, presenza di varicocele e HBP. Solo il volume testicolare era predittore indipendente di alterata motilità (OR 0.9; $p = 0.03$) e alterata morfologia degli spermatozoi (OR 0.96; $p = 0.01$).

Conclusioni. Abbiamo osservato che HBP è più frequente nei pazienti infertili rispetto ai fertili. I pazienti infertili ipertesi avevano parametri clinici ed endocrinologici peggiori rispetto a quelli non ipertesi. Al contrario, HBP non sembra avere un impatto negativo sui parametri seminali dei pazienti infertili.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC26

EFFICACIA DELLA COMBINAZIONE SINERGICA DI TADALAFIL 5MG ASSOCIATO AD L-ARGININA NELLA TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE

Luigi Gallo

Studo Uro-Andrologico Gallo, Napoli

Introduzione ed obiettivi. L'L-arginina è un aminoacido donatore di ossido nitrico (NO) il cui ruolo è fondamentale per l'espletamento dell'azione dei PDE-5i. Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia della terapia di associazione di tadalafil 5 mg con L-arginina. Da una attenta revisione della letteratura non vi sono altri studi pubblicati che hanno valutato questo tipo di terapia associativa.

Metodi. Tutti pazienti affetti da DE 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. Gli individui arruolati sono stati suddivisi in due gruppi: il gruppo 1 è stato trattato con tadalafil 5 mg una volta al giorno per 3 mesi, il secondo con tadalafil 5 mg ed L-Arginina 2 g per 3 mesi. La visita di follow-up si è svolta dopo 3 mesi di terapia in cui i soggetti appartenenti a entrambi i gruppi sono stati invitati a compilare nuovamente l'IIEF-5.

Risultati. Sono stati arruolati 200 pazienti suddivisi in due gruppi da 100. Abbiamo riportato le seguenti modifiche del punteggio IIEF-5 medio prima e dopo il trattamento: Gruppo 1 da 14,3 a 18,5 ; Gruppo 2 da 14,2 a 21,3 ($p < 0,001$).

Conclusioni. L'aggiunta di 2 grammi di L-arginina si è rivelata in maniera statisticamente significativa efficace nel migliorare gli effetti dell'azione di tadalafil 5 mg.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC27

SORVEGLIANZA ATTIVA E DEFICIT ERETTILE: STUDIO PRELIMINARE

Luigi Quaresima, Matteo Cevenini, Camilla Capretti, Gianluca Giglioni, Massimo Polito

Clinica Urologica di Ancona, Università Politecnica delle Marche

Introduzione ed obiettivi. La Sorveglianza Attiva (S.A.) è una valida alternativa all'approccio chirurgico o radioterapico con finalità curative dedicato a pazienti selezionati e affetti da neoplasia della prostata a basso rischio; scopo del nostro studio è valutare e standardizzare se riferita o presente l'insorgenza di Deficit Erettile (D.E.) in pazienti sottoposti a questa opzione terapeutica.

Materiali e metodi. Sono stati valutati in maniera prospettica i pazienti inseriti nel protocollo di S.A. dal Gennaio 2014 al Febbraio 2015; sono stati preventivamente esclusi dalla valutazione i pazienti con pregresso D.E. ad inizio trattamento. Il follow up, eseguito con interviste semi-strutturate a 6 e a 12 mesi, è risultato essere di almeno 12 mesi.

Risultati. Degli 8 pazienti, di età compresa tra 48 e 67 anni, sottoposti a S.A. che hanno completato il follow up, tutti e 8 hanno sviluppato D.E. di grado variabile, assente al momento della diagnosi di malattia.

I fattori responsabili dell'insorgenza riferiti dai pazienti sono molteplici: la preoccupazione e la necessità di dover eseguire biopsie prostatiche ripetute, eseguite con metodica standard, il fattore psicologico determinato dalla diagnosi di malattia, la scarsa compliance della partner e la perdita di una vita sessuale regolare; ciò, di fatto, modifica realmente le abitudini della coppia. L'intervista semi-strutturata depone per queste serie di eventi.

Conclusioni. La S.A. è una opzione terapeutica non scevra da effetti collaterali: in particolare nella nostra esperienza preliminare abbiamo evidenziato l'insorgenza costante di D.E. che deve essere quindi monitorata attentamente nei pazienti sottoposti a questa procedura. Inoltre, nelle re biopsie prostatiche rivolte a pazienti giovani, sessualmente attivi, senza altre comorbidità riferite determinanti D.E. possono essere adottati degli accorgimenti per preservare la funzione erettile, come l'esecuzione dell'esame con metodica completa di eco color doppler. Indicato altresì counseling psicologico e psico-sessuologico. Studi addizionali sono necessari per confermare tale ipotesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC28

SICUREZZA CARDIOVASCOLARE DI DAPOXETINA IN PAZIENTI TRATTATI PER EIACULAZIONE PRECOCE: RISULTATI DI UN AMPIO STUDIO OSSERVAZIONALE EUROPEO POST-MARKETING

Vincenzo Viscusi, Marco Franco, Paolo Verze, Alessandro Palmieri, Vincenzo Mirone

Dipartimento di Urologia, Università degli studi di Napoli Federico II

Introduzione. Dapoxetina cloridrato è un SSRI ed è il

primo farmaco approvato per il trattamento on-demand dell'eiaculazione precoce (EP). La sicurezza di dapoxetina è stata valutata nel corso di un ampio studio clinico. Lo scopo di questo studio è stato quello di caratterizzare il profilo di sicurezza di dapoxetina nei pazienti in trattamento per EP e valutare, in particolare, l'incidenza, la gravità e la tipologia di eventi avversi cardiovascolari.

Materiali e metodi. Abbiamo condotto uno studio di fase 4, in aperto, osservazionale, della durata di 12 settimane (PAUSE Study). 6.712 pazienti, in totale, sono stati trattati con dapoxetina 30 o 60 mg. Pressione sanguigna e frequenza cardiaca sono stati misurati nel corso della prima visita per valutare se un paziente incontrava i criteri d'ipertensione ortostatica definiti dalla Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). Le informazioni di base sono state analizzate utilizzando descrittori statistici per i dati continui, il conteggio, e le percentuali per i dati categoriali. Tutti gli eventi avversi cardiovascolari segnalati con esordio durante il periodo di osservazione sono stati inclusi nell'analisi.

Risultati. Il disturbo più frequente alla baseline è stato l'ipertensione (511 pazienti, 8,3 %). Un totale di 99 pazienti (1,61 %) ha segnalato effetti collaterali cardiovascolari. L'insorgenza di vertigini è stato l'evento più comunemente riportato (53 casi, 6,3 %). Nessun caso di sincope è stato riportato nei pazienti trattati con Dapoxetina. La valutazione della reazione ortostatica al basale ha rivelato un tasso del 1,0 % (70 casi) nella popolazione dei pazienti trattati con Dapoxetina. Di questi 70 pazienti, 54 (75,3 %) hanno completato lo studio e 17 (24,7 %) hanno interrotto lo studio, anche se solo 3 di questi 17 pazienti (4,1 %) a causa di eventi avversi.

Discussione. I dati di questo ampio studio osservazionale, post-marketing, dimostrano che Dapoxetina ha una bassa prevalenza di effetti collaterali cardiovascolari maggiori, soprattutto se vengono effettuate una valutazione delle comorbidità cardiovascolari ed un test di reazione ortostatica al momento della prescrizione del farmaco.

Conclusioni. Dapoxetina ha dimostrato un ottimo profilo di sicurezza cardiovascolare nel trattamento dei pazienti affetti da EP, con un basso tasso di abbandono del trattamento a causa dell'insorgenza di eventi avversi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC29

LA TERAPIA CON SERENOA REPENS, SELENIO, LICOPENE, BROMELINA, METILSULFONALMETANO È IN GRADO DI MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLA LEVOFLOXACINA NEI PAZIENTI CON PROSTATITE CRONICA BATTERICA

Tommaso Cai¹, Daniele Tiscione¹, Luca Gallelli², Paolo Verze³, Alessandro Palmieri³, Vincenzo Mirone³, Riccardo Bartoletti⁴, Gianni Malossini¹

¹Dipartimento di Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento;

²Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Catanzaro, Catanzaro, Italia; ³Dipartimento di Urologia, Università di Napoli,

Federico II, Napoli, Italia; ⁴Dipartimento di Urologia, Università di Pisa, Pisa, Italia.

Introduzione e scopo del lavoro. Il trattamento dei pazienti con prostatite cronica batterica ad oggi presenta alcune lacune specialmente in termini di miglioramento rapido dei sintomi e riduzione delle recidive. Scopo del presente lavoro è la valutazione dell'efficacia di due composti (PROSTADEP PLUS®: serenoa repens e licopene) e (ZACHELASE®: bromelina e metilsulfonalmetano) in associazione con levofloxacina nel trattamento di pazienti affetti da prostatite cronica batterica.

Materiali e Metodi. Tutti i pazienti con diagnosi clinica, strumentale e microbiologica di prostatite cronica batterica sono stati arruolati tra Marzo e Giugno 2015 in questo studio clinico randomizzato e controllato di fase III. Tutti i pazienti sono stati divisi in due gruppi: gruppo A levofloxacina 500 mg 1 cpr al dì per 14 gg in associazione con PROSTADEP PLUS® e ZACHELASE®; Gruppo B: solo levofloxacina. I parametri clinici, microbiologici e strumentali sono stati valutati alla visita di arruolamento, dopo un mese e dopo 6 mesi. Sono stati utilizzati i seguenti questionari: NIH-CPSI, IPSS, QoL. L'outcome measure principale è stato il miglioramento sintomatologico in termini di punteggio ai questionari tra il baseline e la seconda visita di follow-up.

Risultati. 42 pazienti sono stati arruolati nel Gruppo A, mentre 39 nel Gruppo B. Al primo follow-up i due gruppi riportavano le seguenti differenze: in termini di NIH-CPSI ed IPSS -9 ± 1.82 ; -8.33 ± 1.71 ; $p < 0.05$; $p < 0.05$. Nessuna differenza in termini microbiologici tra i gruppi. Alla seconda visita di follow-up tutti i questionari erano statisticamente diversi tra i due gruppi ($p < 0.001$). Un paziente nel gruppo A (2.5 %) e 7 (17.9 %) nel gruppo B hanno presentato recidive microbiologiche. Nessuna differenza in termini di effetti collaterali è stata riportata tra i due gruppi.

Conclusioni. In conclusione l'associazione tra PROSTADEP PLUS® e ZACHELASE® è in grado di migliorare l'efficacia terapeutica delle levofloxacina nei pazienti affetti da prostatite cronica batterica, senza aumentare gli effetti collaterali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC30

20 ANNI DI STORIA URO ANDROLOGICA RIVISITATA CON MENTALITÀ SESSUOLOGICA: STUDIO RETROSPETTIVO SU 26993 VISITE

Maurizio Diambri, Willy Giannubilo, Behrouz Azizi, Carlo Vecchioli Scaldazza, Carlo Bravi, Vincenzo Ferrara
UOC UROLOGIA Ospedale Carlo Urbani – JESI

Introduzione ed obiettivi. Lo studio si ripropone di valutare l'evoluzione dei costumi della sensibilità dei bisogni e delle patologie uro-andro-sessuologiche in un campione locale di una azienda sanitaria marchigiana. Il campione del distretto esaminato copre un bacino utente di circa 40.000 persone con una unica strut-

tura ospedaliera per tutti i servizi uro-andro-sessuologici unico data base dedicato e unico operatore specialista. Ne risultano considerazioni mediche e sociologiche. **Materiali e metodi.** Sono state prese in considerazione 26993 richieste di visite "urologica" effettuate dal gennaio 1995 a dicembre 2016.

Risultati. 4215 delle 26993 visite cioè 15 % del totale presentavano un quesito "andro sessuologico con distress". In particolare 400 di essi pari al 9.4 % dichiaravano alla prima visita una disfunzione erettile (DE) mentre 1231 pari al 29,2 % lo riportava a visite successive vincendo l'"imbarazzo della verità".

354 pari a 8,3 % dichiaravano eiaculazione precoce (EP) alla prima visita, 374 confermavano il problema alle visite successive. La media annua delle visite è risultata di 1327 con picco nel 2013 con 1838 visite. Le disfunzioni erettile dichiarate (932) hanno mostrato un costante incremento con picco negli ultimi 3 anni con una media annua di richieste di 164,6 contro 25,2 degli anni 1995-2012. I 374 casi di eiaculazione precoce hanno mostrato lo stesso trend con una media annua di richieste nel 2013-2105 di 66,6 contro 9,2 degli anni 1995-2012. Le disfunzioni erettile sono risultate essere il 3,3 % delle visite totali, ma 22,1 % sui 4215 problemi sessuali, EP 1,3 % del totale visite ma 8,8 % sui 4215 problemi sessuali, disturbo misto DE e EP 168 pari a 0,6 % del totale ma 3,9 % sui problemi sessuali. Per di più nel periodo 2014 - gennaio 2016 delle 2849 visite effettuate, 799 pari al 28 % hanno lamentato problemi sessuali di cui DE 44,3 % EP 17,8 %, 76 casi con disturbo misto DE e EP pari al 9,5 %. Gli altri 226 casi mostravano 100 disturbi relazionali con 26 coinvolgimenti di coppia ansia 23, DE ai colloqui successivi in 66 casi, ansia mista a DE in 3 e disturbo del desiderio in 6 casi. Il trend per età ha mostrato un netto incremento della popolazione anziana con un picco della decade 70-80 pari a 526 visite nel 2013 e degli over 80 con un picco di 247 visite nel 2014.

Conclusioni. Nel corso degli anni i farmaci inibitori delle fosfodiesterasi hanno rappresentato una rivoluzione epocale nel modo di affrontare la qualità della vita. Nasce il concetto di "Medicina Sessuale".

Il campione del distretto di Osimo è particolarmente significativo in quanto copre un bacino utente di circa 40.000 persone offrendo una unica struttura ospedaliera per tutti i servizi uroandro sessuologici. Ne risultano considerazioni mediche e sociologiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC31

APPROCCIO TERAPEUTICO ALLA PATOLOGIA PROSTATICA ASCESSUALE: ANALISI DEGLI OUTCOME E RIPRISTINO DELL'ATTIVITÀ SESSUALE

Lucio Dell'Atti, Gianni Ughi, Gaetano Capparelli, Stefano Papa, Carmelo Ippolito

Introduzione. Riportiamo la nostra esperienza sull'approccio terapeutico all'ascesso prostatico (AP) per

valutarne l'efficacia, in termini di outcome di guarigione e recupero della funzionalità sessuale, tra un trattamento di drenaggio per via transrettale rispetto ad uno conservativo.

Materiali e metodi. Tra il 2009 ed il 2015 abbiamo trattato 18 pazienti (pz) affetti da AP d'età media 62.4 (44-76). La diagnosi è stata eseguita in tutti i pz con ecografia prostatica transrettale (TRUS). 10 pz (GA) furono trattati con antibiotico terapia ad ampio spettro per almeno 2 settimane sino alla regressione del quadro clinico; 8 pz (GB) furono trattati con drenaggio per via transrettale ecoguidato (DTE) ed iniezione intraprostatica di gentamicina 80 mg. Il DTE viene eseguito in anestesia locale con il pz in decubito laterale utilizzando un ago (Chiba 18 G, 20 cm) e sonda ecografica convex "end-fire" 5-9MHz. In tutti i casi è stato eseguito un esame colturale. Ogni pz è stato ospedalizzato per 24-48 h e sottoposto a terapia antibiotica mirata al colturale. Dopo circa 1 settimana è stato eseguito un follow-up clinico con IIEF-5 score ed ecografico.

Risultati. 55.5 % (10/18) dei pz era affetto da diabete mellito, 2 da HIV, 1 da HCV, 1 da vescica neurologica, mentre il 72 % aveva una storia di tabagismo. La clinica d'esordio si è manifestata in 10 pz con disuria e frequenza minzionale, in 3 con ritenzione d'urina, in 1 con emospermia, in 4 con febbre associata a dolore pelvico acuto. Gli agenti patogeni più frequenti riscontrati nelle colture eseguite sono stati E. coli in 10 pz, Pseudomonas in 3, Staphylococcus aureus in 2 ed Enterococcus in 3. La TRUS ha rilevato in tutti i casi all'interno della ghiandola prostatica una o più aree ipoecogene, di dimensioni variabili da 11 a 24 mm (media 14.8) nel GA e da 12 a 32 mm (media 16.1) nel GB, contenenti materiale fluido di aspetto disomogeneo, a volte suddiviso in setti, e mobile alla postura del paziente. Nei pz del GA si avuta una più lenta ripresa di regressione della sintomatologia clinica rispetto al GB (13.8 ± 2.1 vs. 7.5 ± 1.6 giorni; p < 0.001). Nessuno dei pz ha presentato recidive ad 1 anno dal follow-up. I pz GB hanno riferito una ripresa dell'attività sessuale entro la seconda settimana IIEF-5 (19.7 ± 4.2) rispetto al GA (13.8 ± 4.2; p < 0.002).

Conclusioni. Il DTE dell'AP in mani esperte rappresenta un trattamento di facile esecuzione ed efficacia in termini di regressione della sintomatologia e ripresa dell'attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC32

VALUTAZIONE PROSPETTICA DI CONFRONTO FRA AGOASPIRATO TESTICOLARE ED EPIDIDIMARIO NEL RECUPERO DEGLI SPERMATOZOI PER USO "A FRESCO" NELL'AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA

Nicola Arrighi¹, Paola Telò¹, Marcella Moretti¹, Luisa Farinelli¹, Marco Finamanti¹, Silvia Bonetti¹, Jehona Bilali¹, Gabriella Loda¹, Carlo Gastaldi¹, Danilo Zani²

¹Unità Operativa di Urologia; Istituto Clinico "Città di Brescia"-Gruppo San Donato- Brescia; ²Unità Operativa di Urologia; Istituto

Clinico "Città di Brescia"- Gruppo San Donato- Brescia- Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Brescia

Introduzione. Nell'azoospermia ostruttiva (OA) la TESE con crioconservazione è la tecnica più utilizzata. Il recupero di spermatozoi a fresco l'utilizzo nell'ICSI, però, può essere eseguito mediante un ago sottile, sia nel testicolo (TeSA) e nell'epididimo (PESA). In genere, la prima tecnica è considerata più semplice, la seconda più efficace. Negli ultimi 18 mesi, abbiamo registrato e quindi valutato in maniera prospettica le due tecniche, in relazione al dolore durante la procedura, l'efficacia nel tasso di fecondazione, numero di prelievi necessari per ottenere materiale necessario per fecondare tutti gli ovuli isolati mediante Iniezione intracitoplasmatica (ICSI).

Materiali e metodi. 17 pazienti, con diagnosi di OA sono stato sottoposti a TeSA (età media di 43 anni) mentre 10 pazienti a PESA (età media: 38). La scelta della tecnica è stata basata sulla misura ecografica del diametro massimo del caput epididymis (> 0.8 cm PESA; < 0.8 cm TeSA). In entrambi i casi, si è trattato di procedura ambulatoriale. Abbiamo valutato il dolore (VAS) in corso di procedura. L'analgesia è stata eseguita mediante Etilo cloruro. L'aspirazione del testicolo o dell'epididimo è stata eseguita con ago 21 G e siringa da 50 cc. Più aspirazioni sono state eseguite fino ad ottenere abbastanza materiale per fecondare tutti gli ovuli isolati mediante ICSI. Confronto in tasso di fecondazione, Scala del dolore (VAS) e numero di prelievi è stato eseguito mediante Mann-Whitney test (U-value). **Risultati.** Il tasso di fecondazione non è risultato statisticamente differente (56.5 % vs 57 %, > p: 0.05), come la VAS durante la procedura. In TeSA il numero di procedure eseguite è maggiore rispetto all PESA (2.35 vs 1.6). **Conclusioni.** PESA e TeSA sembrerebbero avere nella nostra esperienza la stessa efficacia nella capacità di recuperare spermatozoi. Infatti gli spermatozoi recuperati dal testicolo sembrano essere efficaci nel fecondare gli ovuli almeno quanto quelli recuperati dall'epididimo. Come atteso il recupero dall'epididimo appare più efficace nel recupero di quantità significative di spermatozoi. Il dolore però nonostante ciò non è diverso nella procedura. Quindi entrambe le tecniche sono, nella nostra esperienza preliminare, efficaci nel recupero degli spermatozoi per uso "a fresco". Sono entrambi tecniche facili, poco costose e veloci. Procederemo con raccolta di popolazioni più ampie e sollecitiamo la creazione di database multi-istituzionali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC33

I PAZIENTI AFFETTI DA DISFUNZIONE ERETTILE CAMBIANO FREQUENTEMENTE IL TIPO DI PDE5I UTILIZZATO NONOSTANTE L'EFFETTIVA EFFICACIA – RISULTATI DA UNO STUDIO "REAL-LIFE"

Eugenio Ventimiglia^{1, 2}, Filippo Pederzoli^{1, 2}, Walter Cazzaniga¹, Paolo Capogrosso^{1, 2}, Luca Boeri¹, Silvia Ippolito¹, Walter Cazzaniga¹, Francesco Chierigo¹, Roberta Scano¹, Donatella Moretti¹, Andrea Russo^{1, 2},

Federico Dehò¹, Rocco Damiano³, Alberto Briganti^{1, 2, 3}, Francesco Montorsi^{1, 2}, Andrea Salonia^{1, 2}

¹Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy, ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy, ³Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University, Catanzaro, Italy

Introduzione. Attualmente, un gran numero di pazienti che richiede assistenza medica per la DE non è naïve per tali terapie, e molti di questi soggetti hanno già assunto più di una molecola tra quelle disponibili. Il nostro obiettivo è stato quello di valutare la compliance al trattamento e i motivi di un eventuale cambio di molecola in una coorte omogenea di individui europeo-caucasici sessualmente attivi all'interno di una relazione stabile eterosessuale che avessero ricevuto una prescrizione con PDE5I per la loro DE.

Metodi. Sono stati raccolti e analizzati i dati di 311 pazienti [età media (SD): 45.5 (15.2) anni] trattati con PDE5I. Le comorbidità sono state classificate attraverso il Charlson Comorbidity Index (CCI). I pazienti hanno compilato una copia del questionario IIEF al momento della valutazione basale e al follow-up; la severità della DE è stata classificata in base ai criteri di Cappelleri. È stata valutata anamnestica-mente una precedente assunzione di PDE5I. La risposta terapeutica è stata valutata sulla base dei criteri di Yang. Statistiche di tipo descrittivo e di regressione secondo Cox hanno valutato i potenziali predittori di modifiche del trattamento in seguito alla prescrizione. **Risultati.** 333 (43.6 %) dei pazienti erano non naïve per i PDE5I. In seguito alla prescrizione, 26 (3.4 %) di questi non hanno mai fatto uso di PDE5I, mentre il 573 (77.7 %), il 135 (18.3 %) e il 29 (3.9 %) ha usato rispettivamente una, due o ≥ 3 diversi PDE5Is. I PDE5I hanno migliorato in modo significativo tutti i domini IIEF (p < 0.05). Dal punto di vista clinico (CCI, età, BMI basali) non è stata riscontrata nessuna differenza tra coloro che hanno assunto uno o più PDE5I. La prevalenza dei pazienti naïve per PDE5 diminuisce con l'aumento del numero di molecole prescritte. A un follow-up medio di 18 mesi, nessuna differenza nel tasso di responder alla terapia veniva riscontrata tra coloro che avessero cambiato molecola rispetto ai restanti pazienti (p = 0.32). Alla regressione multivariata secondo Cox una DE severa (HR 1.42; p = 0.01), un maggior numero di PDE5I assunti prima della nostra prescrizione (HR 3.10; p < 0.01) e un CCI ≥ 1 (HR 1.31; p = 0.02) sono emersi come predittori indipendenti di modifica del trattamento durante il follow-up; aver avuto reazioni avverse al trattamento o la risposta terapeutica non hanno predetto tale outcome.

Conclusioni. La severità della DE, una precedente assunzione di PDE5I e uno scarso stato di salute generale siano dei predittori indipendenti di modifica del trattamento con PDE5I, a prescindere dalla risposta terapeutica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC34**FIMOSI ED ETÀ DEL PRIMO RAPPORTO**

Misuraca L.¹, Santini E.¹, Buonprisco G.², Barrese F.³, Lauretti S.⁴, Fraschetti M.², La Pera G.²

¹Università di Roma La Sapienza; ²Az. Osp. San Camillo Forlanini, Roma; ³Casa di Cura Fabia Mater Roma; ⁴POI Clinica Santa Caterina, Roma

Introduzione. L'adolescenza è fondamentalmente il periodo in cui i giovani maschi hanno le loro prime esperienze sessuali. La tempistica del primo rapporto sessuale dipende da diversi fattori che non sono stati ampiamente studiati e definiti. Le patologie andrologiche sono state considerate come un possibile fattore che può portare a rinviare questo importante aspetto della vita personale.

Obiettivi. Scopo del presente lavoro è valutare se le anomalie dell'apparato genitale, ed in particolare la fimosi, sono correlate con un diverso inizio dell'attività sessuale.

Materiali e metodi. Tra aprile e settembre 2015, la Società Italiana di Andrologia ha condotto una campagna di prevenzione avente come scopo lo screening per le patologie andrologiche nei giovani maschi. La campagna ha coinvolto il Comune di Ladispoli ed il Municipio di Ostia che raccolgono circa 350.000 abitanti.

Risultati. Nel complesso, sono stati valutati 552 studenti, 131 (23,7 %) dei quali maggiorenni. Tra questi ultimi, 79 studenti hanno dichiarato di avere già avuto almeno un rapporto sessuale completo. Nello specifico, 8 ragazzi hanno avuto il loro primo rapporto sessuale all'età di 14 anni, 19 all'età di 15 anni, 18 all'età di 16 anni, 23 all'età di 17 anni e 11 all'età di 18 anni. Tra i 131 maggiorenni la fimosi ha una prevalenza abbastanza alta e pari a circa il 13 % con una significativa maggiore prevalenza tra coloro che non avevano avuto rapporti sessuali, 22 % vs 7 % $p = 0.03$.

L'età del primo rapporto sessuale nei ragazzi circoncisi è simile a quella dei ragazzi senza fimosi.

Conclusioni. Tenendo in conto i limiti di applicazione-interpretazione della metodica, alla particolare anatomia/fisiologia peniena, questi dati osservazionali parrebbero enfatizzare l'importanza della microangiopatia nell'aggravamento del circuito: stress ossidativo - > riduzione della No sintetasi - > disfunzione e processo infiammatorio endoteliale e conseguentemente della DE, nonché nella minore risposta ai PDE5-I. L'analisi di questi dati dovrebbe incoraggiare a cercare la presenza di DE in uomini over 30 aa. con FRV positivi. Questo consentirebbe una migliore identificazione precoce dei soggetti a rischio di MACE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC35**L'USO DELL'ACIDO IALURONICO NEL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE: ESPERIENZA PRELIMINARE**

Augusto Delle Rose, Simone Caroassai Grisanti, Alberto Martini, Francesco Sessa, Matteo Gironi, Giulio Nicita
Clinica Urologica Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi.

Introduzione e obiettivi. La malattia di Peyronie (MdP) è una patologia acquisita, di frequente riscontro, della tonaca albuginea, comunemente riscontrata in maschi dai 40 ai 70 anni nell'1-2 % della popolazione. Come noto le terapie mediche ad oggi applicate per il trattamento della MdP, hanno offerto risultati scarsi e contrastanti.

Riportiamo, la nostra esperienza con l'impiego di iniezioni intralesionali di acido ialuronico e sale sodico 8 mg/1 ml per il trattamento della MdP.

Materiali e metodi. Da Ottobre 2014 a Gennaio 2016 abbiamo trattato 7 pazienti mediante 6 iniezioni settimanali intralesionali di 8 mg/1 ml acido ialuronico sale sodico.

Ad ogni paziente è stato somministrato specifico consenso informato.

Ogni paziente riferiva sintomi correlati alla presenza di placca da induratio penis producente curvatura peniena che durante l'erezione produceva curvatura (comprese tra 25° e 45°). Ogni paziente è stato valutato mediante ecografia peniena, foto del pene in erezione eseguite prima della terapia e dopo 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dall'inizio del trattamento, il follow up prevede visita trimestrale. Abbiamo valutato inoltre l'insorgenza di complicanze durante il trattamento e l'impatto della terapia sulla funzione erettile mediante somministrazione di questionario IIEF-5 ad inizio terapia a 3-6 e 12 mesi.

Risultati: I pazienti sono stati valutati con follow-up medio di 10,3 mesi (3-16 mesi), la loro età media è risultata pari a 57anni con range 51-71anni. Non abbiamo registrato eventi avversi ad eccezione di un paziente che riferito dolore nella sede di inoculazione in assenza di segni obiettivi di ematoma. In 4/7 dei pazienti abbiamo verificato una riduzione della curvatura (12° di correzione 7-15°). Non abbiamo verificato differenze significative nella potenza sessuale: IIEF medio pre trattamento 20.6 range 19-24, IIEF medio post trattamento 20.4 range 18-24.

Conclusioni. Il ruolo dell'acido ialuronico nel trattare la MdP è ancora da definire. La nostra casistica, seppur al momento esigua, dimostra che l'utilizzo di acido ialuronico e sale sodico 8 mg/1 ml produce in una percentuale di casi un miglioramento della curvatura. Nella nostra esperienza non sono stati riportati eventi avversi significativi. Ulteriori dati sono necessari per valutare in modo definitivo l'efficacia dell'acido ialuronico nel trattamento della induratio penis.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC36**PEIRONIMEV PLUS® ASSOCIATO AD INFILTRAZIONI PENIENE CON VERAPAMIL NEL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON IPP: FOCUS SUL DOLORE**

Daniele Tiscione, Tommaso Cai, Lorenzo Luciani, Andrea Scardigli, Gianni Malossini
Santa Chiara Hospital, Dept. of Urology, Trento, Italy

Introduzione. La malattia di La Peyronie (Induratio Penis Plastica - IPP) rappresenta ad oggi una patologia impattante sulla qualità di vita del maschio, sia in termini di dolore che di deficit erettile associato. Poiché l'eziopatogenesi è sconosciuta, non è stato ancora codificato un trattamento medico di riferimento. Scopo del presente lavoro è la valutazione dell'efficacia e sicurezza di un trattamento orale con PEIRONIMEV PLUS® (Vitamina E, Acido paraminobenzoico, Avocado, Muira puama e Damiana, Propoli e Mirtillo) associato ad infiltrazioni peniene con verapamil, in confronto alle sole infiltrazioni.

Materiali e metodi. Da Gennaio 2010 a Giugno 2015, sono stati arruolati consecutivamente tutti i pazienti con diagnosi clinica di IPP associato a dolore (VAS > 3) ed in fase attiva di malattia (tempo di insorgenza < 12 mesi). I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento: Gruppo A - infiltrazione peniena con verapamil 5 mg settimanale per 8 dosi; Gruppo B - infiltrazione peniena con verapamil 5 mg settimanale per 8 dosi, associato a PEIRONIMEV PLUS® per os 1 cpr al di per 3 mesi. I pazienti sono stati rivalutati dopo 3 mesi. L'outcome principale è stata la valutazione del dolore attraverso lo strumento VAS. Come outcomes secondari abbiamo valutato: grado di riduzione dell'incurvamento, deficit erettile e meccanico.

Risultati. Sono stati arruolati 76 pazienti. 36 sono stati assegnati al Gruppo A (controllo), mentre 40 al Gruppo B (trattamento). Età media: 66.2 anni. Durata della malattia: 7.82 mesi. Incurvamento medio: 29.3°. Deficit erettile associato: 38 pazienti. I due gruppi, all'arruolamento, erano omogenei. Dopo 3 mesi di terapia abbiamo osservato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in termini di dolore (Gruppo A VAS pre-: 7.3; Gruppo B: VAS pre-: 7.4; Gruppo A VAS post-5.8; Gruppo B VAS post-3.1) ($p = 0.001$; $t = 6.8$; $df = 37$). Nessuna differenza tra i due gruppi è stata riportata in termini di miglioramento della funzione erettile o del grado d'incurvamento. Nessun effetto collaterale clinicamente significativo è stato riportato in entrambi i gruppi.

Conclusioni. L'utilizzo di PEIRONIMEV PLUS® associato ad infiltrazioni peniene rappresenta un efficace e sicuro trattamento nei pazienti affetti da IPP, in termini di riduzione del dolore. In particolare il PEIRONIMEV è in grado di ridurre il dolore in modo rapido e migliorare, quindi, la qualità di vita di questi pazienti. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

VIDEO**V01****URETROPLASTICA DI ANASTOMOSI DORSALE MUCO-MUCOSA "PRESERVING-SPONGIOSUM" PIÙ AMPLIAMENTO VENTRALE CON INNESTO DI MUCO-SA BUCCALE**

Enzo Palminteri¹, Elisa Berdondini¹, Giuseppina Cucchiarale², Gianluca Milan², Francesco Marson³, Alberto Gurioli³, Omid Sedigh³, Paolo Gontero³, Ugo Ferrando²

¹Centro di Chirurgia Uretrale-Genitale, Arezzo-Torino, Humanitas Cellini.; ²Urologia, Humanitas Cellini; ³Clinica Urologica, Università di Torino.

Introduzione. Descriviamo una nuova tecnica per il trattamento delle stenosi uretrali bulbari sub-oblitterative tramite approccio uretrotomico ventrale, resezione di tessuto uretrale cicatriziale con preservazione della spongiosa, anastomosi dorsale muco-mucosa e ampliamento ventrale con innesto di mucosa buccale (MB).

Materiali e metodi. Il video mostra il caso di un pz di 38 aa con stenosi bulbare > 1 cm sub-oblitterativa. Dopo incisione cutanea perineale e preparazione dei muscoli bulbospongiosi, l'uretra stenotica viene aperta ventralmente. Il piatto uretrale appare molto ristretto e cicatriziale: rimozione della mucosa cicatriziale ma senza sezionare a tutto spessore la spongiosa dorsale che pertanto mantiene la sua continuità anatomica-vascolare. La mucosa uretrale viene mobilizzata dalla spongiosa, prossimalmente e distalmente alla zona di resezione, per 1-2 cm. I due margini di mucosa mobilizzati vengono suturati dorsalmente a ricostruire un neo-piatto uretrale. Il neo-piatto uretrale è ampliato ventralmente con un innesto di MB (prelevato dalla guancia) che verrà coperto dalla spongiosa preservata. **Risultati.** Alla rimozione del catetere dopo 20 giorni non si sono evidenziate fistole. Non si sono verificate complicanze post-operatorie.

Conclusioni. Recentemente si sono sviluppate tecniche ricostruttive uretrali meno aggressive e risparmiatrici dei tessuti locali. Nelle stenosi caratterizzate da un piatto uretrale molto stretto, la nostra tecnica consente di rimuovere la mucosa cicatriziale risparmiando la spongiosa circostante e ricreando un piatto uretrale da ampliare successivamente con un innesto di MB. La tecnica consente di riparare stenosi molto strette evitando l'aggressività della sezione della spongiosa tipica delle tradizionali tecniche anastomotiche ed al contempo rimuovendo la zona cicatriziale che potrebbe essere causa di recidiva nelle uretroplastiche di ampliamento con innesti. L'uretroplastica Bulbare di anastomosi dorsale muco-mucosa "preserving-spongiosum" e ampliamento ventrale con innesto di MB ottiene buoni risultati mantenendo la continuità anatomica-vascolare dell'uretra. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V02**POSIZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA SEMIRIGIDA CON ANCORAGGIO PUBICO MEDIANTE MINIMITEK IN ESITI DI CONVERSIONE GINO ANDROIDE**

Carlo Trombetta, Gaetano Chiapparrone, Zoran Marij Arnez, Vittorio Ramella, Riccardo Boschian, Salvatore Scozzese, Nicola Pavan, Francesca Vedovo, Michele Rizzo, Paolo Umari, Giovanni Chiriaco, Stefano Bucci, Giovanni Liguori, Emanuele Belgrano

Introduzione ed obiettivi. La conversione dei caratteri sessuali in senso gino-androide con falloplastica da lembo radiale è una tecnica chirurgica ormai ben consolidata che garantisce un buon risultato estetico. Oltre alla minzione naturale attraverso la neouretra, è possibile offrire al paziente la possibilità di avere dei rapporti sessuali inserendo all'interno del penoide una protesi per l'erezione artificiale. Riportiamo di seguito un caso di posizionamento di protesi semirigida con ancoraggio pubico.

Materiali e metodi. Abbiamo eseguito un impianto di protesi peniena semirigida con ancoraggio pubico con mini-mitek in un paziente di 40 anni sottoposto a conversione dei caratteri sessuali in senso gino androide. Attraverso un'incisione sovrapubica si identifica la sinfisi pubica e su questa si fissano le due ancore mini-mitek. Si procede quindi alla creazione di un canale mediano nel penoide ed alla sua dilatazione meccanica, per una lunghezza totale di 10 cm. Attraverso i fili mitek precedentemente posizionati si lega la protesi semirigida di Dacron alle due ancore. Previo lavaggio con soluzione di Gentamicina si posiziona la protesi all'interno del penoide.

Risultati. Il paziente ha portato a termine la profilassi antibiotica perioperatoria. Il decorso post operatorio è risultato regolare e privo di complicanze di tipo infettivo o di rigetto. La Risonanza Magnetica di controllo ha evidenziato una buona vascolarizzazione del penoide e l'assenza di raccolte periprotetiche.

Conclusioni. L'impianto di protesi peniena semirigida con ancoraggio alla sinfisi pubica è un valido strumento per garantire un ottimo risultato estetico e funzionale a pazienti che si sottopongono ad intervento di conversione dei caratteri sessuali in senso gino-androide, attraverso una tecnica chirurgica di facile esecuzione e con limitati rischi post operatori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V03**ANCORAGGIO AL GLANDE DI APICE PROTESI PENIENA IDRAULICA PER PSEUDO-ESTRUSIONE DISTALE**

Antonini G¹, De Berardinis E¹, Cristini C¹, Busetto GM¹, V. Gentile¹, Perito P.E.²

¹Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza" Roma; ²Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del Lavoro. Nel video gli autori descrivono i passaggi fondamentali della tecnica di ancoraggio della

protesi peniena idraulica con un punto non riassorbibile al glande.

Materiali e Metodi. È stato sottoposto a tale procedura un paziente di 58 anni per evitare l'estrusione dell'apice protesico destro.

La tecnica descritta prevede i seguenti passaggi operatori: incisione longitudinale sub-glandulare ventrale destra di circa 3 cm,

Incisione sub-glandulare destra a livello dell'apice protesico con bisturi elettrico per non danneggiare la protesi. Retrazione del cilindro protesico verso la porzione prossimale del pene. Con una forbice da uretere si apre la pseudocapsula fino sotto il glande e si ricrea lo spazio apicale. Si ancora al glande l'apice della protesi con un punto trasfisso in prolene 3/0. Si effettua sul glande un'incisione a stella sul glande per intascare il punto di ancoraggio non riassorbibile suturando il glande con un punto in Vicryl 3/0 Rapid.

Risultati. Assenza di complicanze nel decorso post-operatorio. I controlli a 6 e 12 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto posizionamento e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.

Conclusioni. Tale procedura è stata sviluppata per non effettuare degloving dell'asta e ricostruzione dell'apice cavernoso con manovre chirurgiche rischiose per la sensibilità e vascolarizzazione dell'asta e soprattutto per salvare l'impianto protesico ed evitare una estrusione con conseguente possibile infezione dello stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V04**CORREZIONE DI ANEURISMA PROTESICO MEDIO PENIENO DESTRO ED ESPIANTO E REIMPIANTO DI PROTESI PENIENA IDRAULICA PER VIA INFRAPUBICA**

Antonini G¹, Bitelli M.², Berardi A.², De Berardinis E¹, Cristini C¹, Busetto GM¹, V. Gentile¹, Perito P.E.³

¹Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza" Roma; ²Ospedale San Sebastiano Frascati (Roma), ³Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del Lavoro. Nel video gli autori descrivono i passaggi fondamentali della tecnica di espianato e reimpianto di protesi peniena idraulica con accesso infrapubico e correzione di aneurisma protesico medio penieno destro.

Materiali e metodi. È stato sottoposto a tale procedura un paziente di 70 anni con 3 pregressi impianti di protesi peniena idraulica AMS CX700 impiantate rispettivamente nel 2004 e nel 2006. La tecnica descritta prevede i seguenti passaggi: incisione infrapubica di circa 2,5 cm, Degloving dell'asta. Sulla guida della protesi gonfia viene effettuata una incisione longitudinale a carico del corpo cavernoso destro nel punto dell'aneurisma protesico. A questo punto si effettua isolamento della pompa e delle emergenze dei tubi della protesi danneggiata. Vengono tagliati i tubi e posti due punti di vicryl 2/0 per chiudere il corpo cavernoso nel punto di emergenza e viene quindi espianata la pompa.

Corporotomia bilaterale con bisturi elettrico, posizionamento di due punti di reperi sulla pseudocapsula di ogni corpo cavernoso. Espianto dei cilindri danneggiati. Espianto del vecchio reservoir e creazione dello spazio per il nuovo posteriormente alla fascia transversalis in posizione contro laterale attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm. Si effettua ricostruzione in Vicryl 2/0 nel punto dell'aneurisma accostando e sovrapponendo i margini della pseudocapsula. Si impiantano due nuovi cilindri protesici di calibro ridotto AMS CXR, successiva connessione con il reservoir e verifica funzionale e del risultato estetico ottenuto, creazione di tasca sottodartica scrotale attraverso l'utilizzo di speculum nasale. Chiusura delle due corporotomie, posizionamento di drenaggio nello scroto attraverso speculum nasale, chiusura della parete a strati, medicazione contenitiva semi-compressiva.

Risultati. Assenza di complicanze nel decorso post-operatorio. I controlli a 3 e 9 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.

Conclusioni. Tale procedura è stata sviluppata per ottimizzare il risultato sia estetico che funzionale, per non effettuare nuova circoncisione e non utilizzare l'accesso peno-scrotale già utilizzato nei tre pregressi espianti ed evitare maggiori difficoltà tecniche d'impianto per la presenza di fibrosi cicatriziale diffusa. I vantaggi di tale tecnica sono rappresentati da piccola incisione sovrapubica di circa 2,5 cm con guarigione più rapida rispetto all'incisione dello scroto, ridotta incidenza di ematomi scrotali che generalmente aumentano il rischio di infezione, agevole accesso all'anello inguinale per espantare e reimpiantare controlateralmente il reservoir, assenza di tubi di raccordo palpabili ad eccezione di quello della pompa nello scroto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V05

RINFORZO DELLA ALBUGINEA CON SURGI - SIS PER PSEUDOANEURISMA DEL CORPO CAVERNOSO IN PAZIENTE PORTATORE DI PROTESI IDRAULICA

Luigi Rolle, Omidreza Sedigh, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Mirko Preto, Mattia Sibona, Marco Lasagna, Bruno Frea

Università di Torino - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - presidio Molinette; Clinica Urologica (direttore Prof. B. Frea) - Unità di Andrologia (responsabile Prof. Ag. L. Rolle)

Introduzione. La dilatazione pseudo-aneurismatica di un cilindro protesico è, tra le cause di malfunzionamento di un impianto protesico idraulico, un'evenienza molto rara che richiede un intervento di revisione. Presentiamo un caso di pseudoaneurisma di un cilindro protesico insorto 10 anni dopo il posizionamento di un impianto tricomponente. Il signor B.G., 70 anni, sottoposto nel 2002 a cistectomia radicale e confezionamento di neovesica secondo Studer, per l'insorgenza nel postoperatorio di DE completo da denervazione è stato sottoposto, nel 2003, a posizionamento di protesi

peniena "AMS 700"[®]. Dopo 10 anni di buon funzionamento ha riscontrato l'insorgenza di malfunzionamento protesico. All'esame obiettivo non era possibile sgonfiare correttamente il cilindro di sinistra, che appariva deformare il corpo cavernoso. Per tale motivo veniva posta indicazione alla revisione dell'impianto stesso.

Materiali e metodi. Eseguita l'incisione sottocoronale e il degloving penieno è stata evidenziata una dilatazione del terzo prossimale del corpo cavernoso di sinistra con notevole assottigliamento della tunica albuginea. È stato necessario procedere allo scollamento del fascio vascolo-nervoso dorsale e dell'uretra e successivamente rimuovere l'attivatore e i cilindri protesici. È stata eseguita una resezione della porzione esuberante della tunica albuginea precedentemente delimitata. Previa misurazione della lunghezza del tunnel dei corpi cavernosi, è stata riposizionata una protesi "AMS CX 700 Inhibizione - MS pump"[®], con cilindri di 18 cm di lunghezza, "tip extender" di 3 cm e serbatoio "Conceal" in sede sovrafascale. Una volta suturate le cavernotomie è stato applicato un "bendaggio" cilindrico con "Surgisis"[®] per rinforzare la tunica albuginea assottigliata dalla pregressa dilatazione. Il materiale di rinforzo è stato posizionato attorno ai corpi cavernosi, facendolo passare al di sotto del fascio vascolo-nervoso dorsale e dell'uretra e fissandolo con punti staccati. All'attivazione intra-operatoria della protesi si evidenziava il suo corretto funzionamento e completa risoluzione della deformazione. A seguire, l'intervento è stato ultimato con il reinserimento del pene nei propri tegumenti e sutura delle incisioni cutanee.

Risultati. Non sono state registrate complicanze maggiori intra e post-operatorie. Il paziente è stato dimesso in 6 giornata post-operatoria. Il follow-up attuale è di 24 mesi ed il paziente riferisce ottimi esiti chirurgici, buon funzionamento protesico, assenza di recidiva della deformazione dei corpi cavernosi.

Conclusioni. La corporoplastica di rinforzo con Surgisis[®] si è dimostrata una tecnica efficace nel risolvere e prevenire la recidiva della deformazione pseudo-aneurismatica in un contesto anatomico nel quale la sola riparazione del difetto non ne avrebbe garantito la stabilità per via del grave assottigliamento della tunica albuginea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V06

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI NEOPLASIE DEL GLANDE SU LICHEN

Omidreza Sedigh, Ettore Dalmaso, Mirko Preto, Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Mattia Sibona, Bruno Frea, Paolo Gontero

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. Nel carcinoma del glande non invasivo o di basso grado è possibile eseguire trattamenti conservativi, con l'intento di garantire risultati

anatomici e sessuali accettabili. Analogo trattamento può essere proposto per il lichen sclero atrofico, con l'obiettivo di curare le complicanze della patologia stessa e di prevenire l'evoluzione neoplastica.

Materiali e metodi. Caso clinico 1: uomo di 37 anni giunto alla nostra osservazione dopo diagnosi biptica di carcinoma spinocellulare del glande in paziente con noto lichen scleroatrofico del prepuzio e stenosi della porzione più distale 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. Caso clinico 2: uomo di 57 anni con diagnosi di CIS del glande su lichen, sottoposto a asportazione totale della mucosa del glande, resurfacing con graft cutaneo prelevato dalla coscia e biopsia linfonodale con tecnica sentinella.

Risultati. Il decorso post-operatorio è stato regolare. L'istologia ha mostrato nel primo caso un carcinoma spinocellulare moderatamente differenziato con iniziale invasione del corpo spongioso, RON2. Successivamente il paziente è stato sottoposto ad intervento di linfadenectomia inguinale e pelvica bilaterale (N0). Il paziente non ha voluto sottoporsi a II tempo ricostruttivo. A distanza di 3 anni il graft è trofico, non vi sono recidive di malattia e il paziente è sessualmente attivo. Nel secondo caso l'istologia ha confermato la presenza di CIS, N0. A 9 mesi il graft è trofico, il meato è ampio e il paziente è sessualmente attivo.

Conclusioni. La chirurgia conservativa con graft è una opzione sicura ed efficace nelle neoplasie del glande non invasive e nel lichen, garantendo ottimo risultati funzionali. È consigliabile la biopsia linfonodale in tutte le neoplasie del glande, anche cN0, per un rischio di metastasi che può raggiungere il 20 %. In caso di contestuale ricostruzione uretrale è consigliabile l'utilizzo di graft di mucosa buccale; per il resurfacing del glande è preferibile il graft cutaneo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V07

TRATTAMENTO DEL DEFICIT D'EREZIONE TRAMITE RIVASCOLARIZZAZIONE MICROCHIRURGICA DELLE ARTERIE PENIENE

Giovanni Liguori, Riccardo Boschian, Salvatore Scozzese, Stefano Bucci, Nicola Pavan, Giovanni Chiriaco, Francesca Vedovo, Gaetano Chiapparrone, Grazia Bianchi, Emanuele Belgrano, Carlo Trombetta

Introduzione. La rivascularizzazione microchirurgica dei corpi cavernosi è una procedura alternativa all'impianto di protesi peniena in casi selezionati resistenti a farmaco terapia. Essa trova indicazione ideale in pazienti giovani, affetti da deficit erettivo (DE) vasculogenico post-traumatico. Riportiamo un caso di rivascularizzazione arterio-arteriosa con tecnica microchirurgica in un paziente (pz) affetto da DE arteriogenica.

Materiali e metodi. Abbiamo sottoposto un paziente di 67 anni ad intervento di rivascularizzazione peniena eseguendo un'anastomosi tra arteria epigastrica destra e arteria dorsale del pene sinistra. La DE era insorta in seguito ad occlusione dell'arteria pudenda di sinistra e delle arterie dorsali del pene bilaterale, e non era responsiva a terapia orale con inibitori della PDE5 nè a terapia iniettiva con PGE1. Il pz ha rifiutato l'impianto di protesi peniena, preferendo invece di essere sottoposto ad intervento di rivascularizzazione microchirurgica. Previa incisione pararettale destra viene identificata ed isolata l'arteria epigastrica inferiore sino al suo punto di biforcazione all'altezza dell'ombelicale trasversa dove viene sezionata. Viene quindi eseguita una incisione infrapubica di Kelami e si procede alla creazione di un tunnel sottocutaneo addomino-pubico, attraverso il quale si fa passare l'arteria epigastrica. Si procede pertanto al posizionamento del microscopio operatore ed all'individuazione della arterie dorsali del pene. Si isola l'arteria dorsale di sinistra e, previo posizionamento dell'approssimatore vascolare, si esegue su quest'ultima una incisione longitudinale con confezionamento di anastomosi microchirurgica termino-laterale attraverso due suture emicontinue in Nylon 10.0. A fine intervento è evidente un'ottima pulsazione arteriosa a monte e a valle dell'anastomosi.

Risultati. Nel post operatorio il paziente è stato sottoposto a trattamento medico con antiaggreganti ed a terapia con Tadalafil 5 mg. Ad una settimana dall'intervento chirurgico l'ecocolordoppler di controllo ha evidenziato una buona pervietà dell'anastomosi microchirurgica con vascolarizzazione soddisfacente dei vasi.

Conclusioni. Per quanto tale tecnica imponga rigorosi criteri di selezione dei pazienti e garantisca una percentuale di successo variabile, essa può rappresentare ancora una valida opzione in pazienti non responsivi a farmacoterapia e motivati a preservare un'erezione naturale senza l'ausilio di un impianto protesico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V08

ESPIANTO E REIMPIANTO DI PROTESI PENIENA IDRAULICA TRICOMPONENTE PER VIA INFRAPUBICA

Antonini G.¹, Bitelli M.², Berardi A.², De Berardinis E.¹, Cristini C.¹, Busetto GM.¹, Gentile V.¹, Perito P.E.³

¹Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza" Roma, ²Ospedale San Sebastiano Frascati (Roma), ³Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del Lavoro. Nel video gli autori descrivono i passaggi fondamentali della tecnica di espianto e reimpianto di protesi peniena idraulica con accesso infrapubico.

Materiali e Metodi. È stato sottoposto a tale procedura un paziente di 66 anni con 2 pregresse rotture di protesi peniena idraulica AMS CX700 impiantate rispettivamente nel 2004 e nel 2006 ed attuale nuova rottura del sistema idraulico.

La tecnica descritta prevede i seguenti passaggi opera-

tori: incisione infrapubica di circa 2,5 cm, Degloving dell'asta, isolamento della pompa e delle emergenze dei tubi della protesi rotta, Vengono tagliati i tubi e posti due punti di vicryl 2/0 per chiudere il corpo cavernoso nel punto di emergenza e viene quindi espantata la pompa. Corporotomia bilaterale con bisturi elettrico, posizionamento di due punti di reperi sulla pseudocapsula di ogni corpo cavernoso. Dilatazione minima e misurazione sia prossimale che distale con introduttore di Furlow. Espianto del vecchio reservoir e creazione dello spazio per il nuovo controlateralmente posteriormente alla fascia trasversalis attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm, impianto dei due cilindri protesici, successiva connessione con il reservoir e verifica funzionale e del risultato estetico ottenuto, creazione di tasca sottodartica scrotale attraverso l'utilizzo di speculum nasale, chiusura delle due corporotomie, posizionamento di drenaggio nello scroto attraverso speculum nasale, chiusura della parete a strati, medicazione contenitiva semicompressiva.

Risultati. Assenza di complicanze nel decorso post-operatorio. I controlli a 3 e 9 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.

Conclusioni. Tale procedura è stata sviluppata per ottimizzare il risultato sia estetico che funzionale e non utilizzare l'accesso peno-scrotale già utilizzato nei due pregressi espanti ed evitare maggiori difficoltà tecniche d'impianto per la presenza di fibrosi cicatriziale diffusa.

I vantaggi di tale tecnica sono rappresentati da una piccola incisione sovrapubica di circa 2,5 cm con guarigione più rapida rispetto all' incisione peno-scrotale ed una ridotta incidenza di ematomi scrotali che generalmente aumentano il rischio di infezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V09

PROTESI PENIENA IDRAULICA ZEPHYR ZSI457

Fulvio Colombo¹, Giorgio Gentile², Alessandro Franceschelli¹, Matteo Rani³

¹Struttura Dipartimentale di Andrologia – Policlinico S.Orsola-Malpighi – Bologna; ²Scuola di Specializzazione in Urologia, Alma Mater Studiorum, Univ. di Bologna; ³Scuola di Specializzazione in Urologia, Univ. degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Il video illustra le principali fasi dell'impianto di protesi peniena idraulica tricomponente Zephyr ZSI 475. Vengono particolarmente evidenziate le caratteristiche distintive del modello protesico.

L'accesso chirurgico utilizzato è stato quello peno-scrotale standard. Le peculiarità di questo device possono essere così riassunte: confezione unica per le 3 misure standard misuratore/introduttore specifico, fornito nel kit protesico, con apposita spatola notevole espansione radiale dei cilindri (16-18-21 mm) tripla camera, con impregnabilità all'antibiotico della camera esterna spiccata malleabilità dei tip extenders raccordo pompa-serbatoio a connessione manuale (senza neces-

sità di strumenti). Le fasi dell'impianto non differiscono in alcun modo da quelle tradizionali. Il nuovo impianto ha garantito una completa rigidità soddisfacendo pienamente le aspettative del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V10

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

Antonini G¹, De Berardinis E¹, Cristini C¹, Busetto GM¹, Vicini P.¹, V. Gentile¹, Perito P.E.²

¹Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza" Roma; ²Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del Lavoro. Nel video gli autori descrivono i passaggi fondamentali della tecnica di impianto mini invasivo di protesi peniena idraulica con accesso infrapubico sec. Paul E. Perito.

Materiali e Metodi. Sono stati sottoposti negli ultimi 18 mesi tale procedura 45 pazienti affetti da deficit erettile non responder alla terapia per os ed alla farmacoinfusione, età media 64 anni (range 54-74).

La tecnica descritta prevede i seguenti passaggi operatori: induzione di erezione artificiale (per valutare eventuali recurvatum), incisione infrapubica di circa 2,5 cm, posizionamento di due punti di reperi su ogni corpo cavernoso lateralmente al fascio vascolo-nervoso, corporotomia minima usando una lama da 12 curva, misurazione e dilatazione minima sia prossimale che distale con introduttore di Furlow, creazione dello spazio per il reservoir posteriormente alla fascia trasversalis attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm, impianto dei due cilindri protesici, successiva connessione con il reservoir e verifica funzionale e del risultato estetico ottenuto, creazione di tasca sottodartica scrotale attraverso l'utilizzo di speculum nasale, chiusura delle due corporotomie, posizionamento di drenaggio nello scroto attraverso speculum nasale, chiusura della parete a strati, medicazione contenitiva semicompressiva.

Risultati. Assenza di complicanze nel decorso post-operatorio. I controlli a 6 e 12 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.

Conclusioni. Tale procedura è stata sviluppata per ridurre il tempo operatorio e ottimizzare il risultato sia estetico che funzionale. I vantaggi di tale tecnica sono rappresentati da piccola incisione sovrapubica di circa 2,5 cm con guarigione più rapida rispetto all' incisione dello scroto, ridotta incidenza di ematomi scrotali che generalmente aumentano il rischio di infezione, agevole accesso all'anello inguinale per impiantare il reservoir, assenza di tubi di raccordo palpabili ad eccezione di quello della pompa nello scroto, possibilità di effettuare contestuale sezione del legamento sospensore penieno ed allungare il pene in casi selezionati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1 DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Vitaros[®] 2 mg / g crema
Vitaros[®] 3 mg / g crema

2 COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ciascun contenitore monouso contiene 200 microgrammi di alprostadil in 100 mg di crema (2 mg/g). Ciascun contenitore monouso contiene 300 microgrammi di alprostadil in 100 mg di crema (3 mg/g). Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3 FORMA FARMACEUTICA

Crema. Vitaros[®] è una crema di colore da bianco a bianco avorio fornita in un contenitore (AccuDose) monodose. AccuDose è un contenitore costituito da uno stantuffo, un cilindro e un cappuccio di protezione contenuto in una singola bustina protettiva.

4 INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento della disfunzione erettile nell'uomo di età \geq 18 anni. La disfunzione erettile è l'incapacità di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente per permettere un rapporto sessuale soddisfacente.

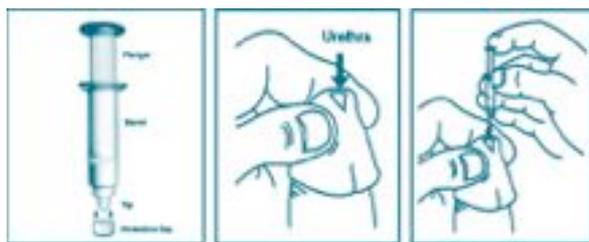
4.2 Posologia e modo di somministrazione

Vitaros[®] viene applicato sulla punta del pene. Vitaros[®] è disponibile in due dosaggi da 200 e 300 mcg di alprostadil in 100 mg di crema. Vitaros[®] deve essere utilizzato in quantità necessaria per raggiungere l'erezione. Ogni contenitore AccuDose di Vitaros[®] è solo monouso e deve essere correttamente smaltito dopo l'uso. L'effetto compare 5-30 minuti dopo la somministrazione. La durata dell'effetto è di circa 1-2 ore. Tuttavia, la durata effettiva varia da paziente a paziente. Ogni paziente deve essere istruito da un medico esperto sulla tecnica adeguata per la somministrazione di Vitaros[®] prima di procedere con l'autosomministrazione. La frequenza massima di somministrazione è di non più di 2-3 volte nell'arco di una settimana e solo una volta in un periodo di 24 ore. La dose iniziale deve essere raccomandata da un medico. Una dose iniziale di 300 mcg può essere considerata specialmente nei pazienti con grave disfunzione erettile, co-morbidità o mancanza di risposta agli inibitori della PDE-5. I pazienti che non tollerano la dose da 300 mcg a causa di effetti collaterali locali possono scendere alla dose inferiore di 200 mcg. Ai pazienti devono essere fornite istruzioni sulla tecnica corretta di somministrazione, sui possibili effetti indesiderati (per esempio: capogiri, svenimento) e la necessità di evitare l'uso di macchinari fino a quando non risulti chiaro il livello di tolleranza individuale del farmaco. Nello studio clinico è stato rilevata una frequenza di abbandono superiore nel gruppo trattato con 300 mcg rispetto al gruppo 200 mcg, rispettivamente del 30% e 20%.

Modo di somministrazione:

Applicare Vitaros[®] sulla punta del pene (meato) circa 5-30 minuti prima di iniziare il rapporto sessuale seguendo le istruzioni riportate di seguito:

- 1) Lavarsi le mani prima di applicare Vitaros[®]. Rimuovere il contenitore AccuDose dalla bustina strappando il bordo dentellato. Conservare la bustina per eliminare successivamente il contenitore AccuDose usato. Rimuovere il cappuccio dalla punta del contenitore AccuDose. Vedi fig. 1.
- 2) Afferrare la punta del pene con una mano e allargare delicatamente l'apertura del pene. Vedi fig. 2 (nota, se non è circonciso, abbassi prima il prepuzio e lo trattienga in tale posizione mentre successivamente allarga l'apertura del pene).
- 3) Tenere il cilindro del contenitore AccuDose tra le dita e posizionare la punta del contenitore sopra l'apertura del pene e lentamente (più di 5-10 secondi), spingere verso il basso lo stantuffo con il dito fino a quando tutta la crema non viene espulsa dal contenitore AccuDose. Nota: Non inserire la punta del contenitore nell'apertura del pene. Vedi fig. 3.
- 4) Tenere il pene in posizione verticale per circa 30 secondi per permettere alla crema di penetrare. Ci potrebbe essere della crema in eccesso. La quantità di crema eccedente varierà a seconda del paziente e non è inusuale che metà della dose possa rimanere sul bordo dell'apertura. Non utilizzare un secondo contenitore AccuDose per compensare la crema non introdotta nell'apertura del pene. I residui di crema in eccesso che coprono l'apertura possono essere spalmati delicatamente sulla pelle che circonda il meato con la punta di un dito.
- 5) Ricordi che ogni dose di Vitaros[®] è per una singola somministrazione. Rimettere il cappuccio sul contenitore AccuDose e riportarlo nella bustina aperta, piegare e smaltire in conformità alla normativa locale vigente.
- 6) Vitaros[®] può essere irritante per gli occhi. Lavarsi le mani dopo l'applicazione di Vitaros[®].



4.3 Controindicazioni

Vitaros[®] non deve essere usato in pazienti affetti da:

- Patologie pregresse quali ipotensione ortostatica, infarto del miocardio e sincope.
- Ipersensibilità nota ad alprostadil o ad uno degli eccipienti di Vitaros[®].
- Condizioni che potrebbero predisporre al priapismo, quali anemia falciforme o a tratto falciforme, trombocitemia, policitemia o mieloma multiplo, o leucemia.
- Anomala anatomia del pene, quali ipospadia grave, nei pazienti con deformazioni anatomiche del pene, come la anomale curvatura, e nei pazienti con uretrite e balanite (infiammazione / infezione del glande del pene).
- Inclini a trombosi venosa o che hanno una sindrome da iperviscosità e quindi sono ad aumentato rischio di priapismo (erezione rigida della durata di 4 o più ore).
- Vitaros[®] non deve essere usato in pazienti per i quali l'attività sessuale è sconsigliata come negli uomini con condizioni cardiovascolari o cerebrovascolari instabili.
- Vitaros[®] non deve essere utilizzato per un rapporto sessuale con una donna in età fertile a meno che la coppia non utilizzi un preservativo.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

Effetti locali:

Erezioni prolungate della durata > 4 ore (priapismo), anche se rare, sono state osservate con l'uso di Vitaros[®]. Il priapismo è stato osservato in due studi a 3 mesi in 1 paziente (0,06%) e nello studio > 6 mesi in 5 (0,4%) pazienti, di cui 4 (0,3%) nel gruppo da 200 mcg e 1 (0,1%) nel gruppo da 300 mcg. In caso di priapismo, il paziente deve essere informato di cercare immediata assistenza medica. Se il priapismo non viene trattato immediatamente, può causare un danno al tessuto del pene e una perdita permanente di potenza. Ipertensione sintomatica (capogiri) e sincope si sono verificati in una piccola percentuale di pazienti (2/459 (0,4%), 6/1591 (0,4%), e 6/1280 (0,5%) a dosi di alprostadil di 100, 200 e 300 mcg, rispettivamente, durante gli studi di Fase 3. I pazienti devono essere avvertiti di evitare attività, come guidare o eseguire attività pericolose, che potrebbero provocare incidenti nel caso insorgesse sincope in seguito alla somministrazione di Vitaros[®]. Prima di iniziare il trattamento con Vitaros[®], le cause di disfunzione erettile, che sono trattabili, devono essere escluse mediante appropriati metodi diagnostici. Inoltre, i pazienti con patologie pregresse, come ipertensione ortostatica, infarto del miocardio e sincope, non devono utilizzare Vitaros[®] (vedi CONTROINDICAZIONI,

paragrafo 4.3). Non sono stati condotti studi clinici in pazienti con una storia di patologia neurologica o lesione spinale. La farmacocinetica di Vitaros[®] non è stata valutata in pazienti con insufficienza epatica e/o renale. Potrebbe essere necessario ridurre il dosaggio in queste popolazioni a causa di alterazioni del metabolismo.

Precauzioni generali: Vitaros[®] deve essere applicato seguendo le istruzioni riportate sopra. L'esposizione intrauretrale involontaria può causare bruciore al pene o sensazione di formicolio e dolore. L'effetto della esposizione ripetuta a lungo termine intrauretrale di Vitaros[®] è sconosciuto. I pazienti devono essere informati che Vitaros[®] non offre alcuna protezione alla diffusione di malattie sessualmente trasmissibili. I pazienti e le partner che utilizzano Vitaros[®] devono essere consigliati circa le misure di protezione necessarie per evitare la diffusione di agenti trasmissibili sessualmente, compreso il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Gli operatori sanitari dovrebbero incoraggiare i loro pazienti a informare le loro partner sessuali che stanno utilizzando Vitaros[®]. Le partner di coloro che utilizzano Vitaros[®] possono manifestare eventi avversi, più comunemente irritazione vaginale. Si raccomanda pertanto l'uso di un preservativo. Non sono stati studiati gli effetti di Vitaros[®] sulla mucosa orale o anale. Un preservativo deve essere usato in caso di sesso orale (fellatio) o sesso anale.

Vitaros[®] non ha proprietà contraccettive. Si raccomanda che le coppie che utilizzano Vitaros[®] usino una contraccettazione adeguata se la partner è in età fertile. Non ci sono informazioni sugli effetti durante la prima fase di gravidanza di alprostadil relativamente alle quantità ricevute dalle partner di sesso femminile. Deve essere utilizzato un preservativo in caso di rapporti sessuali con donne in età fertile, donne in gravidanza o che allattano. L'utilizzo del farmaco è stato studiato solo unitamente a preservativi a base di lattice, non si possono escludere eventuali rischi di danni a preservativi composti da altri materiali.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Non sono stati condotti studi di interazione di farmacocinetica o farmacodinamica con Vitaros[®]. Basandosi sul metabolismo del farmaco (vedere "Proprietà farmacocinetiche"), interazioni farmaco-farmaco sono da considerarsi improbabili.

Effetti di interazione

Non è stata studiata la sicurezza e l'efficacia di Vitaros[®], in concomitanza con altri trattamenti per la disfunzione erettile, in particolare con gli inibitori della fosfodiesterasi-5 (PDE-5) o sildenafil, tadalafil e vardenafil. Pertanto, Vitaros[®] non deve essere usato in associazione con gli inibitori della PDE5. Poiché sia Vitaros[®] sia gli inibitori della PDE5 hanno effetti cardiovascolari, un ulteriore aumento del rischio cardiovascolare non può essere escluso. Non sono stati effettuati studi di interazione relativi all'impiego di Vitaros[®] in pazienti con impianto penieno o trattati con rilassanti della muscolatura liscia come la papaverina e farmaci usati per indurre l'erezione come i farmaci alfa bloccanti (ad esempio fenotolamina intracavernosa, timoxamina). C'è un rischio di priapismo (erezione anomala prolungata dolorosa) se Vitaros[®] viene usato in concomitanza con questi farmaci. Non sono stati effettuati studi di interazione tra Vitaros[®] e simpatomimetici, decongestionanti e soppressori dell'appetito. Quando usato in associazione con questi medicinali, Vitaros[®] può avere un effetto ridotto (inibizione dell'effetto farmacologico). Non sono stati effettuati studi di interazione tra Vitaros[®] e farmaci anticoagulanti o inibitori dell'aggregazione piastrinica. L'uso di Vitaros[®] in associazione con tali farmaci potrebbe aumentare il rischio di sanguinamento uretrale ed ematuria. L'associazione con farmaci antipertensivi e farmaci vasoattivi potrebbe aumentare il rischio di ipotensione; soprattutto negli anziani.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

Gravidanza

Non vi sono dati riguardanti l'uso di Vitaros[®] in donne in gravidanza. L'esposizione indiretta all'alprostadil nelle donne è probabilmente bassa. I dati sugli animali dopo esposizione a dosi elevate di alprostadil mostrano effetti tossici sulla riproduzione (vedere paragrafo 5.3). Le donne in gravidanza non devono essere esposte ad Vitaros[®].

Allattamento

Non è noto se l'esposizione indiretta all'alprostadil porti ad una significativa escrezione nel latte materno. Non è raccomandato l'uso di Vitaros[®] durante l'allattamento.

Fertilità

In conigli maschi, è stata osservata atrofia dei tubuli seminiferi dei testicoli dopo somministrazione ripetuta. Non è noto se Vitaros[®] ha un effetto sulla fertilità maschile umana.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sugli effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Poiché capogiri e sincope (svenimento), sono stati riportati raramente durante gli studi clinici con Vitaros[®], i pazienti devono evitare mansioni, come la guida o attività rischiose, per almeno 1-2 ore dopo la somministrazione di Vitaros[®], in quanto l'insorgenza di sincope potrebbe provocare incidenti.

4.8 Effetti indesiderati

Tabella delle reazioni avverse

Gli eventi avversi più frequentemente riportati in trattamento con Vitaros[®] sono elencati nella tabella sottostante (molto comune \geq 1/10; comune \geq 1/100, <1/10, non comune \geq 1/1000, <1/100, raro \geq 1/10000, <1/1000, molto raro <1/10000). Il priapismo (una erezione che dura più di 4 ore) è una condizione grave che richiede un trattamento immediato da parte di un medico.

TABELLA 1 REAZIONI AVVERSE

Classificazione sistemica organica (MedDRA)	Frequenza	Reazioni avverse
Patologie del sistema nervoso	Non comune	Iperestesia
Patologie vascolari *	Non comune	Capogiri - Ipotensione - Sincope
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Comune	Rash cutaneo
Patologie del tessuto muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Non comune	Dolore alle estremità
Patologie renali e urinarie	Comune	Dolore uretrale
	Non comune	Stenosi uretrale - Infiammazione delle vie urinarie
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Comune	Bruciore al pene - Dolore al pene - Eritema al pene Dolore genitale - Disturbo genitale - Eritema genitale Aumento dell'erezione - Prurito ai genitali Edema del pene - Balanite - Formicolio del pene Pulsazioni del pene - Intorpidimento del pene
		Nelle donne partner: Sensazione di bruciore vulvovaginale - Vaginite
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Non comune	Prurito del pene - Rash genitale - Dolore scrotale Pienezza dei genitali - Eccessiva rigidità Mancanza di sensibilità al pene Erezione prolungata e/o priapismo
		Nelle donne partner: prurito vulvovaginale
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Non comune	Dolore alla sede di somministrazione

Popolazioni speciali

* Non vi è alcuna chiara indicazione che alprostadil causi un aumento del rischio di eventi cardiovascolari, ad eccezione degli effetti vasodilatatori. Tuttavia, non si può escludere che i pazienti con pregressa malattia o fattori di rischio un rischio aumentato di avere eventi, in concomitanza con un aumento dell'attività sessuale/ fisica che è associata all'uso di alprostadil (vedere paragrafi 4.3 e 4.4).

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale.

Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/modalita%20di-segnalazione-delle-sospette-reazioni-avverse-ai-medicinali>.

4.9 Sovradosaggio

Con Vitaros® non sono stati riportati casi di sovradosaggio che richiedevano un trattamento. In caso di sovradosaggio con Vitaros®, si potrebbe verificare ipotensione, sincope, capogiri, dolore penieno e possibile priapismo (erezione rigida che dura per più di 4 ore). Il priapismo può causare peggioramento permanente della funzione erettile. I pazienti con sospetto di sovradosaggio che manifestano questi sintomi devono essere tenuti sotto stretta sorveglianza medica fino a che i sintomi locali o sistemici non siano risolti.

Si deve informare il paziente di consultare immediatamente un medico, se l'erezione perdura per più di 4 ore. Devono essere presi i seguenti provvedimenti:

- Far stendere il paziente supino o sul fianco. Applicare alternativamente per due minuti su ciascun lato superiore interno della coscia del ghiaccio (questo dovrebbe portare ad un rilassamento riflesso delle valvole venose). Se non si ottiene risposta entro 10 minuti, interrompere il trattamento.
- Se questo trattamento è inefficace e l'erezione perdura per più di 6 ore, si deve effettuare un'aspirazione peniena. Usando procedure sterili, inserire un ago butterfly di calibro 19-21 nel corpo cavernoso e aspirare 20-50 ml di sangue. Questo dovrebbe portare a una detumescenza del pene. Se necessario, ripetere l'operazione sul lato opposto del pene.
- Se il trattamento non ha successo, si raccomanda la somministrazione di un farmaco a-adrenergico per iniezione intercavernosa. Questa operazione deve essere effettuata con cautela, anche se nel trattamento del priapismo l'abituale controindicazione alla somministrazione intrapeniena di un vasocostrittore non è valida. Si devono monitorare continuamente la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca durante la procedura. Estrema cautela va usata in pazienti che presentano patologie delle coronarie, ipertensione non controllata, ischemia cerebrale, e in tutti i soggetti che sono in trattamento con inibitori delle MAO (mono ammino ossidasi). In quest'ultimo caso, devono essere disponibili i presidi per il controllo delle crisi ipertensive.
- Si deve preparare una soluzione di 200 microgrammi/ml di fenilefrina e iniettare, ogni 5-10 minuti, da 0,5 a 1,0 ml di soluzione. In alternativa può essere usata una soluzione di 20 microgrammi/ml di adrenalina. Se necessario, questo può essere seguito da una ulteriore aspirazione di sangue tramite lo stesso ago butterfly. La massima dose di fenilefrina deve essere di 1 mg, quella di adrenalina 100 microgrammi (5 ml di soluzione).
- Come alternativa può essere usato metamizolo, ma si deve tener presente che sono state riportate crisi ipertensive fatali dopo somministrazione di questo farmaco. Se anche questo trattamento dimostra inefficacia a risolvere il priapismo, il paziente deve essere immediatamente sottoposto a trattamento chirurgico.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: Farmaci usati nella disfunzione erettile

Codice ATC: G04BE01

Meccanismo d'azione:

Alprostadil è chimicamente identico alla Prostaglandina E1, la cui azione comporta dilatazione dei vasi sanguigni nei tessuti erettili dei corpi cavernosi ed aumento del flusso arterioso cavernoso, causando la rigidità del pene. Dopo l'applicazione di Vitaros l'erezione insorge nell'arco di 5-30 minuti. Alprostadil ha una breve emivita nell'uomo e l'effetto sull'erezione può durare da 1 a 2 ore dopo la somministrazione.

Efficacia:

Due studi di fase 3 hanno valutato l'efficacia di Vitaros® nei pazienti con disfunzione erettile. Rispetto al placebo, un miglioramento statisticamente significativo è stato osservato nei gruppi trattati con alprostadil 100, 200 e 300 mcg per ciascuno degli endpoint primari di efficacia, vale a dire, il punteggio del dominio della funzionalità erettile (EF) dell'International Index of Erectile Function (IIEF) e una migliorata penetrazione vaginale e l'eiaculazione.

Inoltre, sono stati riportati anche miglioramenti complessivi e significatività statistica dei gruppi di trattamento rispetto al placebo in diverse delle variabili di efficacia secondaria, incluso gli altri punteggi del dominio IIEF (funzione orgasmica, soddisfazione sessuale e soddisfazione globale), del Patient Self-Assessment of Erection (PSAE) e del Global Assessment Questionnaire (GAQ).

Efficacia di sottopopolazione:

Miglioramenti simili per i punteggi del IIEF EF a quelli di tutti i pazienti sono stati osservati in vari sottogruppi di pazienti (diabetici, cardiopatici, con prostatectomia, ipertensione e pazienti che non hanno risposto alla terapia precedente con il Viagra e nei due gruppi di età (< 65 e > 65 anni) nelle scale di soddisfazione IIEF (International Index of Erectile Function) EF.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Absorbimento:

La biodisponibilità assoluta per via topica non è stata determinata. In uno studio di farmacocinetica, i pazienti con disfunzione erettile sono stati trattati con 100 mg di Vitaros® crema alle dosi di 100, 200 e 300 mcg di alprostadil. I livelli plasmatici di PGE1, e del suo metabolita, PGE0 erano bassi o non rilevabili nella maggior parte dei soggetti e nella maggior parte dei tempi di campionamento e i parametri farmacocinetici non potevano essere quindi stimati. Valori di Cmax e valori di AUC di 15-keto-PGE0 erano bassi e hanno mostrato un aumento minore rispetto all'aumento proporzionale delle dosi nel range terapeutico di 100-300mcg. Le concentrazioni plasmatiche massime di 15-cheto-PGE0 sono state raggiunte entro un'ora dalla somministrazione.

TABELLA 2 MEDIA (DS) PARAMETRI DI FARMACOCINETICA per 15-keto-PGE0

Parametro	Placebo (N=5)	Vitaros 100 mcg (N=5)	Vitaros 200 mcg (N=5)	Vitaros 300 mcg (N=5)
AUCa (pg*hr/mL)	388 (256)	439 (107)	504 (247)	960 (544)
Cmax (pg/mL)	23 (19)	202 (229)	120 (103)	332 (224)
Tmax (ora)	6 (8)	0.6 (0.4)	1 (0.7)	0.7 (0.3)
T1/2 (ora)	4 (-)b	5 (3)	3 (1)c	6 (6)

a AUC è l'area sotto la curva di concentrazione plasmatica dal tempo zero a 24 ore

b Solo 1 soggetto ha avuto dati sufficienti per la stima dell'emivita

c Solo 3 soggetti avevano dati sufficienti per la stima dell'emivita.

DS = deviazione standard

Distribuzione:

Dopo la somministrazione sul meato e glande del pene, alprostadil viene rapidamente assorbito nel corpo spongioso e nei corpi cavernosi attraverso i vasi collaterali. Il resto entra nella circolazione venosa pelvica attraverso le vene che drenano il corpo spongioso.

Metabolismo:

In seguito a somministrazione topica, PGE1 viene rapidamente metabolizzato localmente per ossidazione enzimatica del gruppo 15-idrossile a 15-keto-PGE1. 15-keto-PGE1 conserva solo 1-2% dell'attività biologica di PGE1 e si riduce rapidamente per formare il più abbondante metabolita inattivo, 13, 14-diidro, 15-keto-PGE che viene principalmente eliminato attraverso reni e fegato.

Escrezione:

Dopo somministrazione endovenosa di alprostadil marcato con tritio nell'uomo, il farmaco marcato scompare rapidamente dal sangue nei primi 10 minuti e rimane solo un basso livello di radioattività nel sangue dopo 1 ora. I metaboliti di alprostadil sono escreti principalmente per via renale, circa il 90% della dose somministrata per via endovenosa viene escreto nelle urine entro 24 ore dopo la somministrazione. Il resto viene escreto nelle feci. Non

vi è alcuna evidenza di ritenzione tissutale di alprostadil o dei suoi metaboliti dopo somministrazione endovenosa.

Farmacocinetica in popolazioni speciali:

Malattia polmonare: I pazienti affetti da malattia polmonare possono avere una ridotta capacità di eliminazione del farmaco. Nei pazienti con sindrome da distress respiratorio dell'adulto, l'estrazione polmonare di PGE1 somministrata per via endovenosa era ridotta di circa il 15% rispetto ad un gruppo di controllo di pazienti con funzione respiratoria normale.

Sesso:

Gli effetti del sesso sulla farmacocinetica di Vitaros® non sono stati studiati e non sono stati condotti studi di farmacocinetica in partner femminili.

Anziani, bambini:

Gli effetti dell'età sulla farmacocinetica di alprostadil topico non sono stati studiati. Vitaros® non è indicato per l'uso nei bambini o in soggetti di età inferiore ai 18 anni.

5.3 Dati preclinici di sicurezza di impiego

Alprostadil, l'eccezione DDAIP e Vitaros® (incluso DDAIP) non hanno mostrato potenziale genotossico. Non sono stati condotti studi di carcinogenicità con alprostadil o Vitaros®. Valutazioni di cancerogenicità dell'eccezione DDAIP non hanno rilevato formazione tumorale dopo somministrazione topica nei topi e per via sottocutanea nei ratti. Nel topo transgenico Tg.AC, DDAIP ad una concentrazione di 1,0% e 2,5% ha indotto sviluppo di papillomi sia nelle femmine sia nei maschi. Questo effetto non è probabilmente rilevante per gli esseri umani, ed è probabilmente causato da irritazione.

Alprostadil non ha alcun effetto sul numero di spermatozoi o sulla morfologia. Tuttavia, l'eccezione DDAIP ha causato atrofia dei tubuli seminiferi dei testicoli nei conigli dopo somministrazione locale ad una concentrazione del 5%. Un effetto direttospermatotossico di DDAIP non è stato testato, è quindi sconosciuta la rilevanza di una possibile riduzione della fertilità maschile negli esseri umani. La somministrazione sottocutanea nel ratto di DDAIP non ha avuto effetti sulla fertilità.

La somministrazione di Alprostadil, per via sottocutanea in bolo a dosi basse, nelle ratta gravida ha evidenziato un effetto embriotossico (diminuzione del peso fetale). Dosi più elevate hanno determinato un aumento dei riassorbimenti, un numero ridotto di feti vivi, aumento dell'incidenza di variazioni e malformazioni viscerali e scheletriche e tossicità materna. Somministrazione intravaginale di PGE1 in coniglie gravide non ha comportato alcun danno al feto.

Gli studi di tossicità riproduttiva con DDAIP, nel ratto e nel coniglio dopo somministrazione sottocutanea, non hanno mostrato effetti nel ratto mentre nel coniglio, a dosi elevate, si è osservata fetotossicità ed aumento di malformazioni probabilmente legate a una tossicità materna. Nessun effetto sullo sviluppo post-natale è stato evidente nel ratto.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Acqua purificata, Etanolo, anidride, Laurato di etile, Gomma di guar idrossipropilata, Dodecil-2-(N,N-dimetilamino)-propionato cloridrato, Potassio diidrogeno fosfato, Idrossido di sodio, per la regolazione del pH, Acido fosforico, per la regolazione del pH.

6.2 Incompatibilità

Non applicabile.

6.3 Periodo di validità

9 mesi per Vitaros® 2 mg/g crema

18 mesi per Vitaros® 3 mg/g crema

Una volta aperto, usare immediatamente, eliminare qualsiasi parte inutilizzata.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Conservare in frigorifero (2° C - 8° C). Non congelare. Le buste sigillate possono essere conservate fuori dal frigorifero da parte del paziente, ad una temperatura inferiore a 25° C fino a un massimo di 3 giorni prima dell'utilizzo. Al termine di questo periodo, il prodotto deve essere eliminato.

Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Vitaros® è fornito in bustine singole contenenti un (1) contenitore AccuDose. Ogni singolo contenitore contiene 100 mg di crema. Vitaros è disponibile in astuccio contenente quattro (4) contenitori. Le bustine sono formate da uno strato di alluminio/laminato. Il contenitore è composto da polipropilene e polietilene.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento

Ogni contenitore è esclusivamente monouso. Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bracco s.p.a. Via E. Folli, 50 - 20134 Milano

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

"2 mg/g crema" 4 contenitori monodose in PP/PE da 100 mg in bustina AL singola AIC 041332014

"3 mg/g crema" 4 contenitori monodose in PP/PE da 100 mg in bustina AL singola AIC 041332026

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

31.05.2013

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Ottobre 2013

Medicinale soggetto a prescrizione medica - RR

Classe C.

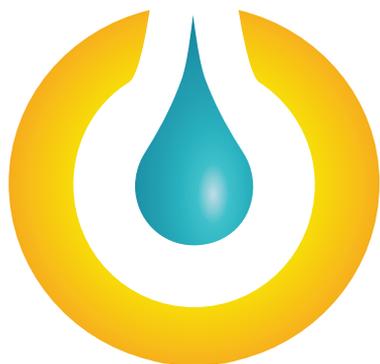
Vitaros^{3 mg/g}
crema
alprostadil

Cod. PE2370

Stampato nel mese di Ottobre 2015



LIFE FROM INSIDE



vitaros[®] 3 mg/g
crema
alprostadil



IL FARMACO IN CREMA PER LA DISFUNZIONE ERETTILE



ALPROSTADIL

questo principio attivo di comprovata efficacia è finalmente disponibile in un farmaco in **CREMA** per uso topico¹



LA NOVITÀ

il **DDAIP**, dodecil dimetilamino propionato, **FAVORISCE L'ASSORBIMENTO** dell'alprostadil a livello del tessuto epiteliale dell'uretra^{1,3} così che l'effetto compare 5-30 minuti dopo l'applicazione del prodotto²



MONODOSE

Vitaros[®] è costituito da una **PICCOLA QUANTITÀ DI CREMA** (100 mg) fornita in un contenitore monodose

L'APPLICAZIONE

1. **Lavarsi le mani** prima di applicare Vitaros[®]²
2. Dopo aver tolto il cappuccio protettivo, **avvicinare il più possibile** il beccuccio arrotondato del contenitore all'apertura del pene; spingere verso il basso lo stantuffo con il dito fino a quando **tutta la crema** non viene espulsa dal contenitore monodose²
3. Assicurarsi che il farmaco **entri completamente** in uretra
4. Tenere il pene in **posizione verticale** per circa 30 secondi² per permettere alla crema di penetrare



1. STANTUFFO
2. CILINDRO
3. BECCUCCIO ARROTONDATO
4. CAPPUCCIO PROTETTIVO

Il prodotto va conservato in frigorifero (2°C-8°C), **può essere conservato fuori dal frigorifero** ad una temperatura inferiore a 25°C **fino a un massimo di 3 giorni (72 ore) prima dell'utilizzo**

Se il contenitore monodose viene estratto dal frigorifero appena prima dell'applicazione, si consiglia di riscaldare **Vitaros**[®] leggermente trattenendo il dispenser tra le mani per qualche decina di secondi.

BUON PROFILO DI TOLLERABILITÀ



EFFETTI AVVERSI

minimi eventi avversi locali di breve durata¹



INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

non sono note interazioni farmacologiche per l'uso concomitante di altri farmaci¹. Basandosi sul metabolismo del farmaco, interazioni farmaco-farmaco sono da considerarsi improbabili²



INTERAZIONI CIBO E ALCOL

non sono note interazioni con alimenti e con bevande alcoliche¹

1. Moncada et al. *Clinical efficacy and safety of Vitaros®/Virirec® (Alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction*. Urologia. 2015; 0(0):0. doi:10.5301/uro.5000116. [Epub ahead of print].
2. Vitaros® Riassunto delle caratteristiche tecniche
3. Aungst BJ. *Absorption Enhancers: Applications and Advances*. AAPS J 2012; 14(1):10-18

ARRIVEDERCI AL XXXIII CONGRESSO NAZIONALE SIA



2017

SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

Presidente SIA
Alessandro Palmieri

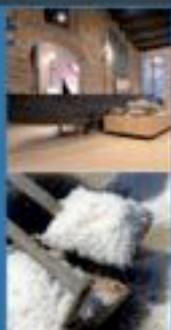
Presidente del Congresso
Too Zenico



CERVIA

25/27 Maggio 2017

MUSEO DEL SALE



“Il sale dell’Andrologia”