

IN VIAGGIO CON SIA **41° ANNO** DESTINAZIONE **BENESSERE**

CONGRESSO NAZIONALE SIA
SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

MILANO MARITTIMA
Palazzo dei Congressi
25 - 27 MAGGIO 2017

ABSTRACTS

PRESIDENTE SIA
ALESSANDRO PALMIERI

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
TEO ZENICO



S.I.A. ®
Società Italiana di Andrologia
Via Luigi Bellotti Bon, 10 Roma (RM) 00197 Italia
Tel. 0680691301 - Fax 0680660226



Segreteria Organizzativa
Emilia Viaggi Congressi & Meeting
Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel + 39 051 6194911 - Fax + 39 051 6194900

COMUNICAZIONI

C01

IS THE CONSERVATIVE SURGERY AN EASY AND SAFE APPROACH FOR BILATERAL BENIGN TESTICULAR TUMORS?

M. Carrino (1), F. Persico (3), M. Fabiano (3), F. Chiancone (1), A. Palmieri (3), C. Acampora (2), L. Pucci (1), P. Fedelini (1)

(1) Dept. of Andrology, A.O.R.N. A. Cardarelli, Naples; (2) Dept. of Radiology, A.O.R.N. A. Cardarelli, Naples; (3) Department of Neuroscience, Reproductive Sciences and Odontostomatology, Urology Section, University of Naples Federico II, Naples

Introduction. Bilateral testicular tumors are a very rare event and represent the 2.7% of all testicular masses. The aim of this study was to describe our experience in testicular tumors, focusing on their diagnosis and conservative surgical treatment (1).

Methods. 231 patients with testicular tumors who underwent testicular surgery for testicular masses at our department from January 2010 to June 2016 were retrospectively analysed. Baseline ultrasonography (US) and an hormone panel test were performed to all patients. Contrast-enhanced ultrasound (CEUS) was performed in the patients with no clear diagnosis of malignant lesion. CEUS allows seeing the distribution of the microcirculation, which is homogeneous in benign lesions and anarchic in malignant lesions. We used histograms that enable to identify the anticipation of vascularization that is typical of malignant lesions. Semen analysis was performed before the testicular surgery and at the 6 month follow-up. Mean values with standard deviations (\pm SD) were computed and reported for all items. Statistical significance was achieved if p-value was ≤ 0.05 (two-sides).

Results. The patients with simultaneously occurring bilateral benign testicular tumors were 6 (2,6%). The average age is 23,8 years (range 16 - 34). Overall, 16 benign lesions are removed. The average diameter was 0,78cm (range 0,3 - 1,8cm). Preoperative average value of testosterone was $624,3 \pm 225,08$ ng/dl (range 351 - 946 ng/dl). Preoperative average values of spermiogram were: global sperm cells count $45 \pm 17,34$ millions (range 35 - 80 millions), sperm progressive motility $35,83 \pm 3,77\%$ (range 29 - 40), normal forms $6 \pm 2,37\%$ (range 3-9). No significant differences were seen for the average value of testosterone ($p=0,7648$) and for global sperm cells count ($p=0,8273$), sperm progressive motility ($p=0,2582$), normal forms ($p=0,4476$). PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) test average score was 2 (1 - 4). No recurrences were seen at a median follow-up of 24,3 months.

Conclusion. In our experience the exocrine and the endocrine functions are both preserved. In addition, we should consider the psychological and cosmetic benefits of receiving a conservative treatment. In conclusion, conservative surgery should be proposed for simultaneously occurring bilateral benign lesions.

References:

1-Zuniga A, Lawrentschuk N, Jewett MA. Organ-sparing approaches for testicular masses. Nat Rev Urol. 2010 Aug;7(8):454-64

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C02

PENILE LENGTH PRESERVATION AFTER PROSTHESIS: IS AMS LGX MORE EFFECTIVE THAN AMS CX? A PROSPECTIC, RANDOMIZED STUDY.

E. Caraceni, MD*; **L. Utizi, Clinical Psychologist***; **L. Leone, MD†**, **E. S. Pescatori, MD §**

**Departments of Urology, Civitanova Marche Hospital, Macerata; † Institute of Urology Polytechnic University of Marche, Ancona; § Hesperia Hospital, Modena.*

Introduction and objective. Hydraulic penile prosthesis implantation (PPI) is almost unanimously considered the best solution for severe erectile dysfunction (ED); while patients and their partners commonly report high quality of life scores and satisfaction rates, a potential issue is postoperative reduced penile length. To verify if the AMS LGX prosthesis, with cylinders expanding in girth and length, can prevent penile shortening following surgery, and to compare its impact on penile length with the AMS CX device, which cylinders expand in girth only.

Materials and Methods. Thirty-two consecutive patients with severe ED scheduled for three-component hydraulic penile prosthesis placement were randomized in two groups: AMS LGX and AMS CX devices. Preoperatively a baseline stretched penile length (SPL) was obtained. In both groups our routine strategy for length preservation, consisting of cylinder oversizing (1 cm) and device kept activated for two weeks postoperatively, was used. Post-operatively penis length at fully inflated device was recorded at 1, 6 and 12 months. Participants completed the "Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis" (QoLSPP) questionnaire at one year follow-up.

Results. Baseline mean SPL were: 14.7 cm (range:12.5 - 17) in the LGX group; 15.4 cm (range:12.5 - 17.5) in the CX group. At 1 month postoperatively no difference emerged between the two device groups in terms of fully inflated device penile length compared to baseline measurements. At 6 months follow-up the LGX group showed a mean significant length increase of 0.9 cm ($p=0.008$) compared to baseline, while the CX group did not ($p=0.556$). At 1 year follow-up both LGX and CX groups exhibited a statistically significant mean increase in penile length compared to baseline (2.1 cm, $p=0.001$, and 0.8 cm, $p=0.001$, respectively). QoLSPP questionnaire showed high scores in all its domains (functional, relational, social and personal) in both groups, with no significant differences emerging between the two groups.

Conclusions. Both tested devices, with strategies of cylinder oversizing and prolonged postoperative activation, prevent penile shortening, promote penile length gain, and are associated with high satisfaction rates and QoL scores. The LGX device provides a greater and faster penile length gain compared to the CX device. The 20% LGX cylinder in vitro length gain indicated by the Company translates in a in vivo penile length gain of 14.3% at one year follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C03

RUOLO DI DIALLIL TIOSULFINATO E NUCIFERINA (CAMPEDEX-5®) NEL TRATTAMENTO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE: STUDIO PILOTA

T. Cai (1), B. Giammusso (2), A. Zucchi (3), F. Chiancone (4), M. Carrino (4), F. Mastroeni (5), F. Commerci (6), A. Palmieri (7), G. Franco (8).

(1) U.O. Urologia, Ospedale Regionale Santa Chiara, Trento; (2) Clinica Urologica, Musumeci, Catania; (3) Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Perugia; (4) U.O. Urologia, Azienda Ospedaliera Cardarelli, Napoli; (5) Centro Riproduzione Umana, Messina; (6) Centro di Terapia Ionoforetica, Bologna; (7) Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Napoli,

Federico II, Napoli; (8) Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Roma, La Sapienza, Roma.

Introduzione. In circa 1/3 dei pazienti affetti da eiaculazione precoce (EP) è presente anche un deficit dell'erezione (31.9% tra 45 e 64 anni). La coesistenza di queste due patologie nello stesso soggetto determina un aggravamento sostanziale della qualità di vita. L'utilizzo di CAMPEDEX-5®, i cui due principi attivi sono il diallil-tiosulfonato (vasodilatatore periferico) e la nufiferina (dopaminergico), si presenta come una potenziale arma terapeutica nel trattamento dell'EP primitiva o secondaria a DE. Scopo di questo lavoro è quello di valutare la tollerabilità e l'efficacia di CAMPEDEX-5® nel controllo dell'eiaculazione nei pazienti affetti da EP. **MATERIALI E Metodi.** Tra Luglio 2015 ed Ottobre 2016, sono stati arruolati in questo studio pilota 154 pazienti affetti da EP primitiva con o senza DE associato e sottoposti a trattamento con CAMPEDEX-5® 1 cpr a gironi alterni per 3 mesi. Nessun paziente era stato sottoposto a chirurgia radicale pelvica o radioterapia. All'arruolamento e dopo 3 mesi ai pazienti era stato chiesto di completare i seguenti questionari: IIEF-5, PEDT, IELT (media tra quello riportato dal paziente e dalla partner) e MSHQ-EJD. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti esami ematici: FSH, LH, Prolattina, Testosterone libero e totale, TSH, T3, T4. Sono stati raccolti anche i PROs. I dati del follow-up sono stati confrontati con il base-line.

Risultati. Dei 154 pazienti arruolati, 143 hanno completato lo studio. Alla visita di follow-up i pazienti hanno dimostrato una differenza statisticamente significativa in termini di funzione erettile (IIEF-5 baseline 8.7 vs follow-up 14.01; $p<0.001$) e di controllo dell'eiaculazione (IELT baseline 5.4 vs follow-up 18.3; $p<0.001$). Inoltre, 97 pazienti su 143 (67.8%) hanno riportato un miglioramento soggettivo della qualità dell'erezione e del controllo dell'eiaculazione tra il baseline ed il follow-up (PROs). Nessun paziente ha riportato effetti collaterali tali da sospendere la terapia.

Conclusioni. In conclusione il nostro studio, seppur basandosi su risultati ottenuti da uno studio pilota, dimostra come CAMPEDEX-5® è in grado di migliorare il controllo dell'eiaculazione nei pazienti con EP primitiva associata o no al DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C04

L ' ANDROLOGIA DEL NUOVO MILLENNIO : ESISTE IL NUOVO MASCHIO? QUESTIONARIO CONOSCITIVO – PROVOCATIVO

M. Diambrini , G. Diambrini , W. Giannubilo , B. Azizi , P. Fulvi , V. Ferrara

UOC Urologia, Jesi (AN)

Introduzione. Nella confusione dei modelli e nella kermesse delle proposte , nella suggestione dei messaggi in un mondo ormai globalizzato, il questionario si propone di valutare se esistono vere novità sul modello di maschio o se resistono ancora vecchi concetti e idee. Nel 2005 The Economist in un articolo “The stronger sex” comparando salute fisica di uomini e donne concludeva che le donne erano più resistenti degli uomini. Nel 2015 lo stesso The Economist ribadisce che “Gli uomini stanno diventando sempre più il sesso debole “ Lo scopo del lavoro è capire la mentalità e le eventuali esigenze del paziente/utente che frequenterà l'ambulatorio di andrologia/sessuologia.

Materiali e metodi. Sono stati intervistati 18 maschi e 26 femmine di età compresa tra i 19 e i 60 anni : questionario sull'esistenza del “nuovo “ maschio: 10 domande : se esiste questo nuovo maschio e se è egoista altruista attivo o passivo . Vengono inoltre proposti alcuni “modelli di

maschio: 1) l' adolescente titubante alla ricerca di modelli ; 2) il cybermaschio su internet; 3) il macho 4) l imprenditore di successo ; 5) il maturo della terza età con nuove consapevolezza ; 6) l' anziano over 80 con buona qualità di vita) 7) nessuno dei precedenti

Risultati. il 72,7 % degli intervistati ritiene che il nuovo maschio esista e ne sono più convinte le femmine 76,9 % (20/26) contro il 66.6 % dei maschi (12/18). Il nuovo maschio è un egoista per 20/44 (45,4 %) e ne sono più convinte le femmine con 13/26 (50 %) rispetto ai maschi 7/18 (38,8 %) Per quanto riguarda l' iniziativa sessuale del nuovo maschio le risposte sono orientate a una sostanziale parità con una percentuale del 69,2 % delle risposte globali e anche in questo caso ne sono più convinte le femmine con una percentuale del 69,2 %, rispetto al 50 % dei maschi : per il restante 50 % dei maschi l' iniziativa viene presa dal maschio dalla femmina o non sa rispondere per una identica percentuale del 16,6 %

Il nuovo maschio avrebbe un età compresa tra 20 e 40 anni per il 46 % degli intervistati , mentre non ha età definibile per il 26 %. Dei modelli proposti : per il 33 % nessuno sembra incontrare i favori del nuovo maschio, mentre si affaccia il modello del cyber maschio per il 33 % con diverse sfaccettature dovute all età. Il modello macho resiste con un 12 % delle preferenze

Discussione e conclusioni. l' identikit del nuovo maschio come da questionario: ha un età compresa tra 20 e 40 anni prevalentemente egoista soprattutto alla luce degli occhi delle partner, spesso concentrato sul mondo cyber della realtà virtuale, ancora alla ricerca del modello di se stesso anche se resistono suggestioni di machismo.. che però non impediscono una sostanziale democrazia nell iniziativa sessuale.

Ruolo dell andrologo è prendere coscienza dell' esigenza e voglia di novità dei pazienti del nuovo millennio pur nella confusione e nella difficoltà di identificazione con un particolare modello che viene ricercato anche in rete. Questa poi può essere sfruttata anche in modo relazionale interattivo – propositivo per l iniziativa sessuale. La richiesta di aiuto potrebbe risiedere nel conflitto tra i desiderata della realtà virtuale e i reali problemi organici e relazionali della vita di tutti i giorni : un approccio consapevole da parte dell' andrologo sessuologo porterà a una più corretta lettura della domanda. Per di più il “nuovo maschio” non può prescindere dal considerare la “nuova femmina”. Ma questa sarà un'altra storia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C05

THE PRESENCE OF CHLAMYDIA TRACHOMATIS INFECTION IS A RISK FACTOR FOR EARLY, WORSE AND SEXUAL QUALITY OF LIFE DECREMENTING RECURRENCES IN CHRONIC PROSTATITIS PATIENTS: RESULTS FROM A LONGITUDINAL COHORT STUDY

T. Cai¹, F. Pisano², V. Magri³, P. Verze⁴, A. Palmieri⁴, G. Malossini¹, S. Mazzoli⁵, G. Perletti⁶, P. Gontero², V. Mirone⁴, R. Bartoletti⁷

1 Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; 2 Department of Urology, University of Turin, Turin; 3 Urology and Sonography Secondary Care Clinic, Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano; 4 Department of Urology, University of Naples Federico II, Naples; 5 Sexually Transmitted Diseases (STD) Centre, Santa Maria Annunziata Hospital, Florence; 6 Biomedical Research Division, Dept. of Theoretical and Applied Sciences, Università degli Studi dell'Insubria, Busto Arsizio, Italy; Department of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine and Medical Sciences, University of Ghent, Belgium; 7 Department of Urology, University of Pisa, Pisa, Italy.

Scopo del lavoro. The role of Chlamydia trachomatis (Ct) infection as causative pathogen of chronic bacterial prostatitis (CBP) has been extensively demonstrated. The impact of Ct infection in determining the natural history of CBP is, however, unknown. We aimed to assess whether CBP caused by Ct is associated with a different natural history and clinical outcome characteristics.

Materiali e metodi. A consecutive series of 311 patients with clinical and instrumental diagnosis of CBP due to Ct was enrolled (Cohort A) and compared with data obtained from a control group of 524 patients with CBP caused by common uropathogen bacteria (Cohort B). All participants were asked to complete the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), IPSS, the International Index of Erectile Function-15 erectile function domain (IIEF-15-EFD), PEDT and the SF-36 questionnaires. All patients were followed with clinical and microbiological evaluations.

Risultati. After a mean follow-up time of 42.3 months, the group A showed significantly higher number of symptomatic episodes when compared with group B [4.1 (± 1.1) vs 2.8 (± 0.8), p

Conclusioni. Patients affected by CBP due to Ct infection reported early, worsened and sexual impacting symptomatic recurrences, when compared with patients affected by CBP caused by traditional uropathogenic bacteria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C06

SINGLE CENTER EXPERIENCE IN SURGICAL CORRECTION OF ADULT ACQUIRED BURIED PENIS: SUBJECTIVE AND OBJECTIVE RESULTS.

A. Cocci, G. Garaffa, M. Falcone, M. Capece, G. Chiriaco, D. Ralph

Department of Urology – St. Peter's Andrology, London, UK.

Objective. Few medical conditions as well as metabolic syndrome can potentially lead to an acquired buried penis. Due to the rarity of the disturb, it has been rarely reported in the scientific literature. The purpose of our study is to identify the surgical and functional outcome of this challenging reconstruction in a wide cohort of patients.

Methods. 46 consecutive patients referred to our outpatients clinic for a buried penis were retrospectively identified. Clinical data were retrospectively reviewed. Nevertheless, all patients were contacted through a telephone call and were asked to answer to an “ad hoc” created 4-items questionnaire in order to assess the functional outcomes and the satisfaction rate.

Results. The average age of the patients in our cohort was 49,8 (SD 17,4). The average BMI was 32,6 (SD 8,7). The average hospital stay occurred to be 5,1 (SD 5) days. 65,2% of our patients were affected by diabetes type I. The prevalent clinical presentations underlying the referral to our clinic was recurrent genital infections (8,7%), sexual problems (28,3%), urinary problems (26,1%), BXO (13%) and association of both sexual and urinary problems (23,9%).

The surgical steps of the procedure were extremely variable according to the clinical presentations and included a circumcision (37%), a scrotoplasty (21,7%), a V-Y skin plasty (6,5%), a skin grafting of the penile shaft (STSG 13% - FTSG 37%), a suprapubic fat pad excision (63%), a apronectomy (39,1%) and a division of the suspensory ligament (26,1%).

No intraoperative complications were recorded. Postoperative complications occurred in 23,9%. However a minority of cases (8,3%) required a surgical revision.

Focusing on functional results vaginal penetration ended up to be more effective in most of the patients (97,8%), even of erectile function improved in a minority of patients (43,5%). The penile erogenous sensation were maintained in most of the patients (95,7%). Aesthetic appearance of the genitalia fully satisfied 71,7% of our patients. However 8,7% of them declared to be extremely unsatisfied. The overall patients' satisfaction for the procedure resulted 84,8% as well as the surgeon's which ended up to be 89,1%.

The multivariate analysis did not show any statistically significant risk factor between the complications rate and the surgical revision apart from the BMI > 35 ($p=0,03$ and $p=0,02$).

Conclusions. Management of adult acquired buried penis is a challenging, yet correctable problem. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C08

VALUTAZIONE DELLA QUALITA' SEMINALE IN PAZIENTI INFERTILI DOPO CORREZIONE DI VARICOCELE: ANALISI DI 60 CASI

G. Peluso, C. Perri, L. Linori, N. Gallo, G. Chiodo, T. Scagliola, G. Morrone.

U.O.S.D. di Fisiopatologia della Riproduzione-PMA-Andrologia A.O. di Cosenza

Introduzione e obiettivi. E' opinione diffusa in letteratura che il varicocele è causa più frequente di dispermia in soggetti infertili. Infertili con varicocele hanno indice di frammentazione del DNA spermatico più elevato rispetto ad altri infertili, probabilmente per una maggiore attività ossidativa a livello seminale ridotta in maniera significativa dopo rimozione dello stesso. Scopo del lavoro è stato valutare la frammentazione del DNA spermatico e qualità seminale in infertili prima e dopo correzione chirurgica, nonché la pregnancy rate.

Materiali e metodi. Sono state reclutate 60 coppie (donne > 37 anni, uomini tra 30 e 50 anni) con infertilità da circa 1 anno, afferite al nostro servizio. I partner maschili, indagati da un punto di vista andrologico, presentavano segni clinici di varicocele, confermato con ECD e spermiogramma (WHO 2010). 40 di loro sono stati sottoposti a varicocelectomia; monitorati prima dell'intervento con due spermiogrammi a distanza di una settimana l'uno dall'altro e a distanza di 3 mesi dall'intervento. E' stato effettuato lo studio della Frammentazione del DNA spermatico sui liquidi seminali pre e post intervento e valutata la % DFI con Halosperm kit (metodo SCD).

I restanti 20 soggetti sono stati sottoposti a sola osservazione (gruppo di controllo). Infine, in entrambi i gruppi è stata valutata la pregnancy rate spontanea o da PMA nel follow-up di 1 anno.

Risultati. A 3 mesi dalla correzione del varicocele abbiamo ottenuto i seguenti risultati:

- Miglioramento dei parametri seminali con incremento della concentrazione di circa 10-20 milioni/ml rispetto al valore iniziale e motilità totale di circa 15% rispetto ai valori iniziali, nonché incremento della motilità rettilinea progressiva pari al 10%.
- Riduzione dell'indice di frammentazione del DNA spermatico rispetto al valore iniziale del 10% (13-15% vs 25-27%).
- Pregnancy rate spontanea o con IUI del 10% circa nei varicocelectomizzati, 3% nei controlli e 6% circa con PMA di II° livello.

I pazienti non sottoposti ad intervento non mostravano significative variazioni dei parametri seminali a controllo dopo tre mesi, rimanendo quasi invariati i valori dei DFI (21% vs 22%).

Conclusioni. I nostri dati concordano con diversi autori sull'efficacia della correzione del varicocele nel ripristinare la fertilità naturale o migliorare i risultati nella PMA in quanto si è visto,

a valle dell'intervento, riduzione del danno del DNA spermatico e miglioramento della capacità fecondante dello spermatozoo

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C09

VERSO UNA TASSONOMIA PIÙ PRECISA DELLE DIVERSE CONDIZIONI INCLUSE NEI TERMINI “MATRIMONIO BIANCO” O “MATRIMONIO NON CONSUMATO”.

M. Silvaggi¹, P. M. Michetti², A. Fabrizi³, R. Rossi¹, F. Tripodi¹, C. Simonelli⁴

1 Istituto di Sessuologia Clinica, Roma; 2 Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma, Roma; 3 Fondazione Santa Lucia, Università di Roma "Tor Vergata", Roma; 4 Dipartimento di Psicologia "Sapienza" Università di Roma, Roma.

Introduzione ed obiettivi. Il termine “matrimonio bianco” (MB) o “matrimonio non consumato” si riferisce ad una serie di situazioni molto diverse fra loro in termini sia di durata, da poche ore ad anni, sia di eziologia, organica, psicologica, femminile, maschile o di entrambi, sia ancora di contesto sociale in cui si verifica, dalle società più libere in ambito sessuale a quelle più normative in cui i rapporti sessuali sono ammessi solo all'interno del matrimonio. Inoltre, il contesto sociale sempre più multiculturale, pone i clinici di fronte a nuove sfide mettendo in evidenza la necessità di una tassonomia più precisa e specifica, nei casi come il MB in cui gli aspetti culturali sono centrali. L'obiettivo del presente lavoro è quello di raccogliere e analizzare i dati in letteratura sul MB, per individuare la terminologia più adatta a descrivere, nelle diverse situazioni non solo l'impossibilità del rapporto, ma anche le caratteristiche eziologiche temporali e culturali, in modo da favorire una comunicazione più efficace fra professionisti degli ambiti medici, psicologici e sociali.

Materiali e metodi. Attraverso i server PUBMED, Psych-article e Psych-info, è stata condotta una revisione della letteratura pubblicata sul MB relativa a diverse aree del mondo.

Risultati. L'analisi dei diversi casi di MB ha confermato la variabilità delle condizioni ricadenti in questa categoria. I maggiori elementi di distinzione sono risultati: “il tempo prima della consultazione”, da un giorno nei paesi mediorientali a una media di 5 anni nei paesi occidentali; “l'eziologia”, dallo spettro ansioso a quello fobico e “il contesto culturale di riferimento”, dalle società più libere a quelle fortemente normative.

Conclusioni. Le differenze emerse dalle analisi suggeriscono che le variabili considerate (tempo prima della consultazione, eziologia e contesto culturale di riferimento) possono essere utilizzate efficacemente per individuare condizioni diverse con peculiari necessità e strategie di intervento.

In tal senso abbiamo trovato che il termine "Disfunzione erettile nei primi tentativi di coito" potrebbe descrivere meglio le disfunzioni derivanti da difficoltà maschili relative ad ansia da prestazione e/o ignoranza sulla sessualità, e che, "Relazione non consumata" potrebbe descrivere meglio le situazioni in cui delle difficoltà tendenzialmente stabili, come la DE, l'EP severa o il vaginismo, sono coinvolte nella creazione di una disfunzione sessuale di coppia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C10

FRATTURA DI PENE ASSOCIATA A ROTTURA COMPLETA DELL'URETRA: CASE REPORT

A. Vavallo, V. Stellacci, M. Tedeschi, N. Ruocco, F. Chiaradia, M. De Siati

U.O.C. di Urologia - Ospedale della Murgia "F. Perinei" - Altamura (BA)

Introduzione ed obiettivi. La frattura di pene è una condizione rara che si verifica a seguito di un evento traumatico quando l'organo è in erezione. Talvolta si può associare a rottura parziale o completa dell'uretra.

Materiali e metodi. Riportiamo l'esperienza relativa ad ragazzo di 22 aa giunto alla nostra osservazione per ritenzione urinaria conseguente a trauma del pene intercorso durante un rapporto sessuale. Il paziente veniva cateterizzato e le urine apparivano chiare. La RMN mostrava una parziale frattura dei corpi cavernosi e poneva il sospetto per una rottura dell'uretra. L'esplorazione chirurgica metteva in evidenza una rottura completa dell'uretra. Tramite un accesso peno-scrotale, si procedeva a riparare i corpi cavernosi e si confezionava un'anastomosi end to end dei 2 monconi uretrali.

Risultati. Dopo 15 giorni dall'intervento si rimuoveva il catetere vescicale e si assisteva a minzione spontanea agevole. A 3 mesi dall'intervento, il paziente presentava un flusso massimo di 25 ml/s all'uroflussometria e riferiva una normale ripresa dell'attività sessuale.

Conclusioni. La rottura dell'uretra va sempre sospettata in caso di frattura di entrambi i corpi cavernosi; in letteratura sono descritti poco più di 20 casi di rottura completa dell'uretra. In questi casi un intervento tempestivo riduce il rischio di complicanze a lungo termine. Nella nostra esperienza, un accesso chirurgico peno-scrotale offre una buona esposizione dell'uretra e dei corpi cavernosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C11

RUOLO DI SENSIMEV BLU® NEL RECUPERO DEI PAZIENTI NON PIU' RESPONSIVI ALLA TERAPIA CON PDE5i: STUDIO PILOTA

T. Cai, D. Tiscione, I. Tamanini, M. Puglisi, L. G. Luciani, G. Malossini

U.O. Urologia, Ospedale Regionale Santa Chiara, Trento, Italia.

Introduzione ed obiettivi. Gli inibitori delle 5-fosfodiesterasi (PDE5-i) rappresentano ad oggi il trattamento di riferimento della disfunzione erettile (DE). Circa il 25% dei pazienti, però, sviluppa nel tempo effetti collaterali o non responsività alla terapia che determina una quota sostanziale di drop out alla terapia. Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'efficacia di un nutraceutico, denominato SENSIMEV BLU® nel recupero dei pazienti non responders alla terapia orale per la DE.

Materiali e metodi. Tra giugno 2016 e Gennaio 2017, sono stati arruolati in questo studio pilota 25 pazienti che avevano abbandonato la terapia orale con sildenafil per DE. I pazienti presentavano una DE su base vascolare. Nessun paziente era stato sottoposto a chirurgia radicale pelvica o radioterapia. Nessun paziente aveva cambiato il PDE5-i nel periodo precedente allo studio, né riferiva eiaculazione precoce. Tutti i pazienti sono stati arruolati in questo studio pilota e sottoposti a terapia con SENSIMEV BLU® 1 flaconcino alla mattina per 30 gg (contenente prevalentemente: Ginseng, Guarana, Maca, aminoacidi). Ad ogni paziente era stato chiesto di continuare ad assumere la dose minima efficacia di sildenafil che abitualmente utilizzavano. All'arruolamento e dopo 30 gg ai pazienti era stato chiesto di completare i seguenti questionari: IIEF-5, SPE2 e 3, SF-36. Sono stati raccolti anche i PROs. I dati del follow-up sono stati confrontati con il base-line.

Risultati. Dei 25 pazienti arruolati, 23 hanno completato lo studio. Due sono stati persi al follow-up. I dati dei questionari al baseline erano i seguenti: IIEF-5= 9.2; SEP 2= 98% rispondevano “no”; SEP 3= 93% rispondevano “no”; SF-36= 97.3. Abbiamo dimostrato che 18 pazienti su 23 (78.2%) hanno presentato differenze significative tra i risultati del questionario al baseline rispetto al follow-up per quanto riguarda IIEF-5 e SF-36 [IIEF-5 pre (9.2) – IIEF-5 post (21.5) $p<0.001$; SF-36 pre (97.3) – SF-36 post (99.2) $p=0.003$]. Inoltre, 20 pazienti su 23 (86.9%) hanno riportato un miglioramento soggettivo della qualità dell’erezione e della funzione sessuale in generale tra il baseline ed il follow-up (PROs; 65% di chi aveva risposto “no” al SEP 2 e 3, al follow-up hanno risposto “sì”). Nessun paziente ha riportato effetti collaterali.

Conclusioni. Questo studio dimostra come SENSIMEV BLU® è in grado di recuperare alcuni tipi di pazienti che hanno abbandonato la terapia con sildenafil.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C12

INTRALESIONAL INJECTION OF HYALURONIC ACID IN PATIENTS AFFECTED WITH PEYRONIE'S DISEASE: PRELIMINARY RESULTS FROM A PROSPECTIVE, MULTICENTER, PILOT STUDY.

A. Zucchi, E. Costantini, T. Cai, G. Liguori, V. Favilla, M. Silvani, G. Franco, A. Palmieri, L. De Stefano, B. Francesco, P. Verze, V. Mirone

Urology and Andrology Department, University of Perugia, Perugia; Urology Unit, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; Medicialia Andrology Section, Outpatient Clinic of Ferrara, Ferrara; Urology Unit, Cattinara Hospital, Trieste; Urology Department, University of Catania, Catania; Urology Unit, Umberto I Hospital, Siracusa; Urology Unit, San Giacomo Hospital, Monopoli; Urology Unit, "degli Infermi" Hospital, Biella; Urology Department, University "La Sapienza", Rome; Urology Department, University of Naples Federico II, Naples.

Introduction. Hyaluronic acid has been shown to be efficacious in decreasing scar formation, inflammation, and oxidative stress.

Aim. To assess the efficacy of intralesional injection of hyaluronic acid in patients affected by Peyronie's disease.

Methods. In this prospective, single-arm, self-controlled, interventional, multicenter pilot study, 65 patients underwent a 10-week cycle of weekly intraplaque injections with hyaluronic acid (0.8% highly purified sodium salt hyaluronic acid 16 mg/2 mL; Sinovial, IBSA, Lodi, Italy). Patients were re-evaluated 2 months after the end of therapy.

Main Outcome Measures. Plaque size (millimeters), penile curvature (degrees), International Index of Erectile Function (IIEF-5) score, visual analog scale (VAS) score for sexual satisfaction, and Patient's Global Impressions of Improvement (PGI-I) score.

Results. Median age was 57 years (range = 23-70). At baseline, mean plaque size was 10 mm (range = 3-30 mm), mean penile curvature was 30° (range = 0°-50°), and mean IIEF-5 score was 20 (range = 0-25), with slight to moderate erectile dysfunction (IIEF score < 21) in 36 of 65 patients (55%). A median VAS score of 6 (range = 2-10) was found. Mean follow-up was 12 months (range = 6-24 months). Statistically significant post-treatment improvements were detected for plaque size (before treatment = 10 mm [3-30 mm], after treatment = 8 mm [1-30 mm], $P < .0001$), penile curvature (before treatment = 30° [0°-50°], after treatment = 20° [0°-40°], $P < .0001$), IIEF-5 score (before treatment = 20 [11-25], after treatment = 21 [15-25], $P < .0001$), and VAS score (before

treatment = 6 [2-10], after treatment 8 [2-10], $P < .0001$). After treatment, the rate of patients with an IIEF score lower than 21 decreased from 55% (36 patients) to 40% (25 patients). Overall improvement on the PGI-I questionnaire was 69%.

Conclusion. Intralesional treatment with hyaluronic acid can improve plaque size, penile curvature, and overall sexual satisfaction and seems preferably indicated in the early (active) phase of the disease. Furthermore, it is easy to perform and well tolerated.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C13

IMPATTO DELLA COMPONENTE PSICOGENA SULLA QUALITA' SEMINALE AL MOMENTO DELLA IUI: NOSTRA ESPERIENZA.

G. Peluso, F. Linori Marrelli, C. Perri, N. Gallo, G. Chiodo, T. Scagliola, G. Morrone.

UOSD di Fisiopatologia della Riproduzione-PMA-Andrologia , A.O. di Cosenza.

Materiali e metodi. Sono stati valutati nello studio, 15 pazienti maschi di età media 38 ± 5 appartenenti a coppie con infertilità primaria da circa 1 anno, afferite al Centro di Sterilità dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

La diagnosi di sterilità di origine maschile è stata posta valutando lo spermioγραμμα secondo i criteri del WHO 2010.

Per ogni paziente sono stati calcolati i valori medi dei parametri seminali degli spermiogrammi di follow-up e nel giorno delle IUI.

(Analisi statistica) Il confronto tra le rilevazioni fatte durante i controlli di follow-up e le IUI, sono stati condotti tramite test U di Wilcoxon e modelli lineari misti (effetti fissi: momento del prelievo; effetti random: pazienti).

Risultati. In tabella 1 sono stati riportati i valori medi (\pm deviazione standard) dei parametri seminali per tipo di prelievo

	IUI	Spermioγραμμα	P value modelli misti
count.ml	38.39 ± 30.74	$47.58 \pm 37.23 *$	0.0214
count.tot	95.05 ± 82.35	110.67 ± 76.05	0,137
volume	2.62 ± 1.01	$2,73 \pm 1.2$	0.748
mot.prog	0.14 ± 0.1	$0,21 \pm 0.11 *$	0.005
mot.tot	$0.34 \pm 0.20.$	$52 \pm 0.12 *$	< 0.0001
morf.norm	0.1 ± 0.04	$0.14 \pm 0.05 *$	< 0.0001

Al test di Wilcoxon, la conta/ml, la motilità progressiva e totale, così come la % di spermatozoi normoconformati erano significativamente più alti al follow-up. Gli stessi parametri risultavano significativamente associati al momento del prelievo, applicando i modelli lineari misti.

Conclusioni. I nostri dati lasciano presupporre che possa esservi un impatto negativo della componente psicogena del soggetto sul suo status seminale ,al momento della raccolta per la IUI , e quindi sull'esito finale della tecnica stessa.

Ciò sembrerebbe suggerire come nel campo dell'infertilità di coppia sia necessario promuovere una maggiore consapevolezza riguardo tale problematica che ne influenza l'outcome riproduttivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C14

ETEROPLASIA PENIENA CLINICAMENTE INFILTRANTE IN PAZIENTE CON FORTE DISAGIO PSICOSOCIALE: APPROCCIO TERAPEUTICO E RISULTATI ONCOLOGICI.

A. Cucci, P. A. Della Camera, A. Lapini, F. Sessa, R. Campi, D. Vitelli, S. Morselli, G. Cito, M. Carini

Aouc Careggi, Firenze

Introduzione. Uomo di 55 anni, residente in casa protetta ed assistenza continua, assenza di documentazione sanitaria ne storia riferita di patologie di rilievo presentatosi alla nostra osservazione nel mese di settembre 2015 con etp pene con componente esofitica di 7 cm ulcerata e sanguinante con contestuale priapismo maligno. La Risonanza Magnetica eseguita in sede preoperatoria dimostra componente infiltrante di 15 cm ed invasione dei corpi cavernosi sino alle crura e presenza di linfadenopatia inguinale bilaterale di 18mm. Non evidente piano di clivaggio tra i testicoli e la neoplasia. La Tc total body esclude ripetizioni a distanza.

Materiale e metodi. Si esegue incisione circonferenziale alla base del pene ed asportazione dell'organo dalle crura che appaiono macroscopicamente libere da malattia. Invio separato all'analisi anatomo patologica estemporanea di uretra prossimale che appare libera da malattia. Si riposizionano i testicoli liberi da malattia nel difetto cutaneo creatosi dalla penectomia. Si confeziona successivamente perineostomia. Si esegue linfadenectomia iliaco otturatoria ed inguinale con evidenza di linfadenopatia macroscopicamente patologica rispettivamente di 2 cm a destra e 3 cm a sinistra. Risultati

L'esame istologico dimostrerà la presenza di carcinoma a cellule squamose a medio grado di Differenziazione del glande. La neoplasia infiltra il corpo spongioso, entrambi i corpi cavernosi e la parete muscolare dell'uretra peniena con margine chirurgico positivo < 1 mm. Nessun coinvolgimento nel frammento riferito ad uretra distale. Linfonodi inguinali, otturatori e iliaci esterni in numero di 31 esenti da malattia.

Ad un follow up di 12 mesi si documenta l'assenza di recidiva neoplastica.

Conclusioni. La penectomia con linfectomia estesa ha dimostrato nel paziente un ruolo terapeutico garantendo 12 mesi di assenza di malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C15

DAIDZEIN PLUS ISOLASE® ASSOCIATED WITH ZINC IMPROVES CLINICAL SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LUTS DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA: RESULTS FROM A PHASE I-II STUDY

D. Tiscione¹, I. Tamanini¹, L. Gallelli², L. G. Luciani¹, P. Verze³, A. Palmieri³, V. Mirone³, R. Bartoletti⁴, G. Malossini¹, T. Cai¹

1- Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento, Italy. 2 - Department of Health Science, School of Medicine, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy. 3 – Department of Urology, University of Naples, Federico II, Naples, Italy. 4 – Department of Urology, University of Pisa, Pisa, Italy.

Introduction. To date, two main categories of drugs are prescribed to treat patients with symptomatic BPH: α 1-adrenoreceptor antagonists and 5ARI. Even if these therapies are efficacy,

their use is related with the development of adverse drug reactions (ADRs) particularly on sexual function that can induce the discontinuation of the current therapy with an impaired of both clinical symptoms and quality of life. In this study, we evaluated both efficacy and safety of a combination of daidzein with isolase and zinc (MIGAR® MG Retard) in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS) associated to benign prostatic hyperplasia (BPH).

Materials and methods. In a phase I-II study clinical trial we enrolled patients with symptomatic BPH that received a six-month treatment with MIGAR® MG Retard (1 tablet/day). Clinical, laboratory and instrumental analyses were carried out at the time of admission (T0) and 6 months after the ending of the treatment (T1). IPSS, IIEF-5 and Quality of Well-Being (QoL) questionnaires were used and the development of adverse drug reactions (ADRs) and drug interactions (DDIs) were recorded.

Results. We enrolled 71 patients, 62 (87.3%) completed the follow-up and we documented a significant differences between T0 and T1 in terms of IPSS [21.5 ± 1.2 vs 16.2 ± 1.5 ; (-4.8); $p < 0.001$], Cmax [9.7 ± 3.7 vs 15.3 ± 2.5 ; (+5.6); $p < 0.001$] and QoL [0.56 ± 0.15 vs 0.84 ± 0.19 ; (+0.28); $p < 0.001$]. In contrast no significant difference were recorded in terms of IIEF-5 [$p = 0.50$] and PSA [$p = 0.67$]. We did not record any significant ADRs or DDIs during the study. Finally, we documented a complete adherence (100%) to the treatment and a complete compliance (100%) to the experimental protocol and it may be related to the improvement of QoL.

Discussion. Equol (7-hydroxy-3(4'-hydroxyphenyl)-chroman) is a key metabolite of daidzein and is demonstrated to have anti-oxidant, anti-inflammatory and anti-androgenic activities, in fact Equol is able to bind 5 α -DHT with high affinity, and thereby prevent DHT from binding the Androgen Receptor (ER). Furthermore, Equol has high affinity for Estrogen Receptor (ER) beta in the prostate and so can down regulate the AR and thus decrease negative androgen hormone actions.

Conclusions. In this non sponsored study, we documented that MIGAR® MG Retard, reduces the clinical symptoms of LUTS and improves the quality of life in patients with BPH, without the development of ADRs or DDIs.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C16

HUMOVE, DISPOSITIVO INDOSSABILE PER LA DIAGNOSI DELLE DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

C. Basile Fasolo¹, G. Ciuti²

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Pisa; ²Istituto di Biorobotica, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa.

Uno dei maggiori problemi riscontrati nella valutazione diagnostica e nel trattamento di patologie della sfera sessuale, in particolare delle disfunzioni legate all'atto eiaculatorio (la EP, in particolare, rappresenta la disfunzione sessuale più comune, con un tasso di prevalenza del 25-30%), è la mancanza di oggettività della procedura di valutazione diagnostica, effettuata fino ad oggi sulla base di informazioni basate esclusivamente sulla soggettività del paziente o sull'utilizzo di sistemi alquanto rudimentali: 1- tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (IELT); solitamente calcolato dal paziente stesso attivando un cronometro (es. lo stopwatch); 2- numero di penetrazioni tra l'inizio del rapporto e l'eiaculazione, valutato tramite un apposito elemento a pulsante, attivato ad ogni colpo dal partner; 3- il grado di soddisfazione del partner; 4- valutazione del controllo volontario sull'eiaculazione da parte del paziente. HuMove, ideato da Ciro Basile Fasolo e

sviluppato da Ciuti e Coll. , è un dispositivo, brevettato per l'Italia e l'Europa, indossabile dal paziente, da applicare in zona lombo-sacrale, di peso ed ingombro ridotto, in grado di registrare parametri inerziali del movimento del paziente al fine di fornire una diagnosi oggettiva della performance sessuale, senza condizionare in alcun modo il rapporto, fornendo informazioni utili al medico per poter eseguire una diagnosi e stabilire una terapia, monitorandone poi gli effetti e può utilizzato dal paziente per autodiagnosi, per valutare il livello della propria prestazione sessuale, costatare od escludere uno stato patologico, superando la reticenza degli uomini nel trattare questo tipo di argomenti. Sono in corso protocolli di studio e i dati ottenuti permetteranno di: 1- migliorare la diagnosi e la terapia delle disfunzioni sessuali maschili, in primis dei disturbi della fase eiaculatoria (eiaculazione precoce ed eiaculazione ritardata) con metodi quantitativi; 2- migliorare la compliance del paziente al trattamento (farmacologico, comportamentale e/o combinato); 3- ottimizzare la posologia dei farmaci impiegati per l'eiaculazione precoce o dei farmaci impiegati per altre patologie (e.g., SSRI, anestetici di contatto, PGE5inib, PGE1 etc), che hanno come effetto il tono della erezione ed un prolungamento della risposta eiaculatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C17

IL RUOLO DEL LIQUIDO SEMINALE NELLA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE SULLA SALUTE UMANA: NUOVI E PRECOCI INDICATORI DI INQUINAMENTO AMBIENTALE. (PROGETTO ECOFOODFERTILITY).

L. Montano¹, M. G. Andreassi², C. Vecoli², P. Bergamo³, M. G. Volpe³, S. Lorenzetti⁴, A. Mantovani⁴, T. Notari⁵

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

Introduzione. Nell'ambito del progetto di ricerca EcoFoodFertility-in corso in Campania in due aree a diverso impatto ambientale-per analizzare la relazione tra pressione ambientale e funzione riproduttiva maschile, sono stati valutati elementi in traccia e stato redOx nel sangue e nel seme, parametri seminali, indice di danno del DNA nemaspermico, lunghezza dei telomeri su linfociti ematici e spermatozoi.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati – tra maschi sani, non fumatori, non bevitori abituali, non esposti professionalmente: A) un primo gruppo di 110 maschi (28 ± 5 anni) residenti in un'area ad alto impatto ambientale (AIA; "Terra dei Fuochi", $n=60$) e in una a basso impatto ambientale (BIA, "Alto-Medio Sele", $n=50$); B) dalle stesse aree un secondo gruppo di 112 maschi (29.0 ± 5.6 anni): AIA, $n=57$ e BIA, $n=55$. Nel gruppo A ($n=110$), sono stati analizzati, su sangue e seme, i) 22 elementi in traccia con spettrometria ottica di massa; ii) la capacità antiossidante totale (CAT) con spettrofotometria, e iii) in un sottoinsieme casuale ($n=20$ /gruppo), l'indice di frammentazione del DNA spermatico (DFI; Sperm Chromatin Dispersion/SCD) e le attività di enzimi antiossidanti nel seme (Glutathione Riduttasi, GSR; Glutathione Perossidasi, GPx) con spettrofotometria. Nel gruppo B ($n=112$) è stata effettuata,

mediante qPCR, l'analisi della lunghezza dei telomeri sia dei linfociti ematici(LTL) che degli spermatozoi(STL).

Risultati. Nel gruppo A, i soggetti AIA e BIA differivano significativamente($p<0.05$) nel sangue in alcuni elementi in traccia considerati (Al,Mn,Cr,Mg,Li,Co,Ca) e nel seme di Cr,Cu e Zn(AIA>BIA).Il Fe seminale, invece, era minore nel gruppo AIA($p<0.05$), dove era più alta la percentuale di spermatozoi immobili($p<0.026$) e di DFI($p<0.01$). Nel sottogruppo AIA sia la CAT che l'attività seminale di GSR e GPx era inferiore rispetto al gruppo BIA($p<0.05$). Significativa risultava la correlazione inversa fra percentuale di spermatozoi immobili con CAT e con i livelli di GSH. Nel gruppo B vi era una correlazione inversa fra l'età e la LTL($r=-0.24$, $p=0.01$).La STL era significativamente maggiore nei soggetti residenti in AIA rispetto a BIA(0.90 ± 0.26 vs 1.15 ± 0.51 , $p=0.04$).

Conclusioni. Lo stato redOx seminale, la motilità, l'indice di frammentazione del DNA e la lunghezza dei telomeri degli spermatozoi possono essere considerati dei precoci marcatori di inquinamento ambientale. Il liquido seminale appare più sensibile e affidabile del sangue per valutare l'impatto dell'ambiente sulla salute umana.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C18

DIETA MEDITERRANEA E MORFOLOGIA SPERMATICA. STUDIO PILOTA SU MASCHI SANI RESIDENTI IN UN'AREA AD ALTA PRESSIONE AMBIENTALE DELLA CAMPANIA (PROGETTO ECOFOODFERTILITY)

M. Luigi 1, G. Porciello 2, A. Crispo 2, S. Lorenzetti 3, S. Raimondo 4, M. Caputo 5, S. Ubaldi6

1 Ambulatorio Pubblico di Andrologia ASL Salerno c/o UOC di Urologia "Ospedale San Francesco d'Assisi" di Oliveto Citra, SA, Unità di Coordinamento Progetto EcoFoodFertility; 2 Istituto Nazionale dei Tumori "Fondazione Giovanni Pascale", IRCCS, Napoli; 3 Istituto Superiore di Sanità (ISS), Dipartimento di Sicurezza Alimentare e Veterinaria, Roma; 4 Laboratorio di Ricerche Gentile, Gragnano, Napoli; 5 Ospedale San Francesco d'Assisi" Oliveto Citra, SA, ASL Salerno; 6 Medinvita srl, Ginevra, Svizzera

Introduzione. Pochi sono gli studi sulla relazione della dieta mediterranea e qualità seminale, in particolare sugli aspetti detossificanti e citoprotettivi. Nell'ambito del progetto EcoFoodFertility, volto a valutare l'impatto ambientale e alimentare sulla funzione riproduttiva maschile, è stato condotto uno studio pilota fra maschi sani reclutati nella "Terra dei fuochi", area ad alta pressione ambientale della Campania, al fine di verificare l'impatto della dieta sulla qualità seminale.

Materiali e metodi. 94 maschi sani (28 ± 6 anni) residenti nell'area della "Terra dei Fuochi" sono stati reclutati con le seguenti caratteristiche: non fumatori, non bevitori abituali, non esposti professionalmente. Hanno risposto ad un questionario sull'aderenza alla dieta mediterranea, il PREDIMED, composto da 14 domande (punteggio: <7 = bassa aderenza; ≥ 7 =alta aderenza). Sono stati valutati i parametri seminali (WHO 2010), in relazione al punteggio ottenuto dal questionario attraverso il Mantel-Haenszel test.

Risultati. Una elevata aderenza alla dieta mediterranea (punteggio PREDIMED ≥ 7) era positivamente associata ad una migliore morfologia degli spermatozoi (WHO 2010: $\geq 4\%$).Fra i soggetti con un'elevata aderenza alla dieta mediterranea ($n=54$),la maggior parte mostrava un valore di morfologia (51 su 54) migliore, mentre i soggetti con una bassa aderenza alla stessa ($n=40$)

mostravano peggiore morfologia (29 su 40).E' stata rilevata una differenza statisticamente significativa tra gli uomini con elevata aderenza e quelli con una bassa aderenza alla dieta mediterranea sulla morfologia (94,4% vs 72,5%, $p=0,003$).

Conclusion. in questo studio pilota la maggiore aderenza alla dieta mediterranea corrispondeva ad una migliore morfologia spermatica. Un'alimentazione ricca di vegetali, e quindi di sostanze antiossidanti e detossificanti, potrebbe avere un ruolo protettivo sul liquido seminale e sulla fertilità maschile. Fra i meccanismi del danno cellulare dei contaminanti ambientali vi è l'eccessiva produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e lo stress ossidativo è noto avere un ruolo fondamentale nell'eziologia dell'infertilità maschile influenzando sulla qualità seminale. La dieta mediterranea pertanto può assumere un ruolo modulatorio importante nel contrastare gli effetti negativi dell'esposizione a contaminanti ambientali sulla qualità dello sperma in popolazioni che vivono in aree dove maggiore è lo stress ossidativo conseguente al potenziale bioaccumulo di inquinanti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C19

COLLAGENASE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM (CCH) (XIAPEX®) IN THE TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE : FIRST 53 PATIENTS TREATED USING A MODIFIED PROTOCOL.

M. Capece, A. Cocci, M. Falcone, N. Christopher, D. Ralph, G. Garaffa

Saint Peter's Andrology centre and Institute of Urology, University College London Hospitals, London, UK

Introduction. Peyronie's disease has a devastating effect on patients and their partners. Several non-surgical therapies have been tried in Peyronie's disease (PD). However, their efficacy remains questionable, as well-designed, placebo-controlled trials have failed to confirm favourable results. Collagenase clostridium histolyticum (CCH- Xiapex®) is the only licenced product for the treatment of PD as it has demonstrated safety and efficacy in several well designed clinical trials. To evaluate the efficacy and safety of Collagenase clostridium histolyticum (CCH) (Xiapex®) in the treatment of Peyronie's disease using a new modified protocol. The new protocol aims at reducing the number of injections needed and reduce patient visits, thus reducing the cost of treatment.

Materials and methods. A prospective study of the outcome data for 53 patients having treatment with Collagenase clostridium histolyticum (CCH-Xiapex®) at a single Centre. Patients were evaluated by history, examination, ICI test and penile duplex. Patients with active disease, complete plaque calcification on ultrasound or ventral curvature were excluded. The parameters assessed included the angle of curvature, the IIEF and Peyronie's disease questionnaires (PDQ) performed at baseline and 4 weeks after every treatment cycle. Under a local anaesthetic block, all patients had an intra-lesional injection of CCH (0.9mg) into the plaque at the apex of the curvature with the penis in the flaccid state. In between injections; patients were instructed to use a combination of home modelling and a vacuum device on a daily basis to stretch the penis. The treatment consists of 3 injections, at 4 weekly intervals.

Results. The mean patient age was 54 (35-72) years. So far 53 patients have had 3 injections. Eleven patients requested 3 more injections to have a total of 6 injections. 1 patient had 1 injection. The mean penile curvature at baseline was 54.1° (25°- 90°). Overall, 51 patients (96,2%) had an

improvement in curvature with a mean value of 17,36° (0°-40°) or 31,42% from baseline (0%-57%) after 3 injections. The end mean curvature was 36,9° (12°- 75°; $p \leq 0.001$). There was a statistically significant improvement in the Erectile function and Intercourse Satisfaction domains of the IIEF questionnaire (from 20,9 to 23,75, $p < 0,001$; and from 7,7 to 9,4 , $p < 0,01$ respectively). There is a mild positive correlation between the duration of PD and the curvature improvement ($R=,455$, $p < 0,01$). The higher is the duration of the PD the higher

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C20

THE USE OF TESTICULAR RM IN THE PATIENTS WITH VARICOCELE: CAN IT BE A PREDICTOR OF TESTICULAR FAILURE?

M. Carrino (1), L. Pucci (1), F. Chiancone (1), G. Battaglia (1), F. Persico (2), A. Palmieri (2) P. Fedelini (1)

1-Dept. of Andrology, A.O.R.N. A. Cardarelli, , Naples; 2-Department of Neuroscience, Reproductive Sciences and Odontostomatology, Urology Section, University of Naples Federico II, Naples

Objective. In the last years diffusion-weighted MRI of the testes was evaluated in order to detect fibrosis of the testicular parenchyma in the patients who underwent varicocelectomy. The aim of this paper was to describe our preliminary experience in the use of the MRI for the patients with varicocele.

Materials and methods. From January 2016 to July 2016 we recruited 10 consecutive patients with varicocele and 10 healthy control volunteers. All patients exhibited unilateral varicocele and oligoasthenozoospermia. All patients and control volunteers underwent an MRI examination using a 1.5 T unit. The mean \pm DS ADC (Apparent Diffusion Coefficient) values were classified for testicles with varicocele (Group 1), testicles contralateral to varicocele (Group 2) and testicles of the control volunteers (Group 3). 5 out of 10 patient in the group 1 had a grade 2 of varicocele (Group 1a) and 5 out of 10 patient had a grade 3 or higher of varicocele (Group 1b). 4 out of 10 patient in the group 1 significantly improved their seminal parameters at six months follow-up without any medical therapy (group 1c) and 6 out of 10 patient in the group 1 did not significantly improved their seminal parameters (group 1d).

Results. There were no differences in the demographics and baseline characteristics between the two groups. The mean \pm DS ADC was 940.25 \pm 27.26 in the Group 1, 955.46 \pm 29.2 in the Group 2 and 1109.52 \pm 31.50 in the Group 3. A statistically significant difference was observed between the Group 1 and the Group 3. Moreover, a statistically significant difference was also observed between the Group 2 and the Group 3. No differences were seen between the Group 1 and the Group 2 ($p=0,2442$). The mean \pm DS ADC was 918,6 \pm 8,65 in the Group 1a and 953,2 \pm 29,14 in the Group 1b ($p=0,0344$). The mean \pm DS ADC was 914,2 \pm 4,91 in the Group 1c and 957,6 \pm 21,69 in the Group 1d ($p=0,0024$).

Conclusions. In this paper we confirmed that the mean ADC values significantly differed between patients with varicocele and healthy volunteer. Moreover also in the contralateral testis is possible to find signs of testicular failure. The mean ADC also correlates with the grade of the varicocele and with the seminal parameters recovery at six months post-surgery. The decrease ADC values can be related to hypoxic and fibrotic change and the decrease ADC values in the contralateral testicles can be related to the heat stress or can be explained by hormonal and autoimmune factors.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C21

FRATTURA DI PENE MANAGEMENT E TERAPIA

G. Dachille, E. Lavelli, A. Vitarelli, A. Lorusso, M. Vulpi, P. Ditunno

Urologia Universitaria 2 – Policlinico di Bari, Bari

Introduzione ed obiettivi. La frattura di pene o sindrome del chiodo piegato, rappresenta una vera e propria urgenza chirurgica urologica. Scopo di questo lavoro è valutare nella nostra esperienza il corretto management diagnostico e terapeutico.

Materiali e metodi. Dal maggio 2015 al dicembre 2016 abbiamo trattato 5 casi età media 50,4 aa (range 70-46) di frattura di pene traumatica post-coitale giunti nella nostra divisione di Urologia in regime d'urgenza. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a diagnostica ecografia peniena basale e a RMN. 4 pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico d'urgenza di raffia della tunica albuginea e corpi cavernosi entro 6h dal ricovero, 1 paziente invece non è stato operato in quanto è giunto alla nostra osservazione dopo una settimana dall'evento traumatico

Risultati. Nel follow-up a tre mesi e a sei mesi dall'intervento chirurgico i 4 pazienti hanno riferito erezioni spontanee e a 6 mesi erezioni valide per avere un rapporto IIEF 23 di media (range 22-25). Nessuno dei 4 pazienti operati ha presentato un incurvamento penieno maggiore di 20 gradi. 1 pz invece non sottoposto ad intervento chirurgico d'urgenza ha presentato un'importante deviazione peniena di circa 60 gradi con IIEF 15 lieve-moderata.

Conclusioni. La frattura di pene se correttamente diagnosticata e curata con intervento chirurgico urgente anche da quanto emerge dall'esperienza della letteratura permette di azzerare importanti complicanze legate al trauma quali la disfunzione erettile e importanti incurvamenti del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C22

I MASCHI INFERTILI SOFFRONO MAGGIORMENTE DI IPERTENSIONE ARTERIOSA RISPETTO AI MASCHI FERTILI DELLA STESSA ETÀ – RISULTATI DI UNO STUDIO LONGITUDINALE REAL-LIFE CASO-CONTROLLO

F. Pederzoli^{1,2}, W. Cazzaniga^{1,2}, L. Boeri^{1,3}, E. Ventimiglia^{1,2}, P. Capogrosso^{1,2}, R. Scano¹, R. Matloob¹, F. Dehò¹, E. Montanari³, F. Gaboardi¹, F. Montorsi^{1,2}, A. Salonia^{1,2}

1 Divisione di Oncologia Sperimentale/Unità di Urologia; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; 2 UOC Urologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; 3 Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione ed obiettivi. L'impatto dell'ipertensione arteriosa (IPA) sul liquido seminale è stato solo parzialmente investigato. Il nostro studio ha valutato la prevalenza dell'IPA ed il suo impatto sui parametri seminali in maschi europei affetti da infertilità di coppia.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati di 2196 pazienti. L'IPA è stata definita come $>140/90$ mmHg. Le comorbidità sono state classificate secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI; categorie 0 vs. ≥ 1). L'analisi dello spermioγραμμα è stato eseguito sulla base del manuale WHO 2010. Statistiche descrittive hanno valutato la potenziale associazione tra parametri seminali,

dati clinici e IPA. I dati clinici dei maschi infertili sono stati comparati a quelli di una coorte omogenea di 394 maschi fertili (definizione WHO) di età comparabile.

Risultati. L'IPA è risultata più frequente nei maschi infertili che nei controlli maschi fertili [162 (7.4%) vs. 17 (4.3%); $p=0.003$]. Considerando solo gli infertili, i soggetti ipertesi erano più anziani ($p<0.001$), con un BMI più alto ($p<0.001$) e con una maggiore proporzione di $CCI\geq 1$ ($p<0.001$) rispetto ai soggetti normotesi. Il volume testicolare medio ($F=4.7$; $p=0.03$) e il valore di testosterone totale ($F=6.4$; $p=0.01$) erano più bassi negli infertili ipertesi. Al contrario, i soggetti infertili con IPA avevano più alti livelli di LH ($F=9.7$; $p=0.002$) e tPSA ($F=6.5$; $p=0.01$). In generale, oligozoospermia, astenozoospermia e teratozoospermia sono state riscontrate in 694 (31.6%), 789 (35.9%) e 679 (30.9%) pazienti, rispettivamente, senza differenze significative tra normotesi ed ipertesi. Similmente, il volume medio eiaculato, la motilità totale progressiva e la morfologia degli spermatozoi non erano differenti significativamente. All'analisi multivariata, il volume testicolare (OR 0.8, $p<0.001$) ed i livelli di FSH (OR 1.2, $p<0.001$) sono risultati predittori indipendenti di minore concentrazione di spermatozoi, dopo aver corretto per età, CCI, presenza di varicocele e IPA. Similmente, solo il volume testicolare è risultato associato a minori valori di motilità (OR 0.9; $p=0.03$) e ad una morfologia peggiore (OR 0.96; $p=0.01$) dopo aver corretto per le stesse variabili.

Conclusioni. IPA è più frequente nei maschi infertili che in quelli fertili. I maschi infertili con IPA hanno valori ormonali e parametri clinici peggiori dei soggetti normotesi. Tuttavia, l'IPA non sembra avere un effetto negativo sui parametri seminali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C23

CONCEPIMENTO SPONTANEO DOPO INFRUTTUOSO RICORSO A METODICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA: EVIDENZA E RILIEVI NELLA PRATICA CLINICA ANDROLOGICA

A. Moiso(1), D. Rosso(1), E. Iazzolino(2), V. Tomaino(2), E. Zerbino(2), P. Coppola(1)

(1) Centro di Andrologia e Chirurgia Genitale Maschile, SC Urologia, ASLCN1, Savigliano (CN); (2) SS Riproduzione Umana Assistita, ASLCN1, Fossano (CN)

Obiettivi. Descrizione delle caratteristiche cliniche e dei rilievi ottenuti nella pratica clinica andrologica presso un centro di Riproduzione Umana Assistita (RUA) di pazienti maschi partner di coppia infertile con riscontro di concepimento spontaneo e gravidanza a termine dopo infruttuoso ricorso a metodiche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Materiali e Metodi: analisi retrospettiva di 291 maschi partner di coppia infertile seguiti servizio di Andrologia sinergico alla SS RUA, in un periodo compreso tra il Gennaio 2010 e il Gennaio 2014 selezionando i casi in cui vi fosse stato concepimento spontaneo in seguito a fallimento di tecniche di PMA pregresse.

Risultati. Sono stati riscontrati 20 casi di coppie che hanno concepito spontaneamente dopo fallimento di PMA. In tre casi la gravidanza non è giunta a termine (due aborti spontanei entro la 12a settimana, una gravidanza extrauterina). In 17 casi sono nati bambini vivi a termine, in 15 casi una singola gravidanza e in 2 casi due gravidanze consecutive per un totale di 19 bambini nati vivi. Le metodiche di PMA fallite erano state 11 ICSI, 4 FIVET e 5 IUI. L'età media dei pazienti al momento del concepimento era di 36,5 per i maschi e 32,8 anni per le femmine; il tempo medio intercorso dall'ultima PMA fallita al concepimento è stato di 17,3 mesi. In 9 pazienti maschi (45%) è stata posta diagnosi di varicocele al momento della presa in carico andrologica e tutti sono stati

sottoposti a trattamento mediante correzione subinguinale microchirurgica. 11 pazienti (55%) sono stati trattati con arginina 2,5 g due volte al giorno per 4 mesi consecutivi dal momento della presa in carico andrologica (in 7 casi dopo la PMA fallita nei restanti 4 casi prima), in 8 casi utilizzata come unico supporto nutraceutico, in altri 3 casi in associazione con Inositolo.

Conclusioni. Il riscontro di concepimenti spontanei, gravidanze e bambini nati vivi a distanza di tempo dal fallimento di metodiche di PMA è un elemento che va sempre considerato nella pratica clinica andrologica in relazione alla gestione del paziente partner di coppia infertile. I nostri risultati non hanno pretese di significatività statistica ma voglio rappresentare un dato basato sull'esperienza, in modo particolare sul ricorso alla correzione del varicocele ed all'impiego di trattamenti antiossidanti anche come possibili cofattori di successo in contesti clinici apparentemente scoraggianti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C24

LIVE BIRTH RATE: ESPRESSIONE DI SUCCESSO NELLA PRATICA CLINICA ANDROLOGICA IN UNA POPOLAZIONE DI MASCHI PARTNER DI COPPIA INFERTILE AFFERENTI AD UN CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI 3° LIVELLO

A. Moiso(1), D. Rosso(1), E. Iazzolino(2), V. Tomaino(2), D. Sterchele(2), E. Zerbino(2), P. Coppola(1)

*(1) Centro di Andrologia e Chirurgia Genitale Maschile, SC Urologia, ASLCN1, Savigliano (CN);
SS Riproduzione Umana Assistita, ASLCN1, Fossano (CN)*

Obiettivo. Percentuale di bambini nati vivi da coppie infertili con partner maschile valutato presso il Servizio Andrologico collegato alla Struttura Semplice di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) evidenziandone le caratteristiche e specificità andrologiche.

Materiali e metodi: analisi retrospettiva di 653 pazienti giunti a valutazione andrologica in quanto partner di coppia infertile tra il Gennaio 2010 ed il Dicembre 2015. Valutazione del numero di gravidanze a termine con bambini nati vivi ottenute, suddividendoli in due gruppi: gruppo A da concepimento spontaneo, gruppo B mediante PMA.

Risultati. Dei 653 pazienti considerati 291 sono stati ritenuti arruolabili per completezza dei dati disponibili. Età media dei pazienti: maschi 37.2, femmine 33.7 anni. Tempo di latenza, medio, dal momento della sospensione dell'utilizzo di contraccettivi alla visita andrologica 19.7 mesi. 145 coppie (49,8%) hanno portato a termine una gravidanza per un totale di 175 bambini nati vivi (44,5%). Gruppo A: 65 coppie hanno concepito spontaneamente (22,3%) con 3 aborti spontanei, 45 gravidanze singole, 16 bigemellari e 1 trigemellare per un totale di 80 (45,7%) bambini nati vivi. 17 (26,1%) concepimenti spontanei ottenuti dopo PMA fallite (tempo di latenza dalla PMA 17,3 mesi) per un totale di 20 bambini nati; 43 (66,1%) di concepimenti "puri" per un totale di 60 bambini nati (29 gravidanze singole, 13 bigemellari, 1 trigemellare); 28 pazienti affetti da varicocele (43,0%) al momento della visita di cui 20 (71,4%) sottoposti a correzione chirurgica; 23 di 65 pazienti (35,3%) sono stati trattati con l-arginina 2,5 g due volte al giorno per 4 mesi. Gruppo B: 80 coppie hanno ottenuto gravidanze da PMA: 29 gravidanze da IUI per un totale di 38 nati vivi (2 trigemellari, 5 bigemellari, 19 singole); 51 gravidanze da ICSI per un totale di 56 nati vivi (46 singole, 5 bigemellari). In questo gruppo 26 pazienti (32,5%) sono stati trattati l-arginina 2,5 g due volte al giorno per 4 mesi dalla valutazione andrologica.

Conclusioni. Il numero di bambini nati resta comunque l'obiettivo primario di chi prende in carico una coppia infertile. I risultati non hanno pretesa di significatività statistica ma evidenziano il ruolo centrale della figura andrologica nel percorso di una coppia infertile in particolare in relazione al trattamento chirurgico del varicocele ed all'impiego di trattamenti aspecifici atti a migliorare la salute andrologica del partner maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Borsa di studio per finalità di raccolta dati anamnestici da ERBOZETA

C25

DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLE DISFUNZIONI ERETTILI VASCOLOGENICHE CON ECD PENIENO: DIVERSITA' DEI PARAMETRI EMODINAMICI A SECONDA DELLA SEDE DI CAMPIONATURA

1 **F. Pezzoni**, 2F. I. Scropo, 3 G. Cavallini

ISpec.in Chir.Vascolare-Univ.di Milano, Milano; Libera professione, Dipartimento di Urologia e Andrologia-Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese; -Gynepro Medical Team, sez. Andrologia, Bologna

Introduzione ed obiettivi. Le recenti linee guida dell'American Urological Association sulla Disfunzione Erettile(DE)consigliano,in pazienti selezionati,un test vascolare(2°livello).Il test classico e' l'Eco-color Doppler(ECD)penieno dinamico,al fine di distinguere la insufficienza arteriosa(IA)e la disfunzione "veno-occlusiva"cavernosa(DVO)da altre cause di DE.Nel 2013 l'ISSM pubblicò la guida di esecuzione per l'ECD per standardizzarne la procedura.Sebbene l'ISSM abbia fornito importanti criteri operativi per evitare errori metodologici,queste linee guida non indicano dove posizionare la sonda lungo l'asta,durante l'esecuzione dell'esame. Uno studio recente di J.Pagano((JSM2015;12:1911-1919)ha prospettato l'importanza della variazione dei parametri emodinamici in funzione del posizionamento della sonda.A nostro avviso una doppia "campionatura"può essere interessante per dirimere la natura arteriosa o venosa della DE.In particolare una "campionatura"alla "crus"(giunzione peno-scrotale)può essere significativa per dirimere le DVO,mentre una valutazione al "mid-penis"(a metà distanza tra giunzione peno-scrotale e il solco coronale), può diagnosticare una IA.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato 90pz.,età media 56.3aa.con De di grado medio(IIEF score tra 10 e 15), responder ai PDE5-I, sottoposti ad ECD dinamico e responder all'ICI-test con rigido erezione normo mantenuta.Abbiamo inoltre valutato 90pz,in età giovanile(media 35.2aa.)non responder ai PDE5-I e sottoposti ad ECD con ICI-test ad alto dosaggio(bimix:20mcg.pge1+10mg papaverina).

Risultati. Nel 1°gruppo la "campionatura" "mid-penis"è risultata significativa per IA nell'81%(73pz.)in presenza di velocità telediastolica normale o borderline."Campionatura"alla "crus":negativa per DVO nel 90% (81pz.).Nel 2°gruppo 60pz.(66.6%)sono risultati responder con parametri emodinamici normali(velocità di picco sistolico e velocità telediastolica)alla "campionatura"sia alla "crus" che al "mid-penis".30pz.(33.4%)hanno risposto con erezione semirigida instabile;alla "crus"e "mid-penis"il reperto velocimetrico arterioso è risultato nella norma.Alla "crus"la velocità telediastolica è risultata significativamente aumentata (indice di DVO)nel 96.6%(29pz.);al "mid-penis"si è rilevata telediastolica elevata nel 50%(15pz.).

Conclusioni. Questi dati confermerebbero l'utilità di una doppia "campionatura"routinariamente durante l'ECD penieno dinamico,al fine di poter meglio dirimere la natura della DE vasculogenica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C26

HEALING OF SPONGIOSUS-CUTANEOUS FISTULA WITH HYPERBARIC CHAMBER.

P. A. Della Camera, G. Cito, S. Morselli, N. Laruccia, D. Facchiano, F. Sessa, G. Tasso, A.Cocci, M. Gacci, S. Serni, M. Carini, A. Natali

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Introduction and objectives. We present a 39 year old man with a case of spongiosus fistula with recurrent episodes of cutaneous abscess in dorsal middle third penis (5x3 cm) treated with 4 cycles of Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT).

Material and methods. After emptying nodular abscess patient was non compliant for further surgery, Therefore it was suggested the association between HBOT and antibiomatic therapy. HBOT is carried out in a hyperbaric room, where the internal pressure is increased (compression phase) by entering compressed air up to the 2.8 atmospheres absolute in about 10 minutes. Every HBOT cycle lasted 24 days in which the patient has taking Amoxicillin/Clavulanic Acid 875 mg/ 125 mg 3 tabs/day and Sulfamethoxazole/Trimethoprim 160mg/800 2 tabs/day for two weeks. After each cycle a month off was recommended

Results. At the end of the treatment, a penile MRI and a ultrasonography were executed that evidenced complete remission of the lesions and of the fistula. In the subsequent 22 months there was no recurrence

Conclusions. In conclusion our result suggest that HBOT is an effective treatment for chronic wound, included unknown cause spongiosus-cutaneous fistulas, when used in combination with conventional standard therapy or further interventions. Nevertheless, the gold standard remains surgery, our experience with HBOT may stimulate its use in clinical trials

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C27

ASSOCIAZIONE FRA UN PROBIOTICO ED UN PREBIOTICO (FLORTEC®-BRACCO) PER MIGLIORARE LA QUALITÀ E LA QUANTITÀ DELL' EIACULATO IN PAZIENTI CON OLIGOASTENOTERATOSPERMIA IDIOPATICA. STUDIO PRELIMINARE.

C. Maretta¹, G. Cavallini²,

¹Centro Medico Cirm, Piacenza; ²Dipartimento of Andrologia, Gynepro-Medical Group, Bologna

Questo studio esplora la possibilità che l' associazione prebiotico + probiotico (Flortec®-Bracco, buste) aumenti la quantità e la qualità dell' eiaculato in soggetti affetti da oligoastenoteratospermia idiopatica (iOAT). Una busta contiene: Lactobacillus paracasei B21060 5x10⁹ cellule, arabinogalattano 1,243 mg, oligofruttosaccaridi 700 mg, l-glutamina 500mg)

Questo è uno studio doppio cieco, randomizzato, prospettico e multicentrico registrato presso il sito <http://www.controlled-trials.com> con numero ISRCTN66168088.

41 pazienti affetti da iOAT senza aberrazioni cromosomiche sono stati randomizzati in due gruppi : 20 hanno ricevuto Flortec®, una busta al giorno per 6 mesi, e 21 hanno ricevuto placebo (amido) per lo stesso periodo. Prima dell' arruolamento i pazienti sono stati sottoposti a: raccolta anamnestica, esame obiettivo, ecodoppler scrotale, due spermioigrammi, dosaggio ematico di ormone follicolo stimolante (FSH), ormone luteinizzante (LH), estradiolo (E2), testosterone (T) e

prolattina (PRL). Per concentrazioni inferiori a $5 \times 10^6/\text{ml}$ i pazienti sono stati sottoposti a microdelezione Y, cariotipo e screening della fibrosi cistica. I pazienti hanno eseguito dosaggi ormonali e 2 spermioigrammi anche dopo 6 mesi di somministrazione di farmaco attivo o placebo. Le comparazioni sono state fatte con tests non parametrici. Gli effetti collaterali sono stati comparati col test chi²

I pazienti che hanno assunto Flortec® hanno migliorato lo spermioigramma per quanto attiene al volume dell' eiaculato (mediana da 2.4 ml a 3.1 ml; $p < 0.01$), alla concentrazione spermatica (mediana: da $15.2 \times 10^6/\text{ml}$ a $28.3 \times 10^6/\text{ml}$; $p < 0.01$), alla motilità progressiva (mediana: da 16.2% a 42.0% $p < 0.01$), e la percentuale di forme tipiche (mediana: da 7% a 16.3%; $p < 0.01$); in più i livelli di FSH, LH and T levels sono aumentati ($p < 0.01$); mentre quelli di E2 e PRL no. I pazienti che hanno assunto placebo non hanno avuto alcuna modificazione ormonale o spermiografica. Non si sono mai verificati effetti collaterali.

Questi dati dimostrano che Flortec® può essere una terapia efficace e sicura per migliorare la qualità e quantità dell' eiaculato in soggetti affetti da iOAT.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C28

RARO CASO DI PERIVASCULAR EPITHELIOID CELL TUMOR (PECOMA) A LOCALIZZAZIONE TESTICOLARE

A. Izzo, G. Grimaldi, D. Sorrentino, L. Castaldo, S. Desicato, R. Muscariello, G. Quarto, L. Claudio, S. Perdonà

I.R.C.C.S. - I.N.T. Fondazione "G. Pascale", Napoli

Introduzione ed obiettivi. Il PEComa appartiene ad una famiglia di tumori mesenchimali costituito da cellule epitelioidi perivascolari (PEC). Si tratta di tumori rari che possono manifestarsi in qualsiasi parte del corpo umano.

Il tipo di cellula da cui hanno origine rimane sconosciuta. Normalmente, non sono presenti cellule epitelioidi perivascolari, pertanto, la lesione acquisisce tale denominazione sulla base delle caratteristiche istologiche.

Stabilire il potenziale maligno di questi tumori resta difficile; alcuni PEComi mostrano caratteristiche benigne, mentre altri possono, cautamente, essere etichettati con “potenziale maligno incerto”.

Descriviamo un rarissimo caso di PEComa testicolare trattato e seguito presso il nostro Istituto.

Materiali e metodi. Un uomo di 41 anni, caucasico, è giunto alla nostra osservazione lamentando la comparsa di una massa scrotale indolente. L'esame fisico ha consentito di rilevare la presenza di un nodulo duro, di circa 1 cm di diametro, nel contesto del testicolo sinistro. L'ecografia scrotale ha confermato un piccolo nodulo solido ipoecogeno intraparenchimale, vascolarizzato, nel contesto del testicolo sinistro, di 9 mm di diametro. Marker sierici ed ecografia addominale negativi.

Risultati. Il paziente è stato sottoposto a chirurgia esplorativa con approccio inguinale sinistro e ausilio ecografico, trattandosi di una lesione subcentimetrica. L'esame istologico estemporaneo, effettuato sul nodulo escisso in toto, non è risultato dirimente, sospettando una neoplasia di origine mesenchimale. Pertanto, si è deciso di non procedere all'orchietomia radicale rimandandola, eventualmente, una volta ottenuto l'esame istopatologico definitivo. Gli aspetti morfologici ed immunoistochimici descritti, hanno orientato la diagnosi per un PEComa, neoplasia a prognosi incerta, raramente descritta nel testicolo, che coesprime markers melanocitari e muscolari.

Epididimo e funicolo spermatico sono risultati esenti da localizzazione neoplastica, stadio patologico: pT1.

Dopo accurato counseling riguardo la prognosi incerta dell'istotipo, il paziente ha preferito la chirurgia radicale. I controlli successivi a 3,6,12 e 18 mesi sono risultati negativi.

Conclusioni. L'approccio ai tumori rari del testicolo resta un argomento estremamente controverso. E' consentito proporre un approccio conservativo, specie per le piccole masse (<1 cm). Centrale il ruolo del counseling e, quindi, il rapporto medico-paziente, sulla scelta terapeutica definitiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C29

USE OF A NON-CROSS-LINKED XENOGRAFT (XENFORM) IN SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

E. Caraceni, MD*; **L. Leone, MD†**; **L. Utizi, Clinical Psychologist***; **A. Marronaro, MD ***

**Departments of Urology, Civitanova Marche Hospital, Macerata, Italy; † Institute of Urology Polytechnic University of Marche, Ancona, Italy*

Introduction and objective. To evaluate the effectiveness in Peyronie's disease surgical treatment using Xenform, a non-cross-linked graft derived from dermal bovine tissue, to close the defect obtained after plaque incision, without penile prosthesis implant. A further objective is to evaluate the satisfaction of patients.

Materials and methods. We treated with plaque incision 28 patients with a stable penile curvature $\geq 60^\circ$ hindering penetration and with erectile function conserved. International Index of Erectile Function-15 and a not-validated questionnaire constituted of 7 questions about their satisfaction were administered after 1 year of follow-up. Furthermore, specific questions were relative about penile straightening, penile postoperative length, glandular sensitivity, and feeling palpability.

Results. Graft is resulted compatible with albugineal features, like thickness, consistency, and elasticity; it is waterproof, allowing the visualization of complete correction of the curvature after the suture. No severe complications were observed except 1 hematoma requiring surgical revision. Sixteen patients were seen after at least 1 year of follow-up. Curvature improvement was obtained in all cases, with the complete straightening in 75%; we did not observe any retraction of the graft and any recurrence on the curvature.

Significant reduced glans sensibility and erectile dysfunction were the more frequent postoperative complications, resulting in 43.8% and 25%, respectively. All patients are satisfied with the straightening. Only 2 patients are dissatisfied about the overall result.

Conclusion. Plaque incision corporoplasty with Xenform graft is an effective and safe surgical treatment. Xenform is a secure and a reliable albugineal substitute, comparable to other heterologous graft. We have not observed any retraction. Patient's satisfaction is linked to the treatment result and to sexual life.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C30

NEOCLITORIS SIZE AND LOCATION: CAN THEY AFFECT TRANSSEXUAL WOMEN SEXUAL FUNCTION? A PRELIMINARY PELVIC MRI STUDY.

F. Vedovo*, **M. Bertolotto°**, **N. Pavan***, **M. Giangreco §**, **G.Liguori***, **S. Bucci***, **C. Trombetta***

**Clinica Urologica Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste; ° Unità Operativa di Radiologia Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute Università degli Studi di Trieste; § Istituto di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine*

Introduzione ed obiettivi. Clinical trials have shown that biological women with anorgasmia possess a smaller clitoral glans and clitoral components farther from the vagina lumen than women with normal orgasmic function. The aim of this study is to evaluate neoclitoris size and location with regard to sexual function in patients undergoing male to female (MtF) gender reassignment surgery (GRS). For the evaluation of the normal post-operative changes and presence of complications, in our Centre, patients underwent MtF GRS performed a pelvic non-contrast MRI at 2-4 weeks after surgery.

Materiali e metodi. From May to June 2015 we enrolled, 40 Italian speaking transsexual women underwent MtF GRS and postoperative MRI in our Centre between 2004-2014. Sexual functioning was assessed using the Italian version of the Female Sexual Function Index (FSFI). MR Scans were acquired with a 1.5T superconductive equipment in sagittal and axial planes using a multichannel phased array coil for parallel imaging. TSE T2-weighted images were obtained with 3-4mm thick contiguous sections. Individual pelvic MRIs were reviewed by blinded investigators, the three axes of the neoclitoris were measured and the volume calculated using the ellipsoid formula. The distance between the neoclitoris and the neovagina was measured. Data included demographics, sexual history, previous surgery, partnership status, body mass index (BMI), past and current medical history, chronic medical treatments, education, job.

Risultati. 22 patients completed the study. The mean age was 34 years (SD 7.44). The majority were Caucasians (N=20, 91%) and in a relationship (N=13, 51%). At the MRI neoclitoris mean volume was 1.18 cc (SD 0.43), coronal area 6.80 cm² (SD 2.4) and 5.33 cm² (SD 1.34) in sagittal view, the mean distance between neoclitoris and neovagina was 3.38 cm (SD 0.5). There is a statistically significant correlation between the parameter that evaluates the distance between the neoclitoris and the neovagina and the FSFI total score ($p < 0.0001$). Neoclitoris size did not significantly correlate with FSFI total score ($p=0.76$).

Conclusioni. This study showed that, even in patients undergoing GRS, neoclitoris localization could be considered a parameter for evaluating sexual function and that a reduction of the distance between neovagina and neoclitoris is associated with greater sexual satisfaction. Neoclitoris size seems not to affect MtF sexual function.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C31

LA COMUNICAZIONE IN ANDROLOGIA E L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

R. Nosedà

Sessuologo Clinico FISS(Federazione Italiana Sessuologia Scientifica), EFS (European Federation of Sexology), SIA (Società Italiana di Andrologia)

Gli effetti di determinate modalità comunicative sul comportamento sono state definite " barriere della comunicazione "riferibili a quelle modalità che peggiorano la comunicazione stessa e il rapporto medico-paziente ed ottengono risultati opposti a quelli desiderati.Per ovviare a questa

incongruenza , mai come in una disciplina medica quale l'andrologia "l'arte" di comunicare diviene strumento indispensabile per affrontare le tematiche più ampie che coinvolgono profondamente il rapporto medico-paziente.L'approccio dell'andrologo alla patologia si sta gradualmente modificando, lasciando sempre più il dovuto spazio al "paziente"nella sua globalità, secondo un modello bio-psico-sociale,e alla " relazione"di ascolto-dialogo come elemento imprescindibile nel processo di diagnosi e cura.Qui trovano riscontro le esperienze relative alla "narrative based medicine"intesa come personalizzazione dell'approccio alle aree espressive e soggettive del paziente.Si tratta, per l'andrologia, di accomunarsi a un cambiamento culturale tuttora non completamente realizzato.E' qui che si realizza lo scarto fra sola scienza e l'arte medica, che della prima sa farsi intelligente e responsabile interprete in un mondo che sta trasmutando sempre più nella propria rappresentazione, fatta di dati e comunicazioni virtuali.E' dunque auspicabile che il paziente possa beneficiare di un approccio fondato sull'"ascolto globale" e sulla "umanizzazione" della patologia: soggetto attivo e partecipe, protagonista del proprio benessere/malessere.Sappiamo per estese esperienze, che la comunicazione con il paziente é una circostanza nella quale l'andrologo deve compiere un esercizio continuo di partecipazione e autocontrollo, ed allora, proprio in ambito andrologico, lo scopo é quello di sviluppare una comprensione più chiara dell'"empowerment" del paziente, del suo rapporto con la cultura della salute,del suo impatto sulle decisioni relative alla salute in toto e a quella sessuale in particolare ed, in ultima istanza sugli esiti e la compliance delle cure nel difficile percorso esistenziale della patologia.Andrologia dunque come scienza e arte medica verso la destinazione benessere , tema profondamente allusivo di questo congresso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

No Finanziamento

C32

UN RARO CASO DI TUBERCOLOSI TESTICOLARE ISOLATA

G. Benedetto, G. Abatangelo, F. Nigro, E. Scremin, P. Ferrarese

UOC Urologia Ospedale San Bortolo, AULSS 8 Berica (VI)

Introduzione. La tubercolosi polmonare è la forma più comune di malattia tubercolare. Sedi extra-polmonari sono evidenti nel 10-15% dei casi specie linfonodi. La TBC genitale è rara, e quella del testicolo è ancora più rara, solo il 3% della TBC genitale. Comunemente, si verifica durante una TBC disseminata, ma una tubercolosi isolata ai testicoli è estremamente rara. Nella maggior parte dei casi, clinicamente imita altre lesioni ai testicoli, come tumore testicolare, infarto, o torsione testicolare. Colpisce maschi di mezza età, in particolare 20-40 anni di età e si presenta con dolore scrotale o in modo indolore con solo gonfiore testicolare. Il dilemma diagnostico si sviluppa con la neoplasia testicolare. Descriviamo un caso giunto alla nostra osservazione

Materiali e metodi. Un giovane nigeriano di 21 anni, rifugiato politico, è giunto un mese fa alla nostra osservazione per tumefazione scrotale sinistra poco dolorabile. Nell'anamnesi non vi erano patologie di rilievo, nè tosse ,nè febbre nè astenia. L' esame obiettivo documentava un testicolo di sinistra duro ligo e non dolorabile alla palpazione.L'epididimo nella norma. Non vi erano linfadenopatia inguinali. L'ecografia scrotale documentava un sovvertimento dell'ecostruttura del testicolo sinistro con aree ipoecogenee diffuse e ipervascularizzazione periferica. L'epididimo appariva regolare come il testicolo controlaterale. I markers tumorali erano tutti negativi, così come la ricerca del Bk urine. La radiografia del torace risultava nella norma. Il paziente veniva sottoposto pertanto ad inguinotomia esplorativa ed esame istologico estemporaneo che documentava quadro

dubbio per seminoma con aree infiammatorie. Si procedeva pertanto ad eseguire orchifuniculectomia senza posizionamento di protesi per volontà del paziente.

Risultati. L'esame istologico definitivo documentava al contrario la presenza di granulomi cellulari epitelioidi in un contesto di grande quantità di necrosi e cellule infiammatorie miste compatibile con quadro di TBC testicolare. Il paziente pertanto veniva avviato su indicazione infettivologica a terapia antispesifica attualmente in corso, previo Mantoux risultata positiva. Non vi sono altre sedi di manifestazione tubercolare.

Conclusioni. La tbc testicolare isolata è una forma rara che può simulare una neoplasia testicolare. In caso di negatività di tutti gli esami, l'agoaspirato testicolare potrebbe essere una valida alternativa ad un intervento demolitivo come l'orchietomia

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C33

PREVALENZA E CARATTERISTICHE DEGLI UOMINI INFERTILI CON UNA PRECEDENTE DIAGNOSI DI TUMORE

W. Cazzaniga^{1,2}, P. Capogrosso^{1,2}, F. Pederzoli^{1,2}, E. Ventimiglia^{1,2}, L. Boeri^{2,3}, N. Frego^{1,2}, M. Alfano², F. Dehò², F. Gaboardi², V. Mirone⁴, F. Montorsi^{1,2}, A. Salonia^{1,2}

1University Vita-Salute San Raffaele, Milan; 2Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan; 3UOC Urologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milan; 4Department of Urology, Università di Napoli Federico II, Napoli

L'infertilità maschile è una patologia che interessa un numero sostanziale di uomini; recenti evidenze suggeriscono che l'infertilità possa essere un precursore di patologie future come tumori a cellule germinali del testicolo, tumori colo-rettali, melanomi e tumori alla prostata. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la prevalenza e i parametri seminali di pazienti con precedente storia clinica di patologie tumorali valutati per un problema di infertilità primaria.

Sono stati analizzati dati clinici, demografici e laboratoristici di 2464 pazienti noti per infertilità primaria. Il CCI è stato utilizzato per valutare le comorbidità clinicamente significative. In tutti i pazienti sono stati valutati il BMI e i livelli di ormoni sierici. L'ipogonadismo è stato definito come un valore di testosterone totale <3ng/ml. Sono state considerate anche le possibili microdelezioni del cromosoma Y, i polimorfismi del gene CFTR e le alterazioni del cariotipo. La storia oncologica è stata raccolta in maniera retrospettiva. Sono stati utilizzati i valori di riferimento WHO 2010 per l'analisi del liquido seminale. Sono state utilizzate statistiche descrittive e analisi di regressione logistica multivariate per valutare l'associazione tra parametri seminali e prevalenza delle patologie tumorali

Una storia di patologie oncologiche è stata riscontrata in 74/2464 (3%) pazienti. I tumori più frequenti sono stati: Tumori testicolari (1%), prostatici (0.4%), ematologici, tiroidei e del sistema nervoso centrale (0.3 % per tutti). Una situazione di azoospermia non ostruttiva (NOA) è stata più frequentemente riscontrata in pazienti con storia di patologie oncologiche (36.2% vs. 21%; p=0.012; X²:6.29) rispetto a coloro che non avevano avuto tumori. I parametri seminali, tuttavia, non erano significativamente diversi tra i due gruppi. All'analisi di regressione logistica multivariata, dopo aver considerato come covariate l'età, le alterazioni al cariotipo, i polimorfismi del gene CFTR, le microdelezioni del cromosoma Y, il criptorchidismo e i valori di testosterone, il

fatto di aver avuto una storia di patologie oncologiche si è rivelato essere un fattore predittivo indipendente per NOA (OR 2.15, p=0.03)

Dai nostri dati si evidenzia come i pazienti infertili con una precedente storia di tumore sono a maggior rischio di sviluppare NOA. sottolineano l'importanza di suggerire la crioconservazione dello sperma per tutti gli uomini al momento della diagnosi oncologica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C34

IMPATTO DELL'ADIPOSITÀ ADDOMINALE, DELLA CIRCONFERENZA CORPOREA E DEL BODY MASS INDEX SULLA FUNZIONE SESSUALE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA PER ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALIZZATO: STUDIO LONGITUDINALE DI COORTE

T. Cai¹, G. Malossini¹, D. Tiscione¹, D. Mattevi^{1,2}, I. Tamanini^{1,2}, L. G. Luciani¹, R. Bartoletti³,

1Department of Urology, Santa Chiara Hospital, Trento; 2Department of Urology, University of Verona, Verona; 3Department of Urology, University of Pisa, Pisa

Scopo del lavoro. Scopo del presente lavoro è quello di valutare l'impatto dell'adiposità addominale, dell'adiposità sottocutanea, della circonferenza corporea e del BMI sulla ripresa della funzione sessuale dei pazienti affetti da tumore della prostata e sottoposti a prostatectomia radicale video laparoscopica.

Materiali e metodi. Dal Gennaio al Dicembre 2011, tutti i pazienti sottoposti a prostatectomia radicale (unico operatore) per tumore della prostata localizzato, nella stessa istituzione, sono stati arruolati in questo studio longitudinale di coorte. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a tomografia assiale computerizzata in aggiunta alle indagini strumentali e di laboratorio previste dalle linee guida internazionali, oltre ai parametri antropometrici. L'analisi TAC è stata eseguita al fine di fornire una valutazione del grasso viscerale addominale ed il grasso sottocutaneo. I pazienti erano stati sottoposti a IIEF-5, IPSS pre-intervento. Dopo 12 mesi dall'intervento chirurgico abbiamo rivalutato, oltre agli outcomes oncologici anche gli outcomes funzionali (incontinenza, pad test; IPSS; erezione IIEF-5).

Risultati. Abbiamo arruolato 78 pazienti (età media 68.4). PSA pre-intervento: 9.93 ng/ml. Stadio clinico: 68 pT2, 10 pT3. All'analisi patologica: 26 pT2a, 15 pT2b, 37 pT2c. 18 GS 3+3, 29 3+4, 27 4+3, 2 4+4, 2 5+4. Nessun paziente presentava incontinenza urinaria pre-intervento (IPSS 13.2); IIEF-5 25.4. BMI medio 26.3. Dati ottenuti dall'analisi TAC: grasso viscerale addominale 159.4 cm³, grasso sottocutaneo 89.5 cm³, circonferenza corporea 91.6 cm. Al follow-up medio di 12.9 mesi, 68 pazienti erano vivi senza recidiva di malattia mentre 10 presentavano erano vivi con PSA oltre 0.2 ng/ml ed erano stati indirizzati ad altri trattamenti adiuvanti. 71 pazienti non presentavano incontinenza mentre 7 pazienti utilizzavano 2 o più pannolini al dì. IIEF-5 medio era 11.8: 12 erano potenti senza farmaci, 38 con l'utilizzo di farmaci per os, 10 con l'utilizzo di farmaci iniettivi mentre 18 non presentavano erezione. L'analisi statistica (Cox regression) ha dimostrato che la presenza di obesità viscerale in maggior parte rispetto a quella sottocutanea è un parametro indipendente nella predizione degli outcomes funzionali, in particolar modo la ripresa dell'erezione.

Conclusioni. La valutazione dell'adiposità addominale può rappresentare un parametro prognostico in grado di predire gli outcomes funzionali, in particolare quelli legati alla sfera sessuale, dopo prostatectomia radicale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C35

THE CLINICAL EFFICACY OF POLLEN EXTRACT IN ASSOCIATION WITH VITAMINS (DEPROX 500®) IN PATIENTS AFFECTED BY CP/CPPS IS ASSOCIATED WITH ITS DECREASING EFFECT ON PRO-INFLAMMATORY CYTOKINE IL-8

T. Cai¹, P. Verze², R. La Rocca², A. Palmieri², D. Tiscione¹, L. G. Luciani¹, S. Mazzoli³, V. Mirone², G. Malossini¹

*1*Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; *2*Department of Urology, University of Naples, Federico II, Naples; *3*STDs Centre, Santa Maria Annunziata Hospital, Florence

Purpose. To evaluate the efficacy of pollen extract in association with vitamins in patients affected by chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) and perform a detailed evaluation of pro-inflammatory mediators [interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), interleukin-10 (IL-10)].

Materials and methods. All patients diagnosed with CP/CPPS between January and December 2015 were enrolled in this study. Participants were randomised to receive oral capsules of pollen extract in association with vitamins (Group A) or bromelain (Group B) for 3 months. At the enrolment time and 3 months after enrolment, all patients completed questionnaires [(National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), Short Form-36 (SF-36)], underwent urological examination and microbiological evaluation. Levels of IL-6, IL-8 and IL-10 were evaluated in seminal plasma.

Results. Sixty-five males (mean age of 32.7 ± 4.7) were randomly allocated to the Group A (n=32) or Group B (n=33) groups. At the follow-up examination 24/32 patients in the Group A, showed a significant reduction of the NIH CPSI total score, compared with 8/33 in the bromelain group ($p < .0001$).

Conclusions. The treatment with pollen extract in association with vitamins is able to improve quality of life in patients affected by CP/CPPS, by reducing pro-inflammatory cytokine level (IL-8).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C36

CAN THE FSHR POLYMORPHISM P.N680S INFLUENCE THE OUTCOMES OF THE ADJUVANT THERAPY WITH RFSH IN PATIENTS WHO UNDERWENT VARICOCELECTOMY?

M. Carrino (1), F. Chiancone (1), L. Pucci (1), G. Battaglia (1), A. Palmieri (2), F. Persico (2), P. Fedelini (1)

(1) Dept. of Andrology, A.O.R.N. A. Cardarelli, Naples, *(2)*-Department of Neuroscience, Reproductive Sciences and Odontostomatology, Urology Section, University of Naples Federico II, Naples

Introduction. In the last years, FSH receptor (FSHR) gene polymorphisms have been studied as potential risk factors for spermatogenetic failure. Selice et al. (2011) demonstrate in a group of

oligozoospermic patients that only subjects with at least one serine in position 680 had a significant improvement of seminal parameters. Which FSHR polymorphism can benefit from FSH treatment is very important also from a pharmaco-economic point of view. The aim of our study was to evaluate the influence of the polymorphism p.N680S in the adjuvant therapy with recombinant FSH (rFSH) after varicocelelectomy.

Methods. From January 2016 and June 2016, twenty-two patients who underwent subinguinal microsurgical varicocelelectomy and with a morphologic aspect of hypospermatogenesis at testicular cytology were enrolled. After 3 months of adjuvant therapy with follitropin alfa 150UI i.m. 3 times/week for three months, the patients had a semen analyses, and the FSHR gene polymorphism p.N680S characterization.

Results. We observed significant increase in total sperm count ($p = 0.0272$), sperm concentration ($p = 0.0044$), percentage of normal morphology forms ($p = 0.0001$) and progressive motility ($p = 0.0013$) in the Ser-Ser group. Moreover, we observed significant increase in percentage of normal morphology forms ($p = 0.0001$) but we did not observe significant increase in total sperm count ($p = 0.0514$), sperm concentration ($p = 0.0531$) and progressive motility ($p = 0.0571$) in the Ser-Asn group. On the contrary, we did not observe significant increase in total sperm count ($p = 0.8326$), sperm concentration ($p = 0.964$), in percentage of normal morphology forms ($p = 0.1271$) and progressive motility ($p = 0.1986$) in the Asn-Asn group.

Conclusion. Our findings demonstrate that only subjects with two serine in position 680 had a statistically significant improvement of seminal parameters except for the percentage of normal morphology forms that is also increased in Ser-Asn group. A positive trend was seen for the others parameters in the Ser-Asn group. The patients with at least one serine in position 680 probably have lower sensitivity to FSH. In these subjects, their FSH basal levels are not sufficient for optimal stimulation of spermatogenesis that is improved by additional FSH. This is not possible for the patients of Asn-Asn group because the same FSH basal levels are already operating at their maximal potential on stimulation of spermatogenesis.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C37

STRATEGIE DI GESTIONE PERI-OPERATORIA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD IMPIANTO PROTESICO – DATI DEL REGISTRO PROSPETTICO DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA INSIST-ED

G. Alei, G. Antonini, A. Avolio, A. Barbieri, C. Bettocchi, M. Bitelli, F. Boezio, P. Capogrosso, M. Capone, E. Caraceni, M. Carrino, C. Ceruti, S. Ciampalini, F. Colombo, E. Conti, A. Corvasce, G. Dachille, F. Deho', D. Pozza, S. Fiordelise, A. Franceschelli, G. Garaffa, N. Ghidini, G. Franco, E. Italiano, G. La Pera, A. Lagana', G. Liguori, L. Utizi, M. Matera, N. Mondaini, A. Natali, C. Negro, F. Palumbo, M. Paradiso, E.S. Pescatori, M. Polito, G. Polloni, M. Silvani, A. Tamai, M. Timpano, F. Varvello, P. Vicini, A. Vitarelli

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

Introduzione & obiettivi. L'infezione locale resta la più temibile complicanza degli impianti protesici penieni (IPP) in urologia. Lo scopo di questo studio è di analizzare l'applicazione delle diverse strategie di management peri-operatorio nell'IPP nel panorama nazionale.

Metodi. È stato utilizzato un database multi-istituzionale compilato da 43 chirurghi al momento dell'intervento su un sito dedicato (www.registro.andrologiaitaliana.it).

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

Analisi descrittive sono state applicate per valutare i diversi trend di applicazione relativi a: profilassi antibiotica peri-operatoria, tricotomia pre-operatoria, tecniche di sterilità del campo operatorio.

Risultati. In totale, 560 interventi sono stati inclusi nel dataset. La profilassi antibiotica nei giorni precedenti all'intervento è stata adottata in 224 (40%) casi; di questi, il 33% (74), 19.2% (43), 42.4% (92) e 5.4% (12) ha cominciato la profilassi 1 giorno, 2 giorni, 3-5 giorni e 7 giorni prima dell'intervento, rispettivamente. Gli antibiotici più frequentemente utilizzati sono stati i chinolonici [121 (91.7%)]. Dati sulla profilassi pre-operatoria (1h prima della procedura) erano disponibili per 464 (82.9%) degli interventi. Nel 51.2% (238) dei casi è stata somministrata una duplice terapia: tra questi, la combinazione aminoglicoside + glicopeptide è risultata essere la più applicata [57.1% (136)]; tra la profilassi in monoterapia, le cefalosporine di 2°/3° generazione sono state utilizzate nel 73.8% (167) dei casi. Inoltre, lavaggi intra-operatori con soluzione antibiotica sono stati applicati nel 71.9% (403) dei casi. Dati sulla tricotomia del campo operatorio erano disponibili per 267 (47.7%) dei pazienti. Tra questi, la tricotomia è stata eseguita in sala operatoria solo nel 12.4% (33) dei casi, mentre il 46.4% (124) ed il 40.8% (109) ha eseguito la tricotomia il giorno precedente o la mattina dell'intervento, rispettivamente.

Conclusioni. I dati sulle strategie peri-operatorie volte alla riduzione del rischio d'infezione dell'IPP sono risultati eterogenei. Uno dei possibili benefici del progetto Registro, alla luce di robusti futuri dati di "outcome", potrà essere proprio l'identificazione dei suddetti livelli di evidenza 1 (Oxford criteria) anche in merito alle strategie perioperatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C38

TESTICULAR ENHANCEMENT SURGERY: CUSTOM MADE PROSTHESIS

J. Salhi, M. Del Prete

Androclinic - Roma

Introduzione ed obiettivi. Nell'ambito della chirurgia protesica non è stato ancora propriamente affrontato il problema di pazienti che richiedano un aumento del volume testicolare con conservazione della propria ghiandola al fine di migliorare la propria performance estetica.

In alcuni casi l'intervento è stato eseguito impiantando una protesi supplementare con una resa estetica scadente.

L'obiettivo della nostra tecnica è invece ottenere un aumento del volume testicolare, con un risultato estetico simil-naturale, senza la sensazione, da parte del paziente, di avere un "doppio testicolo" omolaterale.

Materiali e metodi. I pazienti giunti alla nostra osservazione, a causa della riduzione del proprio volume testicolare, sono stati sottoposti ad un check-up specialistico ed ecografico, al fine di escludere patologie concomitanti.

L'intervento è stato eseguito in 7 casi, tutti in anestesia loco-regionale.

In 5 casi l'intervento è stato bilaterale, in 2 casi è stato monolaterale per ipotrofia testicolare monolaterale.

La protesi, in silicone, di forma ovalare, è stata trattata in modo da creare un incavo, dove poter alloggiare il polo inferiore del testicolo del paziente.

L'accesso può essere duplice:

diretto scrotale

inguinale

Il secondo tipo di accesso, in particolare è stato da noi utilizzato in un paziente che richiedeva prima l'asportazione di una protesi supplementare (impiantata grossolanamente in un precedente intervento senza adattamento della protesi stessa, tanto che all'ecografia il paziente mostrava un "doppio testicolo" omolaterale).

Il problema principale di questo tipo di intervento è il fissaggio tra la parte distale del testicolo e la protesi stessa che, nei nostri casi, è stata fatta tramite punti di sutura staccati, confidando nella creazione da parte dell'organismo, nel periodo post-operatorio, di una capsula che inglobasse sia la protesi che il testicolo del paziente.

Risultati. Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati trattati 5 pazienti, con follow-up di 6 mesi, senza complicanze importanti e soddisfazione da parte dei pazienti stessi per i risultati ottenuti.

In 1 solo caso si è formato un piccolo ematoma monolaterale, trattato conservativamente.

La nostra innovativa tecnica chirurgica presenta un duplice vantaggio:

conservazione dei testicoli naturali

nessuna interferenza dell'impianto in corso di valutazioni strumentali (imaging) successive

Conclusioni. Sulla base dell'esperienza raccolta, sarebbe auspicabile avere, nel prossimo futuro, delle protesi facilmente conglomerabili al testicolo del paziente al fine di ottenere un risultato morfologicamente ottimale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C39

GRAVE USTIONE DEI GENITALI PER COMBUSTIONE ACCIDENTALE DEGLI INDUMENTI: CASO CLINICO E RISULTATI PRELIMINARI DI UNA INUSUALE APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL PENE.

M. Timpano*, C.Ceruti*, O. Sedigh*, M. Sibona*, M. Falcone*, M. Preto*, P. Gontero*, L. Rolle*

**A.O.U. Città della Salute e della Scienza, Torino; Clinica Urologica Universitaria - Ospedale Molinette, Torino; Unità di Andrologia, Università di Torino, Torino*

Introduzione ed obiettivi. Le lesioni traumatiche del pene costituiscono un ambito al quale possono essere applicate le tecniche di chirurgia genitale ricostruttiva. Lo scopo di questo lavoro è presentare il caso clinico di un paziente giunto alla nostra osservazione per grave ustione del pene.

Materiale e metodi. Un soggetto maschio, di anni 75, è giunto alla nostra osservazione nel mese di Novembre 2016, per via di estese lesioni necrotizzanti degli organi genitali. Tali lesioni coinvolgevano particolarmente l'estremo distale dell'asta peniena, dove si apprezzava il coinvolgimento tanto dei tegumenti quanto del glande, del tessuto spongioso dell'uretra e degli apici cavernosi. La raccolta dell'anamnesi permetteva di ricostruire l'origine dell'ustione: la combustione del tutto accidentale, a causa della caduta di un mozzicone di sigaretta, degli indumenti, della biancheria intima e del pannolino indossato dal paziente (affetto da incontinenza urinaria). L'esame obiettivo dimostrava l'assenza di vitalità dei tessuti dell'estremità distale del pene, motivo per cui si rendeva necessario un trattamento chirurgico di bonifica. L'intervento ha

previsto un tempo demolitivo, con asportazione della cute necrotica ed amputazione parziale del pene a livello del terzo medio dell'asta, ed un tempo ricostruttivo, con sutura dei corpi cavernosi e spatulamento dell'uretra per ottenere la riconfigurazione di un neo – glande (tecnica di Sasso). Infine, i tegumenti penieni sono stati ricostituiti con graft cutaneo prelevato dalla coscia mediante dermatotomo.

Risultati. Il decorso post-operatorio è stato regolare. Non sono state registrate complicanze locali. Il paziente è stato dimesso in quinta giornata post-operatoria, con buon trofismo dei tessuti riconfigurati. Alla rimozione del catetere vescicale, eseguita dopo 15 giorni, il paziente ha ripreso le abituali minzioni per uretram. Il controllo chirurgico eseguito a 3 mesi ha dimostrato la completa cicatrizzazione delle suture ed il buon trofismo di tutti i tegumenti.

Conclusioni. Le tecniche di chirurgia ricostruttiva del pene, spesso utilizzate per il trattamento delle lesioni neoplastiche di quest'organo, possono essere applicate con successo anche alla riparazione delle lesioni genitali traumatiche. La bassa frequenza di tali lesioni e la necessità di disporre di buona padronanza di tali tecniche chirurgiche rende consigliabile, quando possibile, l'invio di questi pazienti a centri di riferimento per l'andrologia chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C40

L'ADERENZA ALLA DIETA MEDITERRANEA ASSICURA UNA BUONA SALUTE SESSUALE INDIPENDENTEMENTE DAI LIVELLI DI ATTIVITA' FISICA

P.A. Della Camera¹, M. Gacci¹, M. Marzocco¹, G. Cito¹, R.Campi¹, D. Del Fabbro², D. Vitelli¹, A. Mottola¹, A. Cocci¹, A. Delle Rose¹, S. Serni¹, M. Carini¹, A. Natali¹

1 Aouc Careggi, Firenze; 2 Policlinico Universitario "Tor Vergata", Roma

Introduzione ed obiettivi. Lo stile di vita e la dieta mediterranea sono fattori protettivi nei confronti di patologie cardiovascolari sebbene manchi una chiara correlazione con la disfunzione erettile(D.E.).Qualche evidenza, tuttavia esiste tra D.E. e depressione. Abbiamo analizzato la correlazione tra D.E., attività fisica, aderenza alla dieta mediterranea e sintomi depressivi .

Materiale e metodi. Abbiamo sottoposto a 67 pazienti afferenti in ambulatorio andrologico il questionario iief 15 (International Index of Erectil Function), il questionario di Hamilton per la depressione maggiore,il questionario Med-Diet , il Questionario Ipaq(International Index of Physical Activity) e calcolato il BMI (Body Mass Index). Abbiamo escluso pazienti con storia di tabagismo,iperlipidemia,malattia cardiovascolare e di età>65 ed < ai 40 anni. In base alla presenza di D.E sono stati suddivisi in due gruppi e calcolato tramite il t student e tramite il chi2 le differenze statistiche tra gli score. Come post hoc analysys si e' correlato i livelli di attività fisica,il bmi e l'aderenza alla dieta mediterranea con la depressione.

Risultati. L' età media è stata di 64,3 anni(40±72). Il BMI medio e' risultato di 27,23 (20±29). Il gruppo D.E.ha mostrato al t student una differenza statisticamente significativa in BMI rispetto al gruppo con funzione erettile normale. L'analisi statistica del Med-Diet ha mostrato al t student una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi <0,0001(p<0,05)cosi'come il chi2p<0,001 (yates p<0,0049; o.d.=0,02). L'Ipaq non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i due gruppi (t-student p=0,732;chi2yates =0,866;o.d.=1,4). Il test di Hamilton non ha mostrato correlazione statisticamente significativa tra i due gruppi(t student=0,44; chi2yates= 0,14;o.d.=1,7). L'attività fisica intensa (>2520 met),bmi < 25 e la forte aderenza alla dieta mediterranea (≥10) si sono mostrati fattori protettivi nei confronti della depressione (chi2=p 0,03)

Conclusioni. Il peso corporeo e un'alimentazione sana sono fattori protettivi nei confronti del disturbo di erezione. Lo stato psichico inteso come la presenza di sintomi depressivi e l'attività fisica hanno mostrato solo una lieve tendenza ad essere rispettivamente fattori peggiorativi e protettivi nei confronti del D.E. La dieta mediterranea, un regolare peso corporeo e l'attività fisica si sono mostrati al contrario proteggere nei confronti dell'insorgenza della depressione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C41

MANAGEMENT POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE MULTIFATTORIALE SOTTOPOSTO AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE CON APPROCCIO INFRAPUBICO MININVASIVO: COMPLICANZE E OUTCOMES FUNZIONALI.

***G. Antonini, *F. Del Giudice, *G. M. Busetto, °A. Pacchiarotti, *F. Del Bianco, *C. Cristini, **P. E. Perito, *E. De Berardinis**

**Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche, "Sapienza", Università di Roma, Roma; Centro PMA, Ospedale San Filippo Neri, Roma; **Perito Urology, Coral Gables Hospital, Florida, USA*

Obiettivi. L'impianto di protesi peniena costituisce un consolidato ed efficace approccio terapeutico nel paziente con Disfunzione Erettile multifattoriale (DEm) non più responsivo a terapia medica. Un protocollo di gestione postoperatoria risulta fondamentale per favorire la più precoce attivazione del device e la prevenzione di complicanze. Scopo dello studio è descrivere la nostra strategia gestionale postoperatoria in termini outcomes funzionali e di complicanze.

Materiali e metodi. Un totale di 88 pazienti con DEm sono stati inclusi nello studio. Al termine dell'intervento veniva posizionato un drenaggio Jackson Pratt (J-P) 21Ch in aspirazione a livello dello scroto, mantenuto per 3 giorni. Non veniva applicata alcuna fasciatura sul pene, né veniva posizionato alcun catetere vescicale, ma solo una fasciatura infrapubica a livello dell'incisione. La protesi veniva attivata al 70% e mantenuta gonfia per 6 giorni. Ogni paziente veniva dimesso dopo 24h di degenza con un'antibioticoterapia orale e ghiaccio sulla ferita per 48h. Le visite di controllo venivano programmate a 7 giorni e a 1 mese dalla dimissione.

Risultati. L'età media della coorte era 58.2 ± 9.5 anni. 56 pazienti con diabete mellito ed ipertensione, 25 pazienti con deficit veno-occlusivo e 7 pazienti con storia di cardiopatia. Nessuna complicanza intraoperatoria è stata riportata. Il volume di materiale siero-ematico mediano aspirato dal drenaggio era di 90ml (range 40-150), 45ml (range 30-60) e 30ml (range 20-50) in I, II, e III giornata postoperatoria rispettivamente. 14 pazienti hanno mostrato a 7 giorni un lieve ematoma scrotale, mentre gli altri 74 semplicemente una transitoria soffiatura scrotale. Lunghezza e circonferenza medie peniene a termine della procedura erano di 15.3 ± 1.2 e 10.2 ± 0.8 cm rispettivamente. A 7 giorni dall'impianto le dimensioni medie mostravano analoghi risultati con 15.5 ± 1.1 e 10.1 ± 0.5 cm rispettivamente. Dopo una media di 8.5 ± 1.1 giorni tutti i pazienti erano in grado di attivare autonomamente il device.

Conclusioni. Ad oggi esistono numerose e diverse strategie di gestione postoperatoria nei pazienti sottoposti ad impianto di protesi peniena. La nostra esperienza dimostra come il breve utilizzo di un drenaggio J-P e una quasi totale attivazione del device a scopo emostatico nell'immediato postoperatorio possano prevenire l'insorgenza di complicanze e la retrazione dell'albuginea, riuscendo nell'obiettivo di favorire una precoce attivazione della protesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C42

QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA – DATI DI FOLLOW-UP AD 1 ANNO DEL REGISTRO PROSPETTICO DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA INSIST-ED

G. Alei, G. Antonini, A. Avolio, A. Barbieri, C. Bettocchi, M. Bitelli, F. Boezio, P. Capogrosso, M. Capone, E. Caraceni, M. Carrino, W. Cazzaniga, C. Ceruti, S. Ciampalini, F. Colombo, E. Conti, A. Corvasce, G. Dachille, F. Deho, P. Diego, S. Fiordelise, A. Franceschelli, G. Garaffa, N. Ghidini, G. Franco, E. Italiano, G. La Pera, A. Lagana', G. Liguori, L. Utizi, M. Matera, N. Mondaini, A. Natali, C. Negro, F. Palumbo, M. Paradiso, E.S. Pescatori, M. Polito, G. Polloni, M. Silvani, A. Tamai, M. Timpano, F. Varvello, P. Vicini, A. Vitarelli

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

Introduzione & obiettivi. L'impatto dell'impianto di protesi peniena (PP) sulla qualità di vita (QoL) generale dei pazienti, è stato scarsamente indagato. Lo scopo di questo studio è di analizzare la qualità di vita (QoL) dei pazienti sottoposti a PP tramite l'utilizzo del questionario validato Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis (QoLSPP).

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 dicembre 2016 sono stati raccolti dati riguardo alle caratteristiche dei pazienti, all'eziologia della disfunzione erettile (DE), al tipo di protesi utilizzato. I pazienti sono stati rivalutati un anno dopo l'intervento: il questionario QoLSPP è stato utilizzato per analizzare simultaneamente il funzionamento della protesi e la QoL dei pazienti.

Analisi descrittive ed analisi di regressione lineare sono state applicate per valutare l'impatto del tipo di protesi utilizzato (idraulico vs malleabile) sui risultati funzionali e di QoL.

Risultati. In totale, 560 pazienti sono stati inclusi nel dataset. Dati di follow-up ad 1 anno dall'impianto erano disponibili per 84 (15%) di loro. [età mediana 62aa (IQR: 55-67aa)]. Di questi, l'85.1% (71) ha ricevuto una protesi di tipo idraulico ed il 14.9% (13) una protesi di tipo malleabile. Il 52.1% (44) dei pazienti è stato sottoposto a PP per DE post-prostatectomia radicale, mentre il 22.5% (19) e il 16.9% (14) era affetto da malattia di La Peyronie e da DE vasculogenica, rispettivamente. In generale, i pazienti hanno riportato elevati punteggi medi dei domini del questionario QoLSPP: Funzionale (F:20.3/25), Personale (P:16.7/20), Relazionale (R:15.8/20) e Sociale (S:12.6/15), ad 1 anno dall'IPP. I pazienti sottoposti a PP malleabile hanno riportato punteggi medi significativamente più bassi per tutti i domini di QoLSPP (F:21.6 vs 17.7; P:17.6 vs 23.9; R:16.7 vs 13.8; S:13.2 vs 10.4; tutte le $p < 0.02$). Ad analisi multivariata di regressione lineare gli impianti idraulici sono risultati essere significativamente associati ad un più elevato punteggio dei domini del questionario QoLSPP rispetto ai modelli malleabili, dopo aver corretto per età del paziente ed eziologia di DE [$p < 0.01$].

Conclusioni. Questo è il primo studio a riportare i dati di QoL dopo PP utilizzando il questionario validato QoLSPP. I risultati mostrano un significativo vantaggio della protesi idraulica rispetto a quella malleabile in termini funzionali e di QoL generale, indipendentemente dall'età e dall'eziologia della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C43

GLI ASPETTI COGNITIVI ED EMOTIVI DELL'EIACULAZIONE PRECOCE E DEL DISTURBO MASCHILE DELL'EREZIONE

F. Artegiani, A. Artegiani

Studio MenteCorpo

Introduzione. La ricerca indaga aspetti cognitivi ed emotivi del disturbo maschile dell'erezione (DE) e dell'eiaculazione precoce (EP).

Materiali e metodi. Lo scopo è di valutare il ruolo delle credenze sessuali disfunzionali e delle cognizioni rispetto alla genesi e al mantenimento di queste disfunzioni sessuali e se tali aspetti cognitivi siano propri dei soggetti disfunzionali. I 120 partecipanti (40 DE; 40 EP; 40 gruppo di controllo) hanno risposto al Sexual Dysfunction Interview; Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire; Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context; Sexual Modes Questionnaire; International Index of Erectile Dysfunction.

Risultati. I gruppi clinici presentano maggiori credenze sessuali disfunzionali: credenze sulla soddisfazione sessuale femminile (DE=20.48; EP=18.21); credenze "machiste" (DE=20.93; EP=21.23).

Il gruppo DE presenta auto-schemi negativi relativi alle situazioni sessuali di fallimento, nella dimensione: non desiderabilità; mentre il gruppo EP nell'incompetenza. I punteggi del gruppo DE sono maggiori del gruppo EP. Quest'ultimo presenta punteggi maggiori rispetto al gruppo di controllo.

I punteggi del gruppo DE sono più elevati in tutte le variabili della scala SMQ:AT rispetto al gruppo EP.

I punteggi del gruppo EP sono più elevati in tutte le variabili dell' SMQ:AT rispetto al gruppo di controllo tranne che nella dimensione: idee conservatrici.

Il gruppo di controllo esperisce emozioni di soddisfazione e piacere; la presenza di entrambe le disfunzioni sessuali è invece correlata con preoccupazione e rabbia.

Conclusioni. Pur nei limiti dello studio, tenendo presente l'impossibilità di trarre considerazioni causali, è sostenibile che i quadri cognitivi associati a queste disfunzioni sessuali possano influire sulla riuscita del rapporto sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C44

UREAPLASMA UREALYTICUM: FATTORE DI RISCHIO VELATO DI INFERTILITA' DI COPPIA.

***P. Scarano, **A. Valdiserri**

**Urologia Ospedale Infermi, Rimini, **Studio Medico, Bologna*

Introduzione ed obiettivi. L'Ureaplasma Urealyticum (UU) sembra abbia un notevole impatto nelle coppie infertili e soprattutto sull'andamento delle tecniche di PMA.

Alquanto controversa è, invece, l'opinione che l'UU possa avere una influenza negativa sulla fertilità maschile.

Diversi Autori riportano come l'UU sia anche presente in una elevata percentuale di uomini fertili, pur valutando che esso sia responsabile, a volte, di una notevole riduzione del numero, della motilità progressiva e della morfologia degli spermatozoi.

Scopo dello studio è stato valutare se la somministrazione combinata della doxiciclina, azitromicina e moxifloxacina a coppie con pregressa infezione da UU, già trattata e sottoposte a più trattamenti di PMA con partner maschile persistentemente affetto da Oligoastenoteratospermia (OAT), induce un miglioramento dei parametri seminali ed un aumento della pregnancy rate (con e senza PMA).

Materiali e metodi. Questo studio clinico condotto dal Dicembre 2010 ad oggi ha arruolato 164 coppie sottoposte ad almeno 2 trattamenti di PMA di II livello con le seguenti caratteristiche: infertilità da 3 a 15 anni, età media di 35.6 anni, pregressa infezione da UU in almeno uno dei due partner e successivamente negativi (tampone cervicale nella donna e spermiocoltura nell'uomo)

Ogni paziente è stato sottoposto a visita andrologica ed esami ormonali che escludessero patologie responsabili di infertilità.

L'esame del seme dei pazienti mostrava da due a più parametri seminali indicativi di una possibile infezione batterica.

Entrambi i partner sono stati trattati con doxiciclina 100 mg (2 cpr/die per 15 gg al mese per 2 mesi), Azitromicina 500 mg (1 cpr/die per 3 gg ogni 10 gg x 2 mesi) e moxifloxacina 400 mg (1 cpr/die x 7 gg al mese x 2 mesi).

Risultati. L'esame seminale eseguito dopo 1 mese di cura ed a 3 mesi dal termine del trattamento ha mostrato un miglioramento dei parametri seminali nel 70% dei pazienti ed una pregnancy rate globale del 44.8%.

La terapia è stata ben tollerata con dropout di soli 7 pazienti.

Conclusioni. I dati suggeriscono come l'infezione genitale da UU già trattata sia solo apparentemente risolta, come si evidenzia dalla persistenza immotivata di OAT.

In questo studio coppie infertili, con pregressa infezione da UU, già sottoposte a trattamenti di PMA senza successo, con partner maschile affetto da OAT ed entrambi negativi per infezioni genitali hanno beneficiato di una terapia combinata con doxiciclina, azitromicina e moxifloxacina.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C45

EPISPADIA IN ETÀ ADULTA: UNA RARA EVENIENZA

A. Barbieri, P. Spiga, E. Paiolo, T. Bocchialini, U. V. Maestroni

U.O. di Urologia - Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Parma

La chirurgia del complesso estrofia-epispadia è generalmente appannaggio del chirurgo pediatra, che deve affrontare la complessità di questa situazione in età neonatale.

Presentiamo il caso di un paziente affetto da epispadia giunto alla nostra attenzione in età adulta.

Caso Clinico

GC, di 54 anni, affetto da estrofia epispadia trattata all'età di 6 anni con cistectomia e uretrosigmoidostomia. Presenta un'uretra completamente epispadica dalla radice del pene al glande. Ciononostante presenta erezioni valide e questa situazione non gli ha impedito di avere una famiglia. Lamenta tuttavia grave sofferenza psichica per l'aspetto del pene.

Abbiamo pertanto sottoposto il paziente a ricostruzione peniena sec. Mitchell-Bägli modificata: dopo il degloving il pene è sottoposto ad isolamento dei corpi cavernosi, dei due emiglande e del piatto uretrale, che comunque non viene staccato dal corpo cavernoso sinistro. Si esegue quindi la

tubularizzazione dell'uretra e la rotazione contrapposta dei due corpi cavernosi e degli emiglande, che vengono suturati sulla linea mediana. Il riposizionamento della cute dell'asta completa la procedura.

Al controllo a 6 mesi il paziente presenta erezioni spontanee ed eiaculazione per urethram.

Commento

Il caso da noi presentato è di rara osservazione nell'età adulta e la tecnica da noi utilizzata, una modifica della tecnica classica di Mitchell-Bagli, che consiste nell'isolamento parziale dell'uretra che, dopo rotazione dei corpi cavernosi viene a trovarsi in posizione ventrale, è considerata il trattamento di scelta. Riteniamo che anche queste tecniche prettamente "pediatriche" debbano avere uno spazio nel bagaglio del chirurgo ricostruttivo uretro-genitale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C46

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE ROTTURE DEI CORPI CAVERNOSI: COSA È CAMBIATO?

M. Ciletti**, **M. Guidotti***, **G. Tuderti***, **F. Antonaccio***, **C. Gerolimetto***, **A. Maurizi***, **P.M. Michetti***, **C. Leonardo***, **G. Franco***.

** Dipartimento di Urologia U. Bracci, Sapienza Università di Roma, Roma; ** Aurelia Hospital, Roma*

Introduzione ed obiettivi. La frattura peniena associata a lesione dei corpi cavernosi è considerata un'emergenza urologica e spesso prevede il trattamento chirurgico per la sua correzione. Scopo del lavoro è valutare come sia evoluto l'inquadramento diagnostico ed il trattamento chirurgico negli ultimi 15 anni.

Materiali e metodi. Dal 2001 al 2016 sono stati osservati 11 casi di trauma penieno durante il rapporto sessuale. 8 di essi sono giunti al Pronto soccorso nell'arco di 24 ore dal trauma e 3 dopo 24 ore. In tutti i casi erano presenti ecchimosi cutanee, ma solo in 6 di essi il versamento ematico era cospicuo a livello penieno e scrotale configurando il quadro di deformità "a melanzana". 3 pazienti presentavano uretrorragia da lesione uretrale. 7 pazienti hanno eseguito un'ecografia peniena diagnostica che ha permesso di evidenziare la lesione in 6 pazienti (85%). 4 pazienti hanno anche eseguito la RM peniena in urgenza. L'intervento esplorativo è stato effettuato in 8 casi nelle 24 ore successive al trauma ed in 3 casi rispettivamente dopo 2, 5 e 7 gg dal trauma. In 7 casi l'accesso chirurgico è stato peno-scrotale ed in 4 sottobalanico con scuoiamento pene. L'intervento è consistito nello svuotamento dell'ematoma e nella riparazione della lesione dell'albuginea. Nei casi con lesione uretrale è stata effettuata la riparazione o rianastomosi dell'uretra.

Risultati. In un caso l'ematoma penieno era dovuto a lesione della vena superficiale del pene con integrità della tunica albuginea, negli altri 10 è stata identificata una lacerazione più o meno estesa della tunica albuginea dei c.c. A distanza di due mesi dall'intervento tutti i pazienti hanno riportato normali erezioni, assenza di incurvamento dell'asta o di stenosi uretrale. 4 pazienti hanno però riferito sindrome ansiosa legata alla paura di un ulteriore trauma durante il rapporto.

Conclusioni. L'ecografia peniena eseguita in urgenza è molto utile nel diagnosticare una lacerazione dell'albuginea, in particolare nei casi con ematoma peno-scrotale di scarsa entità.

L'accesso può essere peno-scrotale o sottobalanico a seconda dell'estensione distale dell'ematoma curtea o della presenza di una lesione uretrale.

L'urgenza chirurgica non è necessariamente immediata in considerazione dei buoni risultati ottenuti nei pazienti operati anche a distanza di 7 gg.

La riparazione dell'uretra, anche per transezioni complete, può essere effettuata in un unico tempo nel corso dell'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C47

PUÒ IL TESTOSTERONE LIBERO CALCOLATO SUPERARE IL TESTOSTERONE TOTALE NEL PROTEGGERE DALL'ALTERAZIONE DEI SINTOMI SESSUALI? RISULTATI DI UNO STUDIO CROSS-SECTIONAL

L. Boeri^{1,2}, P. Capogrosso^{1,3}, E. Ventimiglia^{1,3}, W. Cazzaniga^{1,3}, F. Pederzoli^{1,3}, D. Oreggia^{1,3}, N. Frego^{1,3}, D. Moretti¹, E. Montanari², F. Gaboardi¹, V. Mirone⁴, F. Montorsi^{1,3}, A. Salonia^{1,3}

1Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan; 2UOC Urologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milan; 3University Vita-Salute San Raffaele, Milan; 4Department of Urology, University of Naples Federico II, Naples

Introduzione e obiettivi. La disfunzione erettile (ED) può essere associata a ridotti valori di testosterone sierico totale (TT). Il ruolo del testosterone libero rispetto al TT è dibattuto. Anche il testosterone libero calcolato (cFT) è comunemente utilizzato in clinica. Obiettivo dello studio è valutare l'impatto relativo di ridotti valori di TT e cFT rispetto ai sintomi sessuali androgeno-dipendenti, in uomini con ED.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati dati di 485 uomini con ED. Le comorbidità legate alla salute sono state calcolate mediante il Charlson Comorbidity Index (CCI). I pazienti hanno compilato l'International Index of Erectile Function (IIEF) e il Beck's inventory for Depression (BDI). Le statistiche descrittive hanno testato le differenze tra il gruppo di pazienti di riferimento con normale TT (definito come $TT > 3 \text{ ng/ml}$) e normale cFT ($> 0.065 \text{ ng/ml}$) (Gruppo 1) e quelli con normale TT/ridotto cFT (Gruppo 2); ridotto TT/normale cFT (Gruppo 3) e ridotto TT/ridotto cFT (Gruppo 4). I modelli di regressione logistica hanno valutato l'associazione tra predittori clinici e valori patologici degli score psicometrici.

Risultati. Nella popolazione, 338 (69.6%), 44 (9.1%), 34 (7.0%) and 69 (14.3%) pazienti appartenevano al Gruppo 1, 2, 3 e 4, rispettivamente. Rispetto ai pazienti del Gruppo 1, quelli nel Gruppo 2 erano più anziani ($p < 0.001$), avevano un BMI maggiore ($p < 0.01$) e un maggior rate di $CCI \geq 1$ ($p = 0.006$). Similmente, gli uomini nel Gruppo 2 avevano ridotti valori di IIEF-EF ($p = 0.07$), IIEF-SD ($p = 0.04$), IIEF-OF ($p = 0.007$) e minore BDI score ($p = 0.02$) rispetto a quelli nel Gruppo 1. Risultati simili sono stati trovati per il Gruppo 4 vs. Gruppo 1. Al contrario, i pazienti nel Gruppo 3 erano più anziani ($p < 0.001$) di quelli nel Gruppo 1, ma avevano simili score psicometrici. All'analisi multivariata, un ridotto cFT, sia con normale sia con ridotto TT, è emerso come predittore indipendente di alterati IIEF e BDI scores, dopo aggiustamento per età, CCI e BMI. Al contrario, ridotto TT/normale cFT non era associato ad alterati score psicometrici.

Conclusioni. I pazienti affetti da ED con ridotti valori di cFT, anche con normale TT, mostrano un peggior profilo clinico e alterati parametri sessuali e depressivi rispetto a uomini con normale TT/normale cFT. Di rilevanza clinica, normali valori di cFT, anche in caso di bassi livelli di TT, non erano associati a segni e sintomi indicativi di deficit di testosterone.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C48

MALIGNANT PRIAPISM AND NON UROLOGIC PRIMITIVE TUMORS ARE RELATED WITH THE POORER PROGNOSIS IN MEN WITH PENILE METASTASES: RESULTS OF A SYSTEMATIC REVIEW

P. A. Della Camera, A. Cocci, G. Cito, S. Morselli, N. Laruccia, D. Vitelli, M. Gacci, G. Tasso, S. Serni, M. Carini, A. Natali

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Introduction and objectives. Metastases to the penis from other cancers are rare but can have severe consequences. Usually, penile metastasis signifies a poor prognosis but little else is known. The aim of this study is to systematically review all available literature on penile metastatic disease in order to gain more information on the presentation and prognosis of this manifestation of metastatic disease.

Materials and methods. We reviewed the literature relating to all case reports, series and reviews about penile metastasis through a systematic Medline search. We identified 63 articles and 69 patients with an age range of 57 to 92 years and a mean follow up of 15.6 months (range 5-30).

Results. Metastases were located on the root (38.8%), the shaft (38.8%) or the glans (22.4%) of the penis. In most cases the diagnosis of penile metastasis was made after the primary cancer had been diagnosed. A single small penile nodule was the most common presentation.

30 patients with urological metastasis (43%) have a median cancer specific survival of 18 months instead 39 patients with non urological metastasis (57%) have a median cancer specific survival of 11 months

Ten patients presented with malignant priapism (5 from urological metastasis and 5 from non urological metastasis). Median survival after the diagnosis of penile metastasis was 10 months (range 6-18 months). Patients with priapism from urological tumor have a median cancer specific survival of 30 months the patients with priapism from non urological tumor have median cancer specific survival of 15 months.

Kaplan-Meier analysis demonstrated that patients presenting with priapism and those with metastases from non-urologic tumors have a significantly worse prognosis (age adjusted Log Rank: $p=0.037$ for priapism vs. no priapism and $p=0.045$ for urologic vs. non urologic).

Conclusions. This systematic analysis shows that prognostic differences exist based on the presentation of penile metastasis. Survival is substantial and treatment should therefore take into account definitive symptom improvement and quality of life

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C49

VITAROS FOR THE TREATMENT OF POST PROSTATECTOMY ERECTILE DYSFUNCTION. AN EFFECTIVE ALTERNATIVE?

P. A. Della Camera, G. Cito, N. Laruccia, S. Morselli, G. Tasso, A. Cocci, G. Tasso, M. Gacci, S. Serni, M. Carini, A. Natali

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Introduction and objectives. The aim of the study is the evaluation of the efficacy and safety of treatment through the use of Vitaros on-demand in post radical prostatectomy patients.

Materials and methods. Before radical prostatectomy 74 patients were enrolled after collecting appropriate informed consent to participation in the study. Inclusion criteria were age <75 years, preoperative IIEF 15 > 16, preoperative rigidometry ≥ 2 , preoperative weekly sexual intercourse ≥ 1 , affirmative answers to sep q2 and sep q3, Charlson ≤ 5 , ECOG ≤ 1 , preoperative QQL ≤ 2 , absence of metabolic syndrome and moderate / severe cardiovascular disease.

One month and four months after surgery were administered tests: sep q2, sep q3, gag q1, gag q 2, qql, rigidometry and IIEF 15

One month after surgery patients began treatment with topical alprostadil (Vitaros) ≥ 2 times a week and at fourth month tried injection therapy with alprostadil (Caverjet)

Results. One month after surgery in absence of any therapy, no patient had erection or had completed sexual intercourse. Patients began therapy with Vitaros on demand ≥ 2 times a week. At 4th months after surgery the IIEF 15 decrease from an average of 17.9 preoperative to 17.2 postoperative. The rigidometry and decrease from an average of 3.5 preoperatively to an average of 3 postoperatively. The QQL increased from an average of 1.7 preoperative to an average of 2.3 postoperative. The number of weekly sexual intercourse increased from an average of 1.5 preoperative to an average of 2.3 postoperative. 87.5% of patients responded positively to sep q2 and 75% responded positively to the question sep q2. All patients responded positively to gag q1 and 90% to gag-q2. Three patients dropped out from the study :1 for absence of partners, 1 for risk of urethral stenosis, 1 for severe pain during injection). Of all patients only 13 have switched to injection therapy (Caverjet) because more active.

Conclusions. Treatment with topical alprostadil (Vitaros) has proved a viable alternative to common injecting therapies in well-selected patients

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C50

AVANAFIL 200 MG THREE TIMES A WEEK IN SEXUAL REHABILITATION AFTER MONOLATERAL NERVE-SPARING PROSTATECTOMY: EFFICACY AND TOLERABILITY AFTER SIX MONTHS OF CHRONIC THERAPY

P. A. Della Camera, G. Cito, N. Laruccia, S. Morselli, R. Campi, A. Cocci, D. Vitelli, G. Tasso, M. Gacci, S. Serni, M. Carini, A. Natali

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Introduction and objectives. Primary outcome of the study is the evaluation of the efficacy and tolerability of Avanafil 200 mg three times a week in patients with good preoperative sexual performance. Secondary outcomes are the evaluation of the number of preoperative sexual intercourses versus postoperative sexual intercourses and preoperative versus post operative sexual quality of life

Materials and methods. Preoperatively we enrolled 45 patients on the list for unilateral nerve sparing robotic prostatectomy under 75 years (mean 65.3) with preoperative Charlson Comorbidity index <1, preoperative ECOG performance status <1, Preoperative International index of erectile function (IIEF) 15 > 17, preoperative rigidometry > 2, preoperative positive answer to Sexual Encounter Profile (Sep) q2 and Sepq3, preoperative quality of Life > 3. The physical examination was performed on the tenth day after surgery when patients remove the bladder catheter and begin

rehabilitation with Avanafil 200 mg three times a week. Other medical examinations were established in the third and sixth month after surgery in which the tests were administered

Results. In the third month IIEF 15 diminished from an average preoperative 18.16 to 13.12 in the third month and 15.24 in the sixth month. The average number of weekly sexual intercourse increase from 0.90 to 2.18 and remained the same in the sixth month. The rigidometry showed an average of 3.08 preoperatively that diminished to 2.25 in the third month, and there was no difference in the sixth month. In the third month 60% answered positively to tests sep q2 and q3, no one answers negatively to gaq tests 1 and 90% replied affirmatively to gaq q2 test. At six months 90% responded positively to tests sep q2 and q3, and no one answered negatively to gaq tests. The sexual qql decreased from 1.35 to 2.65 in the third month and at 2, 17 in the sixth month. One patient stopped the treatment for severe cutaneous flushing and two for headaches after administration. Other 3 patients abandoned rehabilitative therapy Avanafil

Conclusions. Rehabilitation therapy with Avanafil 200 mg three times a week improves erectile function and showed adverse events slightly lower than other pde 5i

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C51

ALPROSTADIL IN CREMA INTRAURETRALE-ESPERIENZE PRELIMINARI SU 100 PAZIENTI

D. Pozza, M. Musy, M. Pozza, *C. Pozza

*Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Roma; *DFM, Sapienza, Roma*

Introduzione ed obiettivi. Nel 1996 venne proposto l'utilizzo della via transuretrale (Medicated Urethral System for Erection-MUSE) per ottenere la vasodilatazione delle arterie cavernose evitando il traumatismo della puntura intracavernosa di PGE1. Le microsupposte uretrali del MUSE non hanno avuto un grande successo per la necessità di dover utilizzare elevate concentrazioni di Alprostadil (500, 750 e 1000 mcg), la non ottimale efficacia erettile ed i frequenti effetti collaterali associati. MATERIALI E METODI- Con la scoperta del DDAIP (Dodecyl-2-N,N-Dimethyl-AminoPropionato) si è riusciti ad ottenere il passaggio di adeguate quantità di Alprostadil con dosaggi non elevati (300 mcg). Il prodotto è attualmente in commercio come crema uretrale, 3 mcg/g, fornito sotto forma di AccuDose (un contenitore consistente in una piccola siringa senza ago contenente una crema di 100 mg). Il paziente (pz) deposita la crema nel tratto distale dell'uretra. Dopo aver inserito la crema si stringono con le dita i margini del meato e, nel contempo, si massaggia il glande per favorirne l'assorbimento. Abbiamo proposto tale soluzione del DE a 100 pz (32-86 aa) in alternativa ai 5PDEi o alle PGE1. In tutti i casi abbiamo provveduto a somministrare la crema, nel corso della visita, spiegando al paziente le modalità di inserimento e tranquillizzandolo rispetto alla non infrequente sensazione urente a livello dell'uretra. Dopo 15-20 minuti controlliamo il grado della risposta erettile ed il venir meno della reazione dolorosa.

Risultati. In 6 pz (6%) abbiamo dovuto registrare, dopo 5-10 minuti dalla introduzione della crema, il manifestarsi di un senso di mancamento, ipotensione, con assenza di risposta erettile. Dopo 15-25 min di permanenza nello studio in 26 pz (26%) abbiamo verificato uno stato di tumescenza-erezione ritenuto positivo dai pazienti stessi. In 14 pz (14%) una valida erezione rigida. 16 pz (16%) hanno riferito l'insorgere di un stato erettile a distanza di 30-60 min. 38 pz (38%) non hanno mostrato significativa risposta erettile. Abbiamo avuto modo di consigliare l'utilizzo della crema anche a 3 pazienti operati con protesi peniene che lamentavano la sensazione di glande freddo.

Conclusioni. L'Alprostadil uretrale potrebbe essere considerato come una valida opzione per quei pz. affetti da DE vascolare che non possono utilizzare i 5PDEi per intolleranza o motivi medici o le PGE1 per rifiuto-fobia della puntura del pene o per terapie anticoagulanti.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C52

VACUUM ERECTION DEVICE (VED) VERSUS ICI (INTRA-CAVERNOUS INJECTION) IN PREVENTING THE LOSS OF PENIS LENGTH AFTER RADICAL PROSTATECTOMY.

M. Carrino(1), L. Pucci(1), F. Chiancone(1), G. Battaglia(1), F. Persico(2), A. Palmieri(2), P. Fedelini(1)

1-Dept. of Andrology, A.O.R.N. A. Cardarelli, Naples; 2-Department of Neuroscience, Reproductive Sciences and Odontostomatology, Urology Section, University of Naples Federico II, Naples

Objective. The aim of this study was to compare the penile shortening after non nerve-sparing radical prostatectomy, in the patients that underwent sexual rehabilitation with ICI and VED. In addition, the study analysed the rate of significant penile fibrosis in the patients that underwent penile prosthesis implantation.

Materials and methods. We enrolled 40 consecutive patients that underwent a non nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy (RP) at our department from June 2015 to June 2016. The patients were randomized into 2 groups (Group A=sexual rehabilitation with ICI and Group B=sexual rehabilitation with Androbath Med VED). All patients underwent an early penile rehabilitation (initiated within 2-4 weeks after RP). The stretched flaccid penile length (SFPL) was evaluated before and after 6 months of rehabilitation. 18 out of 40 patients underwent a penile prosthesis implantation 12.83 months after the surgery. We considered "significant fibrosis" if during the surgery we needed the help of additional straightening procedures like incision or excision of the scar, multiple corporotomies with or without grafting, the use of the Rossello dilator, implant downsizing, and transcorporeal resection. Mean values with standard deviations (\pm SD) were computed and reported for all items.

Results. The mean \pm SD pre-operative SFPL was similar in the two groups (Group A= 8.42 ± 1.82 ; Group B= 8.21 ± 1.74 ; $p=0.7112$). After 6 months of treatment, we did not observe significant increase in SFPL in the Group A (post-operative SFPL= 8.61 ± 1.95 ; $p=0.7518$). After 6 months of treatment, we observed significant increase in SFPL in the Group B (post-operative SFPL= 9.36 ± 1.79 ; $p=0.0463$). Significant fibrosis during the prosthesis implantation was found in 10 out of 18 patients (8 patients of the Group A and 2 patients of the Group B).

Conclusions. Nowadays there is no standard protocol for penile rehabilitation after RP. The VED mechanism depends on its ability to increase arterial inflow and the oxygenation of the corpora. Moreover, VED increases NO release, reduces the hypoxia inducible factor-1 and transforming growth factor beta-1 and increases smooth muscle/collagen ratio. In our experience, the penile rehabilitation after non nerve-sparing radical prostatectomy using a new VED is related to a good increase in SFPL after six months of therapy. In addition the patients who underwent VED therapy had corpora that were more suitable for dilation during the penile prosthesis implantation.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C53

IL DEFICIT ERETTILE DOPO I 75 ANNI. VALIDITÀ DELLE PROTESI ENDOCAVERNOSE.

M. Musy, M. Pozza, *C. Pozza, D. Pozza

*Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Roma; *DFM, Sapienza, Roma*

Introduzione ed obiettivi. Pazienti con oltre 75 anni (anziani) , ben motivati, possono richiedere il mantenimento o ripristino della Funzione Erettile (FE) penetrativa. L'allungamento della aspettativa di vita, le migliori condizioni generali del paziente anziano, la necessità o la prospettiva di continuare ad avere una vita relazionale e di coppia anche in età avanzata hanno posto gli Andrologi di fronte a scelte diverse. Al pz anziano con DE possono essere offerti 5PDEi, FIC con Pge1, PGE1 intrauretrale, Sistemi Vacuum. Per vari motivi, tali soluzioni potrebbero non essere efficaci e la soluzione chirurgica protesica potrebbe rappresentare la soluzione ideale. Si tratta di una chirurgia non particolarmente invasiva, effettuabile con anestesi periferiche e locali, breve ospedalizzazione, rapido ritorno alla vita lavorativa e relazionale, gravata da problemi organizzativi, ospedalieri ed economici (costo delle protesi).

Materiali e metodi. Nella nostra esperienza (567 protesi peniene impiantate dal 1984 al 2016) abbiamo selezionato un gruppo di 20 pz di età compresa tra 75 e 86 anni, che in seguito a vasculopatie, patologie del pene (IPP), esiti di chirurgia vescicale e prostatica, hanno chiesto tale soluzione chirurgica. 4 pz diabetici, 1 pz con Parkinson, 2 pz dopo anni di PGE1, 4 pz al cessare della azione dei 5PDEi, 4 pz dopo TURP, 2 pz dopo Cistectomia, 3 pz dopo Prostatectomia Radicale. Sono state impiantate 12 protesi idrauliche (6 Titan Coloplast e 6 AMS700cx), 8 semirigide (5 Coloplast Genesis, 2 GIS, 1 EuroGest)

Risultati. I pz sono stati operati il giorno del ricovero; anestesia spinale in 15 pz e locale con sedazione in 5 pz; la degenza è stata di 2,2 gg (1-5 gg); tutti hanno avuto terapia antibiotica per 15 gg. Dopo 3 mesi abbiamo avuto una infezione con cedimento albugineo ed espianto protesico. Un caso ha avuto una dislocazione proprotetica risolta positivamente con sostituzione della protesi idraulica, in altra sede, dopo 2 mesi. 17 dei 20 pz operati sono venuti al controllo post operatorio (85 %), 13 pz (76%) avrebbero ripetuto l'intervento; 9 pz (53%) erano molto soddisfatti, 3 (23%) adeguatamente soddisfatti, 2 (12%) indifferenti e 2 (12%) insoddisfatti. Dei 16 pz sposati, 6 mogli erano ostili a tale scelta.

Conclusioni. Alla luce dei nostri dati e della nostra esperienza la soluzione protesica rappresenta una soluzione accettabile anche per pazienti "anziani" con buona motivazione e possibilità di rapporti sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C54

REVISIONE DI URETROSTOMIA PERINEALE MEDIANTE DOPPIO INNESTO DI MUCOSA ORALE E LEMBO PERINEALE

A. Barbieri, E. Paiolo, P. Spiga, T. Bocchialini, U.V. Maestroni

U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Parma

L'uretrostomia perineale è spesso l'ultima spiaggia nella chirurgia ricostruttiva uretrale in caso di severe stenosi dell'uretra anteriore, neoplasie uretrali o peniene o gangrena di Fournier. La

perineostomia viene creata a livello dell'uretra bulbare, distalmente allo sfintere striato, ma prossimalmente alla maggior parte dell'uretra anteriore. Per lo più viene utilizzata la tecnica di Blandy, che prevede la creazione di un lembo cutaneo perineale abboccato all'uretra e il mantenimento del piatto uretrale bulbare vascularizzato. Stenosi della perineostomia non sono rare e possono raggiungere anche il 30% dei casi. Le tecniche di revisione sono raramente documentate in letteratura e poco standardizzate. Riportiamo i risultati precoci di una personale tecnica, mai descritta in letteratura, in cui abbiamo combinato i principi della ricostruzione bulbo-membranosa con innesto di mucosa orale alla creazione di un lembo di cute perineale.

RA, anni 72, giunge alla nostra attenzione per stenosi dell'uretrostomia perineale realizzata 30 anni prima per stenosi bulbare. La precoce recidiva stenotica è stata trattata per oltre 20 anni con dilatazioni progressive. In anamnesi ipertensione arteriosa, M. di Parkinson, psoriasi, cardiopatia ipocinetica. Il paziente viene sottoposto ad uretroscopia con strumento 7 Ch che rivela la presenza di cute spessa ed ipercheratosica e stenosi cicatriziale. L'uretra appare regolare e trofica a partire da 5 mm dal veru montanu. E' stato pertanto scolpito un lembo perineale trapezoidale, rimossa la cute ispessita della stomia ed isolato il bulbo uretrale, che appare ben vascularizzato. Viene rimossa la mucosa cicatriziale ventralmente e dorsalmente dove la spongiosa è lasciata intatta, calibrando il lume a 26 Ch. Due lembi di mucosa orale vengono innestati al davanti del veru dorsalmente e ventralmente, mentre il lembo cutaneo è suturato alla porzione ventrale della stomia. Il decorso postoperatorio è stato regolare con buona ripresa della minzione spontanea. A distanza di 3 mesi il Qmax è > 25 ml/s e non vi è residuo post-minzionale.

Sebbene occorra un maggiore follow-up per esprimere giudizi definitivi, riteniamo che l'utilizzo della mucosa orale, combinata con la revisione del lembo perineale di Blandy possa essere utile in quei casi in cui la scarsa qualità della cute e la profondità dello stoma impediscano un'anastomosi senza tensione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C55

I MASCHI INFERTILI CON INSULINO-RESISTENZA HANNO UN RISCHIO MAGGIORE DI AZOOSPERMIA: RISULTATI DA UNO STUDIO TRASVERSALE.

N. Frego^{1,2}, E. Ventimiglia^{1,2}, P. Capogrosso^{1,2}, F. Pederzoli^{1,2}, W. Cazzaniga^{1,2}, L. Boeri^{2,3}, M. Alfano², F. Dehò², F. Gaboardi², V. Mirone⁴, L. Piemonti⁵, F. Montorsi^{1,2}, A. Salonia^{1,2}

1Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; 2Divisione di oncologia sperimentale/Unità di Urologia; URI; IRCSS Ospedale San Raffaele, Milano; 3UOC Urologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; 4Dipartimento di Urologia, Università di Napoli Federico II, Napoli; 5Diabetes Research Institute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione ed obiettivi. L'insulino-resistenza (IR) è patofisiologicamente collegata alla sindrome metabolica (MetS). Precedenti studi hanno mostrato una correlazione tra sindrome metabolica e la capacità riproduttiva maschile. Tale studio va a investigare la possibile relazione tra IR e un ridotto stato di salute riproduttivo.

Materiali e metodi. Per le analisi sono stati utilizzati dati demografici, clinici e di laboratorio completi di 272 uomini infertili (secondo la definizione di infertilità della WHO). L'azoospermia è stata definita come l'assenza di spermatozoi in due spermioigrammi consecutivi. Le comorbidità

sono state valutate utilizzando il Charlson Comorbidity Index (CCI). Per ogni uomo i livelli di Insulina e glucosio sono stati misurati dopo un digiuno notturno di 12 ore e utilizzati per calcolare l'indice di insulino-resistenza secondo il modello di valutazione dell'omeostasi per l'insulino-resistenza (HOMA-IR). Per classificare i pazienti è stato utilizzato un cut-off di HOMA-IR pari a 2.6, precedentemente dimostratosi essere un accurato predittore di IR (Ascaso et al. Diabetes Care 2003). La probabilità (OR, 95%CI) di azoospermia non ostruttiva (NOA) è stata calcolata con modelli di regressione logistica correggendo per età, BMI, comorbidità (CCI>0), FSH, volume testicolare, HOMA-IR >2.6.

Risultati. L'età mediana (intervallo interquartile, IQR) dei pazienti era di 34 (IQR 35-42) anni, il BMI di 25 (IQR 23-27) Kg/m². Su 272 uomini, 16 (6%) avevano un CCI≥1. Un HOMA-IR suggestivo per IR è stato trovato in 47 (17%) uomini. Complessivamente, NOA è stata trovata in 64 (24%) uomini. In confronto ai soggetti senza IR, quelli con IR risultavano più anziani [età 41 (IQR 37-44) vs. 38 (IQR 35-42) anni] e con BMI più elevato [27 (IQR 25-29) vs. 25 (IQR 23-26) Kg/m²]; infine presentavano una maggiore frequenza di NOA [14/47 (30%) vs. 50/225 (22%)]. Alle analisi di regressione logistica multivariata gli uomini con IR presentavano una maggiore probabilità di NOA [OR 2.46 (CI: 1.06-5.72)], correggendo per età, BMI, CCI, valori di FSH, volume testicolare dei pazienti.

Conclusioni. Una quota consistente di uomini infertili (17%) mostra un HOMA-IR suggestivo per IR. Questi risultati sono preoccupanti non solo per lo stato di salute generale, ma anche per quanto riguarda la capacità riproduttiva maschile, visto che gli uomini con IR hanno un rischio più che raddoppiato di NOA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C56

IL FORTE FUMO DI SIGARETTA E' IL PRINCIPALE FATTORE DETERMINANTE LA FRAMMENTAZIONE DEL DNA DEGLI SPERMATOZOI – RISULTATI DI UNO STUDIO IN UOMINI CON INFERTILITA' PRIMARIA.

D. Oreggia^{1,3}, **L. Boeri**^{1,2}, **F. Pederzoli**^{1,3}, **E. Ventimiglia**^{1,3}, **P. Capogrosso**^{1,3}, **W. Cazzaniga**^{1,3}, **N. Frego**^{1,3}, **R. Matloob**¹, **E. Montanari**², **F. Gaboardi**¹, **F. Montorsi**^{1,3}, **A. Salonia**^{1,3}

*1*Division of Experimental Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; *2*UOC Urologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; *3*Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione ed obiettivi. Valutare l'impatto del fumo di sigaretta sui parametri seminali in una coorte di uomini affetti da infertilità di coppia primaria.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati dati demografici, clinici e laboratoristici di una coorte di uomini affetti da infertilità primaria. Le comorbidità sono state classificate mediante il Charlson Comorbidity Index (CCI; categorizzato 0 vs ≥1). Le analisi dello sperma sono state eseguite in accordo ai criteri WHO 2010. In ogni paziente sono stati misurati i livelli degli ormoni sierici e l'indice di frammentazione del DNA degli spermatozoi (DFI) [un DFI≤30% è stato considerato non patologico]. Lo status di fumatore è stato definito come: non-fumatore attuale (Gruppo 1), fumatore moderato (<10 sigarette/die; Gruppo 2) e forte fumatore (>10 sigarette/die; Gruppo 3). Modelli di

statistica descrittiva e regressione logistica hanno valutato l'associazione tra lo status di fumatore e le caratteristiche seminali ed ormonali nella nostra coorte.

Risultati. In totale 132 (69.8%), 30 (15.9%), e 27 (14.3%) pazienti sono risultati appartenere rispettivamente al Gruppo 1, 2 e 3. I tre gruppi non presentavano differenze circa i valori ormonali. Un DFI patologico è stato riscontrato in 104 pazienti (55%). I fumatori (Gruppi 2+3) presentavano più frequentemente un CCI \geq 1 (p=0.02), oligozoospermia (p=0.04), astenozoospermia (p=0.003), e un DFI patologico (p=0.04) rispetto ai non fumatori. Alle analisi di confronto multiplo, la concentrazione di spermatozoi (p=0.042) e la motilità progressiva (p=0.03) sono risultate significativamente più basse nei forti fumatori, così come i valori di DFI sono risultati maggiori nei pazienti del Gruppo 3 rispetto ai non fumatori (p=0.025). All'analisi multivariata i livelli di FSH (OR 1.1, p=0.02) e lo status di forte fumatore (OR 4.1, p=0.006) sono risultati essere predittori indipendenti per un DFI patologico dopo aver corretto per età, Body Mass Index (BMI) e CCI. Lo status di forte fumatore è risultato inoltre essere un predittore indipendente per una conta patologica degli spermatozoi (OR 2.7, p=0.047) ed per una patologica mobilità progressiva (OR 6.3, p=0.002) dopo aver corretto per le stesse variabili.

Conclusioni. La valutazione del DFI sta assumendo una sempre maggior rilevanza nella pratica clinica. Il fumo di sigaretta è emerso come principale fattore impattante sul livello di DFI, insieme con un'alterata concentrazione di spermatozoi ed una ridotta motilità progressiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C57

TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA LUTS/IPB CON SISTEMA LASER MULTIPULSE TM + 1470 E TECNICA THULEML.

M. Franco, S. Pesce, F. Persico, M. Massanova, R. Vitale, A. Palmieri, C. Imbimbo, V. Mirone
A.O.U. Federico II di Napoli, Dipartimento di Urologia, Napoli

Introduzione e obiettivi. La terapia chirurgica dell'IPB/LUTS ha raggiunto standard endoscopici elevati grazie all'esistenza di numerose tecniche, con altrettanto numerosi approcci. Le tecniche basate sull'utilizzo dell'energia Laser sono le più innovative. Ad oggi alcune conseguenze della chirurgia endoscopica continuano a rivestire un grosso problema in ambito andrologico, in particolar modo l'aneiaculazione post-chirurgica in giovani uomini.

Questo studio analizza i risultati ottenuti con tecnica chirurgica mini-invasiva con rimozione del solo lobo medio attraverso il Sistema Laser Multipulse Tm + 1470 (ThuLEML)

Materiali e metodi. Da Gennaio 2013 a Settembre 2016, 146 pazienti sottoposti ad intervento di enucleazione con Sistema Laser Multipulse Tm + 1470 (ThuLEP). Gruppo A: pazienti con età > 60 anni candidati ad intervento di enucleazione dei lobi prostatici (adenomectomia). In base al volume prostatico, sono stati ulteriormente stratificati nei gruppi A1 (< 40 ml) e A2 (> 40 ml), per la valutazione dei dati peri/post-operatori; e -gruppo B: pazienti con età < 60 anni sessualmente attivi candidati ad intervento chirurgico di enucleazione del solo lobo medio.

Risultati. Gruppo A: 69 anni età media, volume prostatico medio 61,2 ml, IPSS pre-operatorio moderato/severo (33/44), 98 pazienti mostravano ritenzione cronica con catetere a permanenza.

Gruppo B età media 52 anni, volume prostatico medio 31,2 ml, IPSS pre-operatorio severo(44) nessuno soggetto a cateterizzazione cronica.

Qmax è aumentato significativamente da 9.45 (6.45-12.2) a 17.8 (13.8-25) nel gruppo A e da 8.6 (5.6-12.28) a 18.2 (14.15-25) nel gruppo B. Il PVR è diminuito significativamente nel Gruppo A 117.5 a 20 e nel gruppo B in media da 112 a 20.

Il tasso complessivo di moribilità precoce è stato del 16.9%. Le più frequenti complicanze sono state AUR (9.58%), revisione chirurgica (2.7%) per morcellazione incomplete (2 pazienti) e per stenosi dell'uretra bulbare (2 pazienti), sanguinamento richiedente trasfusione e UTI, entrambi in un solo caso (0.68%) Nel gruppo B è stato effettuato un Follow-up a 2 anni e tutti i pazienti che hanno subito l'intervento di rimozione del solo lobo medio hanno preservato la funzione eiaculatoria.

Conclusioni. L'enucleazione prostatica con sistema Laser Multipulse Tm + 1470 rappresenta un approccio ideale per quasi tutti i tipi di Adenoma Prostatico. La ThuLEML è ottimale in un subset di pazienti ben selezionati

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C58

PRIAPISMO A BASSO FLUSSO NELLA LESIONE MIDOLLARE: CASE REPORT

C. S. Guerrer, M. Citeri, L. Zanollo, L. Rizzato, L. Frediani, M. Spinelli

Centro di Neuro-Urologia Unità Spinale Unipolare ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Introduzione. Il priapismo è una delle possibili immediate complicanze di una lesione midollare; esso si presenta per lo più ad alto flusso e raramente comporta lesioni permanenti.

Presentiamo qui un caso di priapismo "intermittente" a basso flusso conseguente ad una lesione midollare incompleta condizionante paraplegia.

Case Report. Paziente di 45 anni. Trauma per caduta da calesse condizionante ernia discale C7D1 con impronta sul sacco durale e contusione midollare a livello di D1 conseguente a frattura spigolo antero-superiore. Riscontro nelle prime 24 ore di priapismo per cui il paziente viene sottoposto a prima iniezione intracavernosa di etilefrina 10 mg (previo monitoraggio della PA) e vista la persistenza dell'erezione a cavernolusi (eseguita emogas che documenta ridotti livelli di pO₂: sangue venoso).

Nei successivi 3 giorni eseguite con minimo beneficio altre 2 cavernolusi con iniezioni intracavernose con etilefrina; eseguita Tac pelvi negativa che esclude trombosi venosa dei vasi iliaci. La risoluzione del quadro clinico si ottiene con la rimozione del catetere vescicale sostituito con posizionamento di catetere sovrapubico e successiva ultima cavernolusi con iniezione intracavernosa di etilefrina. Nei mesi successivi durante il ricovero riabilitativo il paziente è sottoposto a valutazione andrologica : erezioni riflesse assenti, all'esame obiettivo si apprezza aumento in toto della consistenza dei corpi cavernosi, risposta assente a test con alprostadil 20 mcg. Si conclude per deficit erettile conseguente a danno ischemico dei corpi cavernosi.

Discussione. Benché noto come possibile complicanza delle lesioni midollari, il priapismo non ha ancora trovato chiare indicazioni in merito a genesi e trattamento. Discordanti sono infatti i pareri sia nella definizione della tipologia più frequente (basso flusso versus alto flusso) che riguardo il trattamento più adeguato (remissione spontanea versus necessità di trattamento farmacologico o chirurgico). In un solo lavoro viene citato il caso di un paziente affetto da priapismo "intermittente" trattato con beneficio con baclofene 30 mg/die per os. Nel nostro caso il quadro clinico si è apparentemente risolto con la sola eliminazione del catetere a permanenza (trigger?) e la sospensione di tutte le manovre invasive; a causa dell'insulto ipossico persistente ne è risultata una

fibrosi dei corpi cavernosi condizionante deficit erettile completo non responsivo a iniezioni di prostaglandine.

Conclusioni. Alla luce della nostra esperienza appare chiara l'importanza di un trattamento rapido ed efficace del priapismo in una lesione midollare recente che non presenta risoluzione spontanea in 4-6 ore; dal momento che causa del fenomeno potrebbe essere un'iperattivazione del sistema parasimpatico è evidente l'importanza di prevenire ed eliminare qualunque stimolo che a livello genitale possa determinare l'attivazione delle erezioni riflesse (ad esempio catetere a dimora). Infine interessante potrebbe essere l'uso del baclofene per ridurre la frequenza/persistenza delle erezioni riflesse.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C59

FERRARA, FORLÌ E RIMINI "CITTÀ DELLA PREVENZIONE ANDROLOGICA": UN MODELLO ESPORTABILE.

***A. Aliberti, *C. Salaris, **P. Scarano, ***G. Ughi, *T. Zenico**

Urologia, Ospedale G.B. Morgagni di Forlì, Forlì; **Urologia, Ospedale Infermi di Rimini, Rimini; *Urologia, Ospedale Sant' Anna di Ferrara, Ferrara*

Introduzione ed obiettivi. Le patologie andrologiche nella popolazione giovanile maschile possono causare gravi ripercussioni sulla fertilità e sul benessere sessuale dell' individuo in età adulta. Pertanto, una corretta campagna di prevenzione andrologica (PA) gioca un ruolo fondamentale nella diagnosi precoce e nel trattamento di patologie inerenti l' infertilità e la sfera sessuale. Gli obiettivi del nostro studio sono stati quelli di sensibilizzare gli studenti alla cultura della prevenzione ed ad una corretta educazione sessuale e diagnosticare precocemente patologie dell' apparato riproduttivo maschile. Inoltre, è stato valutato come è cambiato negli anni l' interesse per la PA da parte degli studenti.

Materiali e metodi. L' azienda USL della Romagna, rappresentata dalle U.O. di Urologia delle città di Forlì, Ferrara e Rimini, ha presentato a tutti gli studenti della classe II° delle scuole secondarie di 22 istituti per anno delle 3 città il progetto "Prevenzione andrologica – uno sguardo al maschile", consistente nell' approfondimento didattico di tematiche relative alla salute sessuale e nell' esecuzione, previo consenso da parte dei genitori, di una visita andrologica.

Risultati. Sono stati sottoposti a visita andrologica complessivamente 8253 studenti di sesso maschile pari al 61% di quelli coinvolti (tot. 13497). Sono state riscontrate una o più patologie andrologiche in 3246 studenti, pari al 40%. La patologia maggiormente riscontrata è stata il varicocele, diagnosticata in un totale di 1425 studenti, pari al 44%. A seguire, rispettivamente, il riscontro di fimosi in 795 studenti (24.5%), frenulo breve in 474 (15%), prepuzio esuberante in 156 (5%), cisti dell' epididimo in 51 (2%) ed idrocele in 18 (1%). Altre patologie riscontrate con una percentuale inferiore all' 1% sono state l' ipospadia, didimi mobili, ernia inguinale, noduli testicolari e monorchidismo. Inoltre i dati mostrano come nel 2009 le visite eseguite sono state 750 a fronte di 1674 studenti coinvolti (45%) mentre nel 2016 rispettivamente 1413 visite con 2385 studenti coinvolti (60%).

Conclusione. I dati mostrano come il progetto sia risultato estremamente positivo per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla diagnosi precoce ed alla prevenzione delle malattie dell' apparato riproduttivo maschile e come sia sempre più in crescendo l' interesse degli studenti e delle istituzioni provinciali ai fini della prevenzione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C60

SESSUALITA' DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: THE DAY AFTER

D. Tiscione*, **T. Cai***, **L. Luciani***, **A. Scardigli***, **I. Tamanini[^]**, **G. Malossini*** *UO Urologia, *Ospedale Santa Chiara, Trento; [^]Dipartimento di Urologia, Università di Verona, Verona

Introduzione. E' noto come la prostatectomia radicale possa comportare molteplici effetti negativi sulla sfera sessuale dei pazienti. Oltre alla disfunzione erettile, spesso si può riscontrare la comparsa di Eiaculazione Precoce (EP), climacturia, orgasmo doloroso, accorciamento e deformità del pene, alterata sensibilità peniena.

Materiali e metodi. Abbiamo considerato 94 Pazienti con funzione sessuale normale, valutata mediante la somministrazione di test di autovalutazione (IIEF-5; PEDT), e sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale videolaparoscopica o robotica con tecnica nerve-sparing (NS) mono- o bi-laterale. E' stata quindi rivalutata la funzione sessuale di tutti i Pazienti dopo l'intervento chirurgico a distanza di 12 mesi.

Risultati. L'età media dei 94 pazienti è risultata 61,33 anni (range 46-67). L'IIEF-5 ed il PEDT pre-operatori sono risultati nella norma in tutti i pazienti, rispettivamente ≥ 22 e ≤ 8 . 15 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia radicale videolaparoscopica e 79 a prostatectomia radicale robotica; 30 e 64 pazienti rispettivamente con tecnica NS mono- e bi-laterale. 48 pazienti (51%) riportavano un PEDT ≥ 9 ; mentre in 51 pazienti (54%) l'IIEF-5 è risultato ≤ 11 . I Pazienti sessualmente attivi (con o senza terapia) a distanza di 12 mesi erano 58 (61%). Il 17% dei pazienti (16) ha riferito climacturia; tutti questi (100%), presentavano anche incontinenza urinaria post-chirurgica. Un orgasmo doloroso invece è stato riportato da 13 pazienti (14%); mentre 30 (32%), 12 (12%) e 48 (51%) pazienti hanno rispettivamente riferito un accorciamento del pene, un incurvamento del pene ed un'alterata sensibilità peniena. Tra le varie problematiche, quella maggiormente impattante la qualità di vita, è risultata essere l'EP e l'orgasmo doloroso.

Conclusioni. Il presente studio dimostra come Pazienti con funzione sessuale normale, sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale, possano sviluppare numerose ed importanti problematiche legate alla sfera sessuale, in grado di impattare negativamente la qualità di vita del paziente stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C61

URETROPLASTICA CON INNESTO DI MUCOSA BUCCALE : OUTCOME ANDROLOGICO E FUNZIONALE

N. Stomaci*, T. Jaeger***, S. Caroassai Grisanti*, A. Delle Rose*, P. A. Della Camera**, S. Serni*, M. Carini****

*Chirurgia Urologica Robotica Miniinvasiva e dei Trapianti Renali AOUC Careggi Firenze, Firenze; **Urologia e Chirurgia Andrologica-AOUC Careggi Firenze, Firenze; ***S.O.C. Urologia USL Centro Firenze, Firenze

Introduzione. Abbiamo valutato l'outcome funzionale dei pazienti operati di uretroplastica con innesto di mucosa buccale, in particolare sono stati valutati il tasso di recidiva della stenosi in relazione alle caratteristiche pre operatorie e alla tecnica eseguita, è inoltre valutato l'impatto del trattamento chirurgico della stenosi uretrale sulla funzione erettile

Materiale e metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente 95 pazienti operati consecutivamente di uretroplastica con innesto di mucosa buccale per stenosi dell'uretra da un unico operatore dal 2006 al 2012. In particolare abbiamo valutato l'outcome funzionale in termini di ripresentazione della stenosi, e funzione erettile post intervento. La recidiva è stata valutata come peggioramento della sintomatologia del paziente avvalorato da dati uroflussimetrici e radiologici.

Risultati. L'età media dei pazienti operati è risultata essere 55 anni (range 23-74). Il 32,6 % (31 pazienti) dei pazienti analizzati era già stato sottoposto ad intervento chirurgico di uretroplastica, 13 dei quali sottoposti ad uretrotomia endoscopica presso altro centro. Il 52,6 % (50 pz) è stato sottoposto a uretroplastica in tempo unico e i rimanenti a uretroplastica in due tempi. In 10 (10,5%) pazienti si è riscontrata recidiva di stenosi uretrale. Il tempo medio di insorgenza di resstenosi è stato di 39 mesi. Il 60 % delle recidive era localizzata nel tratto bulbare mentre il 40% nell'uretra peniena. Le recidive hanno mostrato correlazione statistica per le stenosi di lunghezza superiore ai 5 cm, per interventi in tempo unico vs uretroplastica stadiata e per tempi operatori superiori alle 3 ore. Nella valutazione retrospettiva non si è apprezzata una correlazione tra la recidiva della stenosi e l'età del paziente. Nei pazienti con recidiva della stenosi non si è apprezzata variazione dell'IIEF-5 tra il questionario pre e post chirurgico, mentre nel 7,3% (7 pazienti) si è apprezzata una lieve variazione della performance. Solo in un caso di recidiva il paziente era già stato sottoposto a chirurgia endoscopica.

Conclusioni. Secondo la nostra esperienza le variabili associate a maggior tasso di recidiva della stenosi sono state: la lunghezza della stenosi iniziale ed il tempo chirurgico. L'uretroplastica eseguita in due tempi seppur gravata da maggiore disagio e impegno per il paziente garantisce un minor rischio di re stenosi.

L'intervento di uretroplastica non peggiora l'outcome erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No.

C62

TITOLO: RARE EVENTS: TWO CASES OF PENILE METASTASIS IN PATIENTS WITH UROTHELIAL CELL CARCINOMA.

E. Kinzikeeva*, T. Maga*, A. Losa*, N. Suardi*, A. Salonia, F. Montorsi**, F. Gaboardi***

**Ospedale San Raffaele, Milano; **Ospedale San Raffaele Turro, Milano*

Introduzione ed obiettivi. Metastatic involvement of the penis is a rare event with approximately 480 cases reported. Of these, 30-35% of cases had metastatic involvement of the penis from primary urothelial cancer (UC) of the bladder. We report the clinical and pathological as well as the follow-up data of 2 patients who developed penile metastasis (PM) from primary UC of the bladder.

Materiali e metodi. Patient n. 1: 68 years old man, who underwent transurethral resection (TUR) of the bladder for a pT2 high grade (G3) UC of the bladder. Clinical staging was negative for distant metastases. Radical cystoprostatectomy with ileal conduit was performed. Urethrectomy was not performed. Pathology showed pTis pN0 UC of the bladder with negative margins. Three months after surgery the patient developed penile pain. Physical examination showed painful priapism. A FDG PET/CT scan showed high focal intense uptake of F-FDG at the level of the penis and of bilateral inguinal nodes. The patient was submitted to partial penectomy (glandulectomy). Pathology showed poorly differentiated UC in the corpora cavernosa as well as in the inguinal lymph nodes bilaterally. After surgery the patient underwent a single cycle of

chemotherapy (Gemcitabin/Carboplatin). The treatment was interrupted because of poor general status of the patient after the first cycle.

Patient n. 2: 60 years old man, who underwent multiple TUR of the bladder and prostatic urethra for recurrent CIS + UC pT1G3. Three months after the last TUR the patient developed penile thrombosis and urge urinary incontinence (UI). The penile ultrasound showed a suspicious area for at the level of the corpus spongiosum. The FDG PET/CT scan showed a positive uptake at the level of the penile urethra as well as in the inguinal nodes bilaterally. The patient was referred to a medical oncologist and he was submitted to Gemcitabin/Carboplatin/Paclitaxel chemotherapy.

Risultati. Patient n. 1 died of UC 3 months after PM diagnosis. Patient n. 2 is alive at the 3-months follow-up after PM diagnosis and is currently receiving chemotherapy with mild improvement of the urinary symptoms.

Conclusioni. The time interval between primary tumour and PM ranged from 3 to 60 months after initial UC diagnosis. Priapism and urge urinary incontinence were the most significant symptoms reported by both patients. FDG/PET-CT scan seems to have high clinical relevance in the diagnosis and follow-up of PM.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C63

TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE NON RESPONSIVA A TERAPIA FARMACOLOGICA CON ANGIOPLASTICA PERCUTANEA DELLE ARTERIE PUDENDE INTERNE. NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE.

F. Migliorini¹, F. Bianconi¹, L. Bizzotto¹, D. Inverardi¹, A. Tafuri¹, F. Ribichini², W. Artibani¹

UOC di Urologia AOUI, Verona¹; UOC di Cardiologia AOUI, Verona²

Introduzione. Il trattamento della disfunzione erettile in pazienti non più responsivi alla farmacoterapia orale, intrauretrale o intracavernosa prevede il posizionamento di una protesi peniena.

L'angioplastica percutanea di stenosi emodinamicamente significative delle arterie pudende interne può essere considerata un'ultima chance terapeutica prima di proporre la protesi peniena.

Metodi. Abbiamo arruolato quattro pazienti con disfunzione erettile grave e non più responsiva a farmacoterapia. L'età era compresa tra i 57 e 67 aa (media 62 aa).

I pazienti sono stati indagati con: dosaggio di testosteronemia e prolattinemia, questionario IIEF-5, ecocolordoppler penieno dinamico con iniezione di 10 µg di PGE1.

I dosaggi ormonali risultavano in tutti i pazienti nei range di normalità, l'IIEF-5 era compreso tra 3 e 7 (media 4,7). L'ecocolordoppler penieno dinamico rilevava una disfunzione erettile arteriogenica con Velocità di Picco Sistolico compreso tra 18 e 25 cm/sec (media 21,2); la rigidità peniena era di grado 1 su 4 secondo Erection Hardness Score.

Con accesso percutaneo femorale mono o bilaterale, i pazienti sono stati sottoposti ad angiografia delle arterie iliache interne e superselettiva delle pudende interne con catetere 5 Fr.

Sono state riscontrate stenosi emodinamicamente significative dell'arteria pudenda interna in tre pazienti bilateralmente ed in uno monolateralmente. Si è proceduto a passaggio con guida idrofilica delle stenosi e quindi a loro dilatazione con pallone medicato 2,5 x 30 mm.

I pazienti venivano dimessi in duplice terapia antiaggregante piastrinica (Clopidogrel + ASA 100 mg) per tre 3 mesi. Successivamente veniva mantenuta una monoterapia con ASA.

Risultati. Tutte le procedure hanno avuto successo con ripristino di buon flusso a livello delle arterie pudende interne. Non vi sono state complicanze

I pazienti sono stati seguiti a 4 e 10 mesi. Al primo controllo tutti hanno riferito un miglioramento significativo delle erezioni con aumento medio di 9 punti dell'IIEF-5. Due pazienti dovevano ricorrere all'uso di Sildenafil 100 mg e due 50 mg.

L'ecocolordoppler penieno dinamico rilevava un aumento medio di 13 cm/sec di Velocità di Picco Sistolico.

A nove mesi un paziente era regredito allo stato iniziale ed è stato sottoposto a posizionamento di protesi peniena, un paziente doveva far uso di Alprostadil 10 ugr ed due erano rimasti stabili con erezioni soddisfacenti usando Sildenafil 50 mg.

Conclusioni. L'angioplastica delle stenosi dell'arteria pu

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C64

MANAGEMENT CONSERVATIVO DI COMPLICANZA POSTOPRETATORIA NELLA RIVASCOLARIZZAZIONE PENIENA ARTERIOSA EPIGASTRICO-DORSALE PER DEFICIT ERETTILE POST TRAUMATICO

F. Migliozi, F. Claps, N. Pavan, T. Silvestri, G. Chiapparrone, G. Liguori; C. Trombetta

Clinica Urologica ASUITS, Trieste

Il candidato ideale a rivascularizzazione peniena con tecnica microchirurgica ha meno di 50 anni, con storia di disfunzione endoteliale focale esito di trauma pelvico-perineale, in assenza di fattori di rischio cardiovascolari. I rami dell'arteria pudenda interna sono particolarmente soggetti a lesione data la relazione anatomica con la branca ischio-pubica nel passaggio attraverso di canale di Alcock. Ad oggi, gli approcci microchirurgici utilizzati comprendono l'anastomosi dell'arteria epigastrica inferiore (AEI) alle arterie dorsali del pene (anastomosi termino-terminale o termino-laterale), all'arteria dorsale profonda e vena dorsale profonda (shunt artero-venoso) o alla vena dorsale profonda con o senza legatura venosa. L'obiettivo della tecnica chirurgica è quello di bypassare l'ostruzione vascolare prossimale, conferendo un'aumentata pressione di perfusione sistolica alle arterie dorsali del pene, garantendo così una buona perfusione delle arterie cavernose attraverso i rami perforanti.

Materiali e metodi. Paziente di 32 aa affetto da disfunzione erettile post traumatica (frattura del bacino e sezione di uretra e collo vescicale). Giunge in visita per priapismo ad alto flusso da fistola artero-venosa tra arteria cavernosa e corpo spongioso.

Esegue ecocolor-doppler penieno dinamico con buona risposta al farmaco ma assenza di erezione completa, che conferma il "deficit erettile arterogenico post-traumatico". Il campionamento dei flussi nelle arterie cavernose documentava velocità sistoliche non superiori ai 10 cm/s bilateramente. A livello del bulbo del corpo spongioso, in sede extracavernosa, si campionavano flussi con velocità più elevate (20 cm/s) suggestivi per fistola AV. Tale conclusione è stata confermata all'esame arteriografico selettivo delle arterie ipogastriche.

Di qui l'indicazione all'intervento di rivascularizzazione microchirurgica bilaterale tramite anastomosi, termino-terminale, tra l'arteria epigastrica inferiore destra, comprendente una sua biforcazione, e le arterie dorsali del pene (18 gennaio 2017). Il controllo post-operatorio realizzatosi tramite ecocolor-doppler penieno basale ha confermato la pervietà dei rami arteriosi mobilizzati e la

conseguente rivascolarizzazione delle arterie cavernose documentando un flusso basale di circa 15-20 cm/sec bilateralmente.

Risultati. A tredici giorni dalla procedura, durante un'erezione, il paziente ha riferito l'insorgenza di un dolore acuto in sede peniena e la comparsa di un ematoma penieno scrotale da verosimile rottura di anastomosi ed eseguiva, in regime d'urgenza presso l'Ospedale di Lecce, angiografia con embolizzazione superselettiva dell'arteria epigastrica inferiore destra con Spongostan. Il paziente è stato trasferito presso il reparto di Urologia dell'Ospedale di Trieste. A 48h dall'embolizzazione ha eseguito controllo angioTC che confermava la presenza di ematoma ed evidenziava la pervietà delle anastomosi sino alla radice peniena in assenza di sanguinamento attivo. Durante la degenza l'ematoma è stato drenato per via percutanea con progressivo miglioramento del quadro locale. A sette e quattordici giorni dalla procedura il paziente ha eseguito ecocolor-doppler penieno basale che ha ribadito la pervietà dell'anastomosi ed un progressivo miglioramento delle velocità di flusso fino a 35 cm/sec nell'arteria cavernosa di destra e la presenza di un ramo collaterale tra la precedente e la controlaterale.

Conclusioni. L'anastomosi è stata eseguita utilizzando una sola delle arterie epigastriche (la destra), preservandone una biforcazione al fine di eseguire una duplice anastomosi con le arterie dorsali del pene. Il trattamento della complicanza è stato quindi di natura conservativa. Attualmente il paziente riferisce buone erezioni notturne e diurne con buona conservazione della sensibilità peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C65

ANOSMIA: UN SEGNALE PER L'ANDROLOGO DA NON TRASCURARE

L. Quaresima, E. Principi, M. Tiroli, M. Talle, M. Polito

Clinica Urologica Universitaria Politecnica delle Marche, Ancona

Introduzione. La Sindrome di Kallmann (KS) è una patologia genetica dello sviluppo definita dalla combinazione di ipogonadismo ipogonadotropo ed ipo-anosmia da ipo-aplasia dei bulbi olfattivi; la KS, considerata una malattia rara, con prevalenza di 1/8000 maschi e 1/40.000 femmine, è probabilmente sottodiagnosticata. Scopo del nostro lavoro è descrivere il caso da noi trattato, facendo luce in particolare sull'iter diagnostico terapeutico intrapreso.

Casde Report. Giunge alla nostra osservazione per eseguire un'ecografia testicolare, un uomo di 27 anni: all'anamnesi riferisce mancato sviluppo puberale fino ai 18 anni, quando ha poi iniziato su indicazione specialistica terapia ormonale; il soggetto riporta inoltre una completa incapacità a percepire gli odori sin dall'infanzia.

Attualmente il suo dosaggio ormonale risulta essere: Testosteronemia 7,14 ng/ml; FSH 2,4 mUI/ml; LH 1 mUI/ml (un anno fa rispettivamente 5,8; 0,05; 0,07).

All'ecografia scrotale odierna si riscontrano didimi di ridotte dimensioni (1,36 e 1,38 cm di diametro massimo), mentre uno spermioγραμμα eseguito 3 mesi prima mostrava assenza di nemaspermi anche dopo centrifugazione del campione.

Si pone così diagnosi di KS e si dà indicazione ad eseguire una RMN e il dosaggio della prolattina, che escludono un prolattinoma e confermano l'atrofia dei bulbi olfattivi; la consulenza genetica mostra alterazione del gene KAL1.

Il paziente, in funzione di un possibile concepimento aveva ricominciato sei mesi prima l'opportuna terapia con FSH e Gonadotropina; si consiglia quindi di continuare con la terapia in atto e di ripetere a 6 mesi spermioγραμμα ed ecografia testicolare.

Conclusioni. La KS è una patologia determinante infertilità, probabilmente sottodiagnosticata; la terapia con FSH e gonadotropina è meno tollerata dal paziente rispetto al semplice testosterone, e richiede anche anni prima di dare risultati sulla fertilità; da ciò si deduce l'importanza dell'andrologo nel condurre una attenta diagnosi e nel follow up di questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C66

INTRASCROTAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION PRODUCING VARICOCELE WITHOUT SYMPTOMS

A.B. Galosi, L. Quaresima, M. Tallè, E. Principi, G. Donatelli °, G. Maselli °.

Clinica Urologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; °Divisione Urologia, Area Vasta 4, ASUR Marche, Fermo.

Background. Intrascrotal Arteriovenous Malformations (AVM) are very rare with fewer than 20 cases reported to date, that may be associated with acute bleeding at presentation. We report a case of incidental diagnosis of asymptomatic AVM that produces a secondary varicocele.

Case Report. A 21-year-old man presented with painless sensation of bag of worms in the left hemiscrotum. At physical examination, dilated and pulsatile vessels were detected. His medical history was normal, with no history of trauma. He was referred to our department to rule out varicocele. At scrotal ultrasound varicocele was observed with normal bilateral testis. Using the Color-Doppler, a high venous blood flow was observed at rest. Doppler imaging shows arterial high flow and dilated testicular vein with high turbulent flow. Diagnosis of extratesticular intrascrotal arteriovenous malformation was made. Abdominal ultrasound and sperm analysis was normal.

Conclusion. AVM of the scrotum may be asymptomatic, that explains since several cases have been observed with acute bleeding at presentation; moreover the definition of secondary varicocele should be used. Furthermore, treatment should be chosen in a multidisciplinary team, having different kind of approach, such as embolization or open surgery.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C67

THE ROLE OF FLOWER POLLEN EXTRACT FOR MANAGING PATIENTS AFFECTED BY CHRONIC PROSTATITIS/CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME: A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF ALL PUBLISHED CLINICAL TRIALS

T. Cai¹, P. Verze², R. La Rocca², U. Anceschi¹, C. De Nunzio³, V. Mirone²

¹Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; ²Department of Urology, University of Naples, Federico II, Naples; ³Department of Urology, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza University of Rome, Rome

Background. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) is still a challenging management for all physicians. We feel that a summary of the current literature and a systematic review to evaluate the therapeutic efficacy of flower pollen extract would be helpful for physicians who are interested in using a phytotherapeutic approach to treat patients with CP/CPPS.

Methods. A comprehensive search of the PubMed and Embase databases to June 2016 was performed. This comprehensive analysis included both pre-clinical and clinical trials on the role of flower pollen extract in CP/CPPS patients; moreover, a meta-analysis of available randomized

controlled trials (RCTs) has been performed. The NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) and Quality of Life related questionnaires (QoL) were the most commonly used tools to evaluate the therapeutic efficacy of pollen extract.

Results. Pre-clinical studies demonstrated the anti-inflammatory and anti-proliferative role of pollen extract. There were 6 clinical non-controlled studies including 206 patients, and 4 RCTs including 384 patients. The mean response rate in non-controlled studies was 83.6% (62.2%-96.0%). The meta-analysis revealed that flower pollen extract could significantly improve patients quality of life [OR 0.52 (0.34-.0.81); p=0.02]. No significant adverse events have been reported.

Conclusion. Most of these studies presented encouraging results, in terms of variation in NIH-CPSI and QoL scores. These studies suggest the use of flower pollen extracts in the management of CP/CPPS patients. Future publications of robust evidence from additional RCTs and longer-term follow-up would provide more confidence regarding use of flower pollen extracts for CP/CPPS patients.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C68

ESPERIENZA PRELIMINARE NELLO STUDIO DELLE MASSE TESTICOLARI CON CEUS ED ELASTOSONOGRAFIA: CONFRONTO TRA CARATTERISTICHE ECOGRAFICHE ED ISTOLOGICHE.

M.^o Polito, L. Leone *, M."Macchini, G."Argalia, M.*Pucci, P.*Fulvi, A.B. *Galosi

^oU.O.S. UroAndrologia, Ospedali Riuniti Ancona, Ancona; *Clinica Urologica, Scuola di Specializzazione in Urologia, UNIVPM, Ancona; "Clinica Radiologica, Scuola di Specializzazione in Radiologia, UNIVPM, Ancona

Introduzione ed obiettivi. Al momento non esistono dati certi sull'applicazione dell'ecografia con il mezzo di contrasto (CEUS) e l'elastosonografia sono nello studio delle masse testicolari. Il nostro obiettivo è di confrontare le caratteristiche riscontrate con queste metodiche e le informazioni fornite dall'esame istologico definitivo.

Materiali e metodi. Tutti i pazienti con diagnosi di masse testicolari sono stati sottoposti da un radiologo dedicato ad ecografia B-mode, ecocolor-doppler, CEUS ed elastosonografia. I pazienti con masse minori di 15 mm sono stati indirizzati ad una chirurgia conservativa con esame estemporaneo della lesione e di biopsie di parenchima sano circostante; i pazienti con masse maggiori sono stati indirizzati ad orchifunilectomia. L'esame istologico è stato eseguito da un patologo dedicato. Abbiamo raccolto i dati relativi alle caratteristiche ecografiche e istologiche, confrontandoli.

Risultati. Presentiamo i dati preliminari dei primi 5 pazienti studiati. L'età media è 28 (23-38) anni. La dimensione media della neoformazione è 28,4 (10-45) mm. La lesione era isoecogena in 1 caso, ipoecogena in 3 e disomogenea in 1. I margini erano regolari in 2 casi, polilobati in 2 e sfumati in 1. La vascolarizzazione era periferica in 2 casi, centrale in 1 e mista in 2. L'indice di resistenza era minore di 0,6 in 3 casi e maggiore di 0,6 in 2. All'elastosonografia tutte le masse sono risultate dure. Alla CEUS, in 2 casi si è osservato wash-in precoce con wash-out lento e tardivo, in 3 ipoperfusione. 1 paziente è stato sottoposto a chirurgia conservativa, 4 ad orchifuniculectomia radicale. All'esame istologico definitivo si sono osservati 2 casi di seminoma, 1 caso di non-seminoma, 1 tumore a cellule di Leyding e 1 teratoma di tipo pre-puberale. Le lesioni seminomatose e non-seminomatose maligne (3 casi) avevano un indice di resistenza minore di 0,6;

le 2 lesioni benigne avevano un indice di resistenza maggiore di 0,6. Non abbiamo osservato correlazione tra il tipo di neoplasia e le altre caratteristiche osservate.

Conclusioni. i nostri sono dati preliminari che necessitano di un numero maggiore di casi per raggiungere conclusioni definitive. Per il momento i dati ecografici raccolti con le diverse modalità sono eterogenei e non correlano con l'istotipo. L'unico parametro fin'ora osservato è l'indice di resistenza che risulta maggiore nelle neoplasie benigne.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C69

TUMORECTOMIA TESTICOLARE: NUOVO APPROCCIO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER LE LESIONI DI PICCOLE DIMENSIONI

M. Ciletti**, **M. Guidotti***, **M. Sampalmieri***, **E. Santini***, **E. Santagata***, **A. Isidori*****, **M. Ciccariell******, **G. Franco***.

** Dipartimento di Urologia U. Bracci, Sapienza Università di Roma, Roma; ** Aurelia Hospital, Roma; ***Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma, Roma; ****Dipartimento di Radiologia, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione e scopo del lavoro. L'organ sparing surgery è ormai applicata anche al testicolo ed ha modificato l'approccio terapeutico delle neoformazioni testicolari di piccole dimensioni. Scopo del lavoro è di definire delle indicazioni aggiornate per il trattamento delle lesioni testicolari di dimensioni inferiori a 15 mm.

Materiali e Metodi. Dal 2002 al 2016, sono stati osservati 140 casi di neoformazione testicolare. 94 di questi sono stati sottoposti a orchifunicolectomia immediata, mentre i rimanenti 56 (età: 9-60 aa, media: 31 aa), oggetto del presente studio, con lesioni di diametro dai 3 ai 15 mm, ad approccio chirurgico graduale organ sparing mediante tumorectomia testicolare. Nei casi in cui l'esame istologico estemporaneo deponesse per lesione maligna si optava per una orchifunicolectomia immediata. 44 di questi sono giunti alla nostra osservazione per infertilità o per reperto incidentale e 12 per reperto palpatorio o sintomatologia dolorosa. 6 pz erano monorchidi. All'ecografia presenza di nodulo/i ipo o isoecogeno/i (48 casi) o iperecogeno/i (8 casi), delle dimensioni di 4-15 mm. In tutti i pazienti i markers tumorali erano negativi. In 18 di questi è stata utilizzata l'ecografia intraoperatoria per localizzare la lesione.

Risultati. La diagnosi istologica definitiva è stata di lesione maligna in 11 pazienti (20%) e di lesione benigna in 45 pazienti (80%). In particolare, in 32 leydigoma, in 3 iperplasia focale delle cellule del Leydig, in 5 cisti dermoidi, in 5 sclerosi/fibrosi ialina, in 2 sertolioma, in 2 carcinoma embrionario, in 8 seminoma ed in 1 tumore a cellule germinali misto. 4 pz con esame istologico estemporaneo deponente per neoplasia germinale sono stati sottoposti a contestuale orchifunicolectomia. Il followup (2-60 mesi) eseguito su 38 pazienti ha mostrato assenza di recidiva in 37 ed in un caso insorgenza di un seminoma dopo 7 aa dalla tumorectomia di lesione classificata come sclerosi ialina.

Conclusioni. La nostra esperienza sembra dimostrare che nei pazienti con lesioni non palpabili di piccole dimensioni, riscontrati incidentalmente con ecografia, spesso in corso di work-up per infertilità, queste sono molto più frequentemente di natura benigna. Perciò, in questi casi e nei casi di pazienti monorchidi o con lesione bilaterale, è consigliabile un approccio graduale conservativo con iniziale tumorectomia testicolare ed esame estemporaneo del nodulo. Questo approccio evita in

molti casi un'inutile asportazione dell'organo per condizioni benigne, mettendo al riparo l'andrologo da possibili conseguenze medico-legali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C70

INFORMARE E EDUCARE: L' ANDROLOGO SESSUOLOGO AL LICEO E UNIVERSITA'. ESPERIENZA SU QUESTIONARIO INFORMATIVO

M. Diambrini , G. Diambrini , W. Giannubilo , B. Azizi , P. Fulvi , V. Ferrara

UOC Urologia, Jesi (AN)

Introduzione. La presenza dell' Andrologo Sessuologo nella scuola colma un annoso deficit informativo e getta le basi per lo screening e la prevenzione delle patologie uro-andrologiche in particolare le malattie sessualmente trasmesse

Il questionario conoscitivo è un' occasione e uno strumento per aprire un dialogo e raccogliere esigenze informative e programmare la formazione integrata, nonché gettare le basi per una terapia di primo livello

Materiali e metodi. Sono stati distribuiti complessivamente 371 questionari con 24 domande scelte tra quelle proposte da Rapporti ISTISAN 00/7 dell' Istituto Superiore di Sanità in due Licei scientifici di due diverse città marchigiane coinvolgendo le classi IV e V e 60 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia

Risultati. Dei 371 questionari dei Licei , ne sono stati restituiti complessivamente 191 pari al 51.4 % Sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due Licei : 33 % (85/257) vs 92.9 % (106/114) In quest ultimo la distribuzione e raccolta era stata effettuata personalmente da coetaneo vs distribuzione da personale docente con ritiro anonimo

60 questionari universitari sono stati distribuiti e restituiti al 100 % durante un incontro /lezione

Questionari valutabili 245 di cui 121 maschi e 124 femmine

97,1 % ribadisce la necessità di educazione sessuale, ma attualmente solo 4,3 % degli intervistati si rivolgerebbe alla scuola , il 17 % a un medico , il 21,6 % agli amici, il 26 % ai genitori con uguale percentuale tra il padre e la madre ,il 14,7 % su internet. Non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra le risposte dei liceali e quelle degli universitari.

La quasi totalità degli intervistati vorrebbe che l' informazione sessuale nella scuola fosse gestita da personale esperto extrascolastico. Alla domanda su cosa vorresti essere informato solo il 25 % risponde La sessualità ed i suoi aspetti psicologici , il 46 % vorrebbe essere informato sulle malattie sessualmente trasmissibili (mst) e sui metodi anticoncezionali : il 31 % degli universitari sui problemi psico contro 39 % mst e anticoncezionali. Solo il 57,5 % degli intervistati usa il preservativo come anticoncezionale, il 19,7 % la pillola, 14,5 % il coito interrotto e 5,1 % non usa alcun metodo anticoncezionale.

Discussione e conclusioni. Le domande proposte risalgono al 2000, le risposte sono del 2016 e ribadiscono l' attualità della problematica . Le risposte evidenziano le esigenze informative dei giovani su argomenti basilari per l andrologo – sessuologo come le malattie sessualmente trasmesse: nozioni semplici ma essenziali che poi si ripercuoteranno su una serena programmazione della sessualità anche di coppia. Il fatto che gli universitari presentino le stesse esigenze dei liceali dimostra la carenza di informazioni fornite dalla Scuola Superiore.

Mission dell' andrologo sessuologo ambulatoriale è quindi anche una corretta informazione di base per poi passare a una più attenta analisi della domanda al fine di individuare i corretti presidi terapeutici

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C71

ITALIAN PRELIMINARY RESULTS OF COLLAGENASE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM (XIAPEX) FOR THE TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

A. Cocci¹, M. Falcone², M. Capece³, M. Timpano², L. Rolle², B. Giammusso⁴, N. Mondaini⁵

1University of Florence, Florence; 2University of Turin, Turin; 3University of Naples, Naples; 4Unità di Andrologia, Policlinico Morgagni, Catania; 5Urology Unit, Santa Maria Annunziata Hospital, Florence

Introduction. Peyronie's disease has a devastating effect on patients and their partners. Several non-surgical therapies have been tried in Peyronie's disease (PD). However, their efficacy remains questionable, as well-designed, placebo-controlled trials have failed to confirm favourable results. Collagenase clostridium histolyticum (CCH- Xiapex®) is the only licenced product for the treatment of PD as it has demonstrated safety and efficacy in several well designed clinical trials. The aim of our study is to evaluate the safety and efficacy after the first injection of Xiapex.

Materials and methods. A prospective study of the outcome data for 14 patients (10 from Florence, 2 from Turin and 2 from Catania) having treatment with Collagenase clostridium histolyticum (CCH-Xiapex®) using a new shortened protocol of three injections at 4 weekly intervals. Patients were evaluated by history, examination, ICI test. Patients with calcified plaque and ventral curvature have been excluded. The parameters assessed included the angle of curvature, the IIEF, Global Assessment of Peyronie's Disease, and Peyronie's disease questionnaires (PDQ) performed at baseline and after the first injection. Penile block was performed using Lidocaine 1%. All patients had an intra-lesional injection of CCH (0.9mg) into the plaque at the point of maximal curvature. Patients were instructed to perform a stretching and a modelling manoeuvre for 4 weeks. Vacuum device was used in patients suffering from Erectile dysfunction.

Results. The mean patient age was 63 (43-75) years. Fourteen patients had the first injection. The mean penile curvature at baseline was 41° (30°- 55°). All patients (100%) had an improvement in curvature with a mean value of 9.78° (5°-20°) or 23.28% from baseline (8.7%-37.8%) after 1 injection. There was an improvement in the Erectile function and Intercourse Satisfaction domains of the IIEF questionnaire

Conclusion. In this first multicentric prospective study, preliminary results show the efficacy of Xiapex after the first injection.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C72

LE ATTUALI POSSIBILITÀ RICOSTRUTTIVE NELLA CHIRURGIA DELLA DISFORIA DI GENERE IN SENSO FEMALE TO MALE E LA PROPOSTA DI UNA FLOW-CHART DECISIONALE PER LA SCELTA DEL MIGLIOR APPROCCIO CHIRURGICO

M. Falcone, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, P. Gontero, L. Rolle

Clinica Urologica – "Città della Salute e della Scienza" – Università degli Studi di Torino, Torino

Introduzione. La chirurgia della disforia di genere (DG) in senso female to male (FtoM) appare ancora oggi non del tutto standardizzata. Esistono, infatti, diverse tecniche chirurgiche ricostruttive, con obiettivi e risultati del tutto diversi. Risulta pertanto necessario proporre ai pazienti un ventaglio di possibili interventi, fra i quali scegliere il più appropriato.

Materiali e metodi. Basandoci sull'esperienza del nostro centro (CIDIGeM), abbiamo riassunto le diverse opzioni chirurgiche adottate nella chirurgia ricostruttiva FtoM. Inoltre, abbiamo creato una flow-chart che permette al chirurgo di effettuare la scelta chirurgica più efficace, mediando fra le caratteristiche fisiche del paziente e le sue necessità funzionali.

Risultati. Nel nostro centro proponiamo 3 tipi diversi di interventi: metoidioplastica, falloplastica addominale (FP) e falloplastica con lembo libero di avambraccio (RAP).

Ad oggi abbiamo eseguito la metoidioplastica in 6 pazienti, la FP in 9 pazienti e la RAP in ulteriori 4 pazienti. Come schematizzato nella tabella 1 la selezione dell'intervento viene guidata sia dalle caratteristiche fisiche del paziente che dalle sue richieste.

Il vantaggio della metoidioplastica è rappresentato dal basso rischio di complicanze postoperatorie e l'assenza di morbidità in altre sedi corporee. L'intervento può essere condotto in un tempo unico o più preferibilmente in 2 tempi, con l'allungamento del piatto uretrale con un innesto di mucosa buccale.

La FP è anch'esso un intervento a basso rischio di complicanze e permette la creazione di un fallo di discrete dimensioni con un buon risultato estetico. La ricostruzione uretrale risulta tuttavia difficoltosa e prevede, se il paziente lo desidera, la creazione di una uretra da lembo microchirurgico di avambraccio.

La RAP rappresenta il "gold standard" a livello internazionale. Sebbene l'intervento sia estremamente complesso e richieda diversi tempi chirurgici per essere completato, garantisce un risultato sia estetico che funzionale pienamente soddisfacente.

Conclusioni. La chirurgia ricostruttiva della DG rappresenta una branca urologica estremamente complessa, ma molto affascinante, non essendo ancora ad oggi le procedure completamente standardizzate. La decisione del tipo di intervento spetta al paziente, guidata dal chirurgo. Ciò presuppone la necessità da parte di centri coinvolti di proporre diverse opzioni chirurgiche, in modo da garantire una scelta libera e soprattutto che soddisfi le aspettative del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C73

IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE DOPO CHIRURGIA RADICALE PELVICA: QUALI OPZIONI PER IL POSIZIONAMENTO DEL SERBATOIO?

M. Falcone, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, P. Gontero, L. Rolle

Clinica Urologica – "Città della Salute e della Scienza" – Università degli Studi di Torino, Torino

Introduzione. L'impianto protesico tricomponente del pene è considerata la terapia definitiva per il deficit erettile (DE) refrattario alla terapia medica. Il classico posizionamento retropubico (sec. Wilson) è stato considerato per diversi anni l'approccio "gold standard", mentre, nei casi di una precedente chirurgia pelvica, veniva consigliata una seconda incisione, con il posizionamento del serbatoio in posizione extra o intraperitoneale. Negli ultimi anni, è stato proposto un posizionamento alternativo, definito "ectopico", che consiste nella creazione di uno spazio retromuscolare sovrafaciale alto, senza la necessità di aggiungere ulteriori incisioni cutanee.

Materiali e metodi. Abbiamo retrospettivamente analizzato la casistica monocentrica di impianti protesici tricomponenti in pazienti sottoposti a precedente chirurgia pelvica da gennaio 2004 a gennaio 2016. Sono stati quindi valutati i diversi approcci chirurgici utilizzati, focalizzandosi sugli outcome chirurgici ed eventuali complicanze intra/postoperatorie.

Risultati. Da un ampio database di oltre 450 impianti protesici abbiamo selezionato 75 casi di DE secondario a chirurgia pelvica radicale. 25 (33,3%) erano stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP), 10 (13,3%) a cistectomia radicale, infine 40 (53,3%) a prostatectomia radicale robot-assistita (RALP).

10 pazienti, tutti sottoposti a RRP, hanno avuto, seppur con alcune difficoltà legate alla fibrosi fasciale postchirurgica, un classico posizionamento retropubico sec. Wilson.

In 52 casi il serbatoio è stato inserito tramite seconda incisione pararettale, nel 40% dei casi intraperitoneale e nel 60% dei casi in sede extraperitoneale.

Nei restanti 13 casi, il serbatoio è stato posizionato in sede ectopica, retromuscolare sovralfasciale alta. In tutti questi casi è stato posizionato un serbatoio AMS Conceal.

Non sono state evidenziate rilevanti complicanze intraoperatorie. Riportiamo in un singolo caso di posizionamento retropubico dopo RRP una breccia vescicale secondaria alle aderenze postchirurgiche, trattata conservativamente (sutura e catetere vescicale per 10 giorni). In un solo caso di posizionamento extraperitoneale di serbatoio AMS Conceal tramite seconda incisione, abbiamo assistito a malfunzionamento del device per arroccamento dei tubi di connessione, con necessità di una revisione chirurgica.

Conclusioni. Il posizionamento ectopico del serbatoio in esiti di una chirurgia pelvica radicale risulta un approccio sicuro che permette di ridurre la morbidità legata ad una seconda incisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C74

IMPIANTO DI PROTESI PENIENA: DAL RECUPERO DELLA FUNZIONE ERETTILE ALLA RIABILITAZIONE SESSUALE

***M. Silvaggi, **G. B. Di Pierro, **P. Grande, **A. Lemma, **G. Antonini, **E. De Berardinis, **C. Cristini, °A. Fabrizi, §F. M. Nimbi, *R. Rossi, *F. Tripodi, °°C. Simonelli**

**Istituto di Sessuologia Clinica, Roma; **Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Policlinico Umberto I, 'Sapienza' Università di Roma, Roma; **Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Policlinico Umberto I, 'Sapienza' Università di Roma, Roma; °Fondazione Santa Lucia, Università di Roma "Tor Vergata", Roma; §"Sapienza" Università di Roma, Roma; °° Dipartimento di Psicologia "Sapienza" Università di Roma, Roma*

Introduzione ed obiettivi. L'impianto di protesi peniena (PPI) rappresenta il gold standard nei trattamenti per la disfunzione erettile (DE) quando gli approcci conservativi non sono efficaci.

Sebbene siano stati pubblicati diversi studi sui PPI, quelli relativi alle variabili psicologiche, come gli atteggiamenti o le reazioni agli outcome chirurgici, sono piuttosto scarsi.

Obiettivo di questo studio è stato quello di verificare, nei pazienti che si sottopongono ad un intervento di PPI, la relazione fra: soddisfazione sessuale, atteggiamenti verso la sessualità, effetti degli outcome chirurgici ed efficacia dei trattamenti.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato la nostra banca dati istituzionale di pazienti sottoposti a impianto di PPI tra gennaio 2010 e giugno 2015. I criteri di esclusione sono stati: simultanea

incontinenza urinaria, coincidente chirurgia per recurvatio congenite o acquisite, precedente chirurgia uretrale, prostatectomia, rimozione della protesi per complicanze e/o malfunzionamento. Tutti i pazienti sono stati valutati prima e dopo l'intervento con anamnesi e visita dettagliata, mentre il punteggio dei risultati sessuali è stato ottenuto attraverso la somministrazione dell'Index of Erectile Function (IIEF-5), dell'Index of Sexual Satisfaction (ISS) del Brief Sexual Attitudes Scale (BSAS) e di un questionario costruito ad hoc per accertare: il tempo intercorso fra l'intervento e la prima attivazione del PPI, la frequenza di utilizzo e i cambiamenti nella percezione delle dimensioni del pene dopo l'intervento.

Risultati. I 42 uomini che incontravano i parametri di ricerca sono stati inclusi nell'analisi (età media $62,3 \pm 7$, range 47-77). La funzione erettile è risultato il miglior predittore della soddisfazione sessuale ($F(1,21)=5.40; p<.05$). Mentre il maggior numero di attivazioni è risultato correlato ad una futura attività sessuale più frequente ($r=.69; p<.01$) la visione della sessualità come fatto personale e non relazionale, è risultato predittore di un recupero più tardivo della stessa. Infine, anche gli outcome chirurgici circa l'aspetto del pene si sono rivelati importanti per la futura attività sessuale.

Conclusioni. Diversi aspetti sono collegati al recupero di una sessualità soddisfacente, dopo l'impianto di protesi peniena. I risultati di questo studio mostrano alcuni dati interessanti e relativi sia alle caratteristiche del paziente, sia alle caratteristiche del trattamento e degli outcome chirurgici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C75

IL TESTICOLO RETRATTILE: LA NOSTRA ESPERIENZA SUL VOLUME TESTICOLARE DOPO ORCHIDOPESSI

G. Passavanti, F. M. Costantini, R. Nucciotti, A. Bragaglia, F. Viggiani, F. Mengoni, A. Filianoti, V. Pizzuti

Il testicolo retrattile è una non rara condizione dell'età pediatrica che può compromettere lo sviluppo testicolare. Abbiamo cercato di verificare la nostra esperienza su 16 piccoli pazienti operati nell'arco di 3 anni e che siamo riusciti a controllare per un periodo di due anni, successivamente all'intervento di orchidopessi. 16 pazienti di età compresa tra 4 e 13 anni (m.8,8aa) sono stati trattati con orchidopessi per testicolo stabilmente retrattile.

Secondo l'età abbiamo diviso i piccoli pazienti, in due gruppi omogenei: uno di 7 pazienti (5 monolaterali e 2 bilaterali) e di età compresa tra i 4 e gli 8 anni (media 6,14 anni) ed il secondo composto da 9 pazienti (8 monolaterali ed 1 bilaterale), di età compresa tra 9 e 13 anni (media 10,9 anni).

L'intervento era una orchidopessi inguinale secondo la metodica classica, con piccolo accesso inguinale, uso di dispositivo ottico di ingrandimento per aiutare la dissezione, e riposizionamento del testicolo in una tasca dartoica scrotale. Prima dell'intervento abbiamo verificato il volume testicolare con ecografia, dopo l'intervento i pazienti sono stati seguiti per due anni ed alla fine del periodo abbiamo riverificato il volume gonadico.

Il volume testicolare complessivamente al momento dell'intervento chirurgico era compreso tra 0,6 ed 8 cc (media 1,67cc).

Il primo gruppo aveva volume preoperatorio compreso tra 0,6 e 0,8 cc (media 0,66 cc) ed il secondo gruppo volume testicolare preoperatorio compreso tra 1 ed 8 cc (media 2,59cc).

Il primo gruppo a due anni presentava età compresa tra 6 e 10 anni (media 8,1 aa) ed il volume testicolare era compreso tra 0,7 ed 1,2 cc (media 0,9cc); con un incremento percentuale compreso tra il 14 ed il 50 % (m.33%);

il secondo gruppo, sempre a due anni dall'intervento, aveva età compresa tra 11 e 15 anni (media 12,88aa).

Il volume testicolare era compreso tra 1,5 ed 11,5 cc (6,16cc), con un incremento percentuale compreso tra il 36 ed il 370% (m.187%).

Il testicolo retrattile in passato era stato inquadrato come una variante della norma, ma in realtà degli studi successivi hanno dimostrato che in una elevata percentuale di casi il testicolo può regredire in testicolo ritenuto o rimanere stabilmente retrattile e solo in un terzo dei casi il testicolo si colloca regolarmente nello scroto. Inoltre è stato visto che questa condizione se non trattata, causa un disturbo della crescita e maturazione testicolare.

La presente casistica sembra rilevare che la chirurgia non sfavorisce i processi maturativi testicolari, ma anzi sembrerebbe un fattore che permette un incremento significativo del volume testicolare.

Pertanto si può ritenere che il testicolo retrattile, se dopo un adeguato intervallo di tempo non sviluppa favorevolmente con discesa nella scroto, merita un trattamento con orchidopessi per prevenire una più importante turba dell'accrescimento didimario

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C76

DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLA CHIRURGIA PROTESICA PENIENA IN ITALIA - DATI DEL REGISTRO PROSPETTICO DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA INSIST-ED

G. Alei, G. Antonini, A. Avolio, A. Barbieri, C. Bettocchi, M. Bitelli, F. Boezio, M. Capone, E. Caraceni, M. Carrino, W. Cazzaniga, C. Ceruti, S. Ciampalini, F. Colombo, E. Conti, A. Corvasce, G. Dachille, F. Deho', D. Pozza, S. Fiordelise, A. Franceschelli, G. Garaffa, N. Ghidini, G. Franco, E. Italiano, G. La Pera, A. Lagana', G. Liguori, L. Utizi, M. Matera, N. Mondaini, A. Natali, C. Negro, F. Palumbo, M. Paradiso, E.S. Pescatori, M. Polito, G. Polloni, M. Silvani, A. Tamai, M. Timpano, F. Varvello, P. Vicini, A. Vitarelli

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

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 a due anni dall'inizio dell'arruolamento, ed in particolare la distribuzione geografica degli interventi di implantologia peniena in Italia

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 dicembre 2016 sono stati raccolti dati riguardo alle caratteristiche dei pazienti, all'eziologia della disfunzione erettile [DE], al tipo di protesi utilizzato ed alla distribuzione geografica degli interventi.

Analisi statistiche descrittive sono state usate per riportare la distribuzione geografica degli interventi protesici in Italia, identificando tre aree principali: Nord (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Veneto) Centro (Lazio, Marche, Toscana e Umbria) e Sud Italia (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna).

Risultati. In totale, 559 interventi sono stati inseriti nel Registro. Dalle analisi è emerso che gli interventi protesici sono stati effettuati in un numero sostanzialmente equivalente nelle aree del Nord e Centro Italia [202 (36.1%) vs 204 (36.4%)] mentre in numero ridotto rispetto alle altre aree, nel Sud Italia [153 (27.3%)]. La distribuzione dei numeri di procedure nelle diverse regioni ha peraltro significative disparità, e in 8 regioni non risulta alcun intervento eseguito.

Conclusioni. Il registro INSIST-ED è un efficace strumento per raccogliere dati obiettivi sulla chirurgia protesica. L'indicazione a chirurgia protesica è sostenuta significativamente su tutto il territorio nazionale con interventi eseguiti in maggior numerosità nelle aree del Nord e Centro Italia. La diversa distribuzione interregionale delle procedure può riflettere sia una diversa adesione dei Chirurghi Impiantatori al progetto Registro, sia una diversa disponibilità / possibilità di accesso a questa opzione chirurgica nelle diverse regioni italiane.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C77

EZIOLOGIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE E TIPO DI PROTESI UTILIZZATO NEGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA IN ITALIA - DATI DEL REGISTRO PROSPETTICO DI CHIRURGIA PROTESICA PENIENA INSIST-ED

G. Alei, G. Antonini, A. Avolio, A. Barbieri, C. Bettocchi, M. Bitelli, F. Boezio, M. Capone, E. Caraceni, M. Carrino, W. Cazzaniga, C. Ceruti, S. Ciampalini, F. Colombo, E. Conti, A. Corvasce, G. Dachille, F. Deho', D. Pozza, S. Fiordelise, A. Franceschelli, G. Garaffa, N. Ghidini, G. Franco, E. Italiano, G. La Pera, A. Lagana', G. Liguori, L. Utizi, M. Matera, N. Mondaini, A. Natali, C. Negro, F. Palumbo, M. Paradiso, E.S. Pescatori, M. Polito, G. Polloni, M. Silvani, A. Tamai, M. Timpano, F. Varvello, P. Vicini, A. Vitarelli

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

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 a due anni 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 dicembre 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 all'eziologia della DE e al tipo di protesi utilizzate.

Risultati. In totale, 560 interventi sono stati inseriti nel Registro. L'eziologia della DE è risultata legata a chirurgia radicale in 292 casi (52.1 %), alla malattia di Peyronie [IPP] in 132 casi (23.6 %), su base vascolare in 119 casi (21.3 %), traumatica in 3 casi (0.5 %), e sconosciuta in 13 casi (2.3 %). Il tipo di protesi utilizzato è stato tri-componente in 442 casi (78.9 %), bi-componente in 18 casi (3.2 %) e non-idraulico in 81 casi (14.5 %).

In particolare: il 72.9% dei pazienti con DE secondaria al IPP ha ricevuto una protesi tri-componente mentre il 27.1% ha utilizzato una protesi malleabile e nessuno una di tipo bicomponente. Coloro che avevano una DE su base vascolare hanno ricevuto principalmente protesi tri-componente rispetto a modelli malleabili o bicomponente [77.9% vs 19.5% vs 2.7%

rispettivamente]. Analogamente pazienti sottoposti a chirurgia radicale sono stati impiantati più frequentemente con protesi tri-componente rispetto a modelli malleabili o bicomponente [88% vs 6.7% vs 5.3% rispettivamente].

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 secondaria a chirurgia radicale o su base organica. Il tipo di protesi più frequentemente utilizzato è quello idraulico tri-componente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C78

IL RISCONTRO ECOGRAFICO DI ECTASIA DELLA RETE TESTIS: REVISIONE DEI CASI E CORRELAZIONE CLINICA

N. Pavan, M. Rizzo, G. Chiapparrone, T. Silvestri, F. Vedovo, M. Boltri, F. Claps, F. Migliozi, S. Bucci, C. Trombetta, G. Liguori

Clinica Urologia, ASUITS, Ospedale di Cattinara - Università di Trieste, Trieste

Introduzione ed obiettivi. L'ectasia tubulare della rete testis (ETRT) è una condizione rara che può essere riscontrata durante l'esecuzione di ecografia scrotale. La sua individuazione potrebbe aiutare l'andrologo ad una diagnosi e in alcuni casi guidare la pianificazione chirurgica. Scopo del nostro studio è revisionare i casi di ETRT individuando l'associazione con eventuali patologie scrotali.

Materiali e metodi

Da gennaio 2014 a dicembre 2016, 167 ecografie scrotali sono state eseguite presso il nostro ambulatorio di ecografia andrologica. L'indicazione più frequente all'esecuzione di tale esame era il sospetto varicocele/infertilità (82 %), dolore testicolare (10%) e ipotrofia e/o traumi e/o masse palpabili (6%) e altri casi (2%). La presenza o assenza di ETRT è stata valutata con Toshiba Aplio mediante utilizzando la risoluzione in scala di grigi o color Doppler, da 2 operatori (SB e GL).

Risultati. L'ectasia tubulare della rete testis è stata rilevata in 25 (15%) pazienti. Tale condizione era presente unilateralmente in 18 (72%) pazienti e bilateralmente in 7 pazienti (18%). L'età media dei pazienti era 39.8 anni (range 18-62). L'associazione clinica più frequente con ETRT è stata l'infertilità di tipo ostruttivo 8 (32%) pazienti, seguita dal riscontro di cisti dell'epididimo in 6 pazienti (24%). Nei restanti casi la patologia era associata a varicocele (5 pazienti, 20%), idrocele (2 pazienti, 8%) ed aspecifico in 4 pazienti (16%).

Conclusioni. L'ectasia della rete testis si presenta con caratteristiche ecografiche ben precise e l'unica metodica di diagnosi rimane l'imaging. L'ETRT è prevalentemente associata a patologie associate all'infertilità ed in particolare all'azoospermia di tipo ostruttiva. L'ETRT può essere utilizzato come indicatore specifico di alcune patologie se individuato durante l'imaging ecografico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C79

ECO-COLOR-DOPPLER PENIENO DINAMICO: CONFRONTO TRA INSTILLAZIONE INTRAURETRALE DI ALPROSTADIL 300 MCG E INIEZIONE INTRACAVERNOSA DI ALPROSTADIL 10 MCG

A. Manfredi (1), M. Manica (1), R. C. Lisanti (2), V. Risi (3), A. Saccà (4), M. Manfredi (5), F. I. Scropo (6), O. Risi (1)

(1) SSD Urodinamica ed Andrologia - ASST Bergamo Ovest, Treviglio (BG); (2) UO Urologia - Humanitas Cliniche Gavazzeni, Bergamo; (3) Dipartimento di diagnostica per immagini - Università degli Studi di Milano, Milano; (4) USC Urologia - ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; (5) UOC Radiodiagnostica spoke Paola-Cetraro - ASP, Cosenza; (6) SC Urologia - ASST dei Sette Laghi, Varese

Introduzione e obiettivi.

La recente introduzione sul mercato italiano di Alprostadil 300 mcg crema intrauretrale rende disponibile una nuova opzione nel trattamento del deficit erettile (DE). Sono disponibili pochissimi studi in letteratura sull'uso di questa somministrazione topica nella diagnostica del DE tramite ecocolordoppler, con risultati contrastanti. Scopo del nostro studio è verificare la possibilità di utilizzare questa somministrazione di PGE 1 mimamente invasiva per effettuare lo studio ecocolordoppler del pene in pazienti con DE.

Materiali e metodi. 20 pazienti con età mediana 55 anni (range 35-74 anni) affetti da DE con eziologia variabile sono stati sottoposti ad ecocolordoppler penieno dinamico con iniezione intracavernosa di Alprostadil 10 mcg e dopo un intervallo medio di 21,3 giorni (range 14-30 giorni) l'esame è stato ripetuto utilizzando Alprostadil 300 mcg crema intrauretrale. Abbiamo verificato la presenza di erezione parziale o totale dopo entrambi gli esami. Sono stati valutati inoltre: la velocità di picco sistolico, la velocità telediastolica e il diametro dell'arteria cavernosa 10' dopo la somministrazione di entrambi i farmaci. E' stato utilizzato il test t di Student per confrontare i parametri emodinamici tra i 2 gruppi. Abbiamo considerato statisticamente significativi valori di $p < 0,05$.

Risultati. Dopo la somministrazione di Alprostadil intracavernoso 9 pazienti su 20 (45%) avevano un'erezione completa, 11/20 (55%) un'erezione parziale. Dopo la somministrazione di Alprostadil intrauretrale nessun paziente ha avuto un'erezione completa, 15 pazienti (75%) hanno avuto un'erezione parziale, 5 pazienti nessuna erezione (25%). Abbiamo rilevato differenze statisticamente significative a vantaggio della somministrazione intracavernosa sia per la velocità di picco sistolico (34,80 cm/sec VS 28,70 cm/sec; $p=0,02$) che per la velocità telediastolica che risultava maggiore dopo somministrazione di Alprostadil intrauretrale (5,05 cm/sec VS 7,35 cm/sec; $p < 0,01$). Risulta invece comparabile il diametro medio dell'arteria cavernosa dopo entrambe le somministrazioni (1,485 mm VS 1,465 mm; $p=0,789$).

Conclusioni. Secondo la nostra esperienza, pur risultando più tollerabile per il paziente perchè meno invasiva, la somministrazione intrauretrale di Alprostadil, è meno efficace della somministrazione intracavernosa nella valutazione dei parametri emodinamici in corso di esame color-doppler penieno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C80

FALLOPLASTICA OGGI "IMPIANTO PENIENO APICALE E PERICAVERNOSO"

J. Salhi, M. Del Prete

Androclinic - Roma

Introduzione ed obiettivi. La dismorfofobia è un problema che affligge tanti uomini e nonostante le terapie psicosessuologiche rimane compito dell' andrologia moderna di dare risposte chirurgiche

concrete volte a standardizzare la tecnica chirurgica e renderla accessibile agli andrologi nella loro pratica quotidiana.

Viene riportata in questo lavoro la nostra esperienza maturata in questo campo.

Materiali e metodi. L'impianto è costituito da tre porzioni di cui la prima, detta apicale viene collocata all'apice dei corpi cavernosi sotto il glande, e due parti laterali speculari dette "pericavernose" costituite ognuna da un emicilindro a sezione semilunare.

La porzione apicale dell'impianto viene inserita tra la superficie distale dei corpi cavernosi ed il glande facendo sì che quest'ultimo si proietti in avanti e lateralmente aumentando la propria impronta e aggiungendo anche un certo aumento alla lunghezza del pene. La struttura di tale impianto è formata da un involucro esterno (a più strati) in materiale biocompatibile che contiene un gel altamente coesivo di consistenza parenchimatosa.

L'impianto può essere anche confezionato su misura usando il derma porcino liofilizzato (Intexen) o matrice biologica acellulare

Tecnica. L'intervento viene effettuato in regime di day-hospital in anestesia loco-regionale, con due piccole incisioni trasversali alla base del glande bilateralmente.

Si prepara una tasca di alloggiamento sottoglandulare procedendo dai lati, per non ledere il fascio neurovascolare dorsale e l'uretra.

Dopo l'inserimento dell'impianto si chiude a punti staccati. Per gli impianti pericavernosi si prepara, bilateralmente, un tunnel sottofasciale distalmente fin sotto il glande e prossimalmente fino alla radice del pene, si procede all'impianto della protesi pericavernosa che viene fissata solo distalmente sotto il glande. . La prevenzione delle infezioni è stata effettuata mediante infusione di Teicoplanina 400 mg. e Metronidazolo 500 mg.e.v. durante l'intervento ripetendo lo stesso dosaggio dopo 8 ore

Risultati. Dal gennaio 2002 fino al dicembre 2015, 195 pazienti di età compresa tra 21 e 54 anni, sono stati sottoposti a falloplastica additiva con questo impianto pericavernoso.

In 34 casi (17,7%) è stata impiantata la porzione apicale, In 18 di questi casi (9,1%) l'intervento si è limitato all'impianto apicale per risolvere il problema della disproporzione primaria tra il glande ed il volume del resto del pene.

La complicanza più drammatica è stata l'infezione monolaterale in 4 casi (2,2%) trattata con espianto ed il reimpianto è stato effettuato con successo dopo 6 mesi, altre complicanze minori sono state un arricciamento dell'impianto pericavernoso in 5 casi (2,6%) .

Conclusioni. Questo impianto pericavernoso risponde alla necessità di effettuare un intervento relativamente semplice e rapido, con risultati estetici buoni e duraturi nel tempo, senza compromettere la funzionalità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C81

RHODIOLA ROSEA, FOLIC ACID, ZINC AND BIOTIN (ENDEP ®) IS ABLE TO IMPROVE EJACULATORY CONTROL IN PATIENTS AFFECTED BY LIFELONG PREMATURE EJACULATION: RESULTS FROM A PHASE I-II STUDY

T. Cai¹, P. Verze², P. Massenio³, D. Tiscione¹, L. Cormio³, G. Carrieri³, A. Palmieri², V. Mirone², G. Malossini¹

1Department of Urology, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; 2Department of Urology, University Federico II of Naples, Naples; 3Department of Urology and Renal Transplantation, University of Foggia, Foggia

Aim. The therapeutic armamentarium currently available for the treatment of premature ejaculation (PE) is not highly satisfactory. However, phytotherapeutics appear to be an interesting option for PE management. The present study aimed to evaluate the tolerability and efficacy of a phytotherapeutic combination of *Rhodiola rosea*, folic acid, biotin and zinc (EndEP®) in the treatment of patients affected by lifelong PE.

Materials and methods. All patients affected by lifelong PE who were attending three Urological Institutions from July to December 2014 were enrolled in this prospective, multicentre, phase I-II study. All patients were assigned to receive oral tablets of EndEP® (one tablet per day) for 12 weeks. Clinical and instrumental analyses were carried out at enrolment and at the end of the study. International Prostatic Symptom Score (IPSS), International Index of Erectile Function (IIEF)-15, Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and Short Form (SF)-36 questionnaires were used. The intravaginal ejaculation latency time (IELT) for each event was also evaluated using the stopwatch technique. The main outcome measure was the difference from baseline in PEDT questionnaire and mean IELT at the end of the follow-up period.

Results. In total, 91 patients (mean age, 32.3 ± 5.6 years) were analysed. The baseline questionnaires mean scores were 1.16 ± 1.7 , 26.1 ± 2.9 , 15.3 ± 3.4 , 97.1 ± 0.9 , for IPSS, IIEF-15, PEDT and SF-36, respectively. The IELT mean time at baseline was 73.67 ± 46.9 sec. At the follow-up examination (12 weeks after treatment), no statistically significant differences were identified in terms of IPSS (1.45 ± 1.5) or IIEF-15 (26.3 ± 3.1) compared with the pre-treatment values ($P=0.19$ and $P=0.64$, respectively). A statistically significant difference was detected between the mean IELT at enrolment and after treatment (73.67 ± 46.9 vs. 102.36 ± 60.0 ; P

Conclusion. In conclusion, it was found that EndEP® significantly improved ejaculatory control and the quality of sexual life in patients affected by lifelong PE, with a very low rate of adverse events.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C82

I RISCHI REALI DELLA CHIRURGIA PROTESICA SEMPLICE E DELLA CHIRURGIA DI PLACCA COMPLESSA: ANALISI DELLE COMPLICANZE CLAVIEN III SU FOLLOW UP A LUNGO TERMINE IN UNA CASISTICA MONOCENTRICA DI 293 IMPIANTI

C. Ceruti, M. Sibona, O. Sedigh, M. Timpano, M. Falcone, M. Preto, P. Gontero, L. Rolle

Università degli Studi di Torino, Torino; Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino; Clinica Urologica, Unità di Andrologia, Torino

Introduzione ed obiettivi. Il posizionamento di un impianto protesico semplice o in associazione a chirurgia di placca complessa sono soluzioni indicate in caso di disfunzione erettile (DE) pura o associata a deformazioni da induratio penis plastica (IPP). Obiettivo del lavoro è stato determinare la prevalenza di complicanze Clavien III, in particolare infezioni e cedimenti strutturali dell'albuginea (cedimenti d'apice, diastasi e aneurismi dei corpi cavernosi) in relazione a tipo di intervento e eziologia della DE in una ampia casistica monocentrica

Materiali e metodi. Sono stati sottoposti a follow up 293 pazienti (pz), età media 66, trattati dal 10/2004 al 6/2015 mediante chirurgia protesica; in 201 pz è stato posizionato un impianto idraulico, in 90 un impianto semirigido.

In 210 pz si è proceduto a impianto protesico semplice associato o meno a modeling (gr A, età media 67), in 83 pz a chirurgia di placca o sliding technique (gr B, età media 64).

Analisi statistica: chi-square test

Risultati. Si sono osservati globalmente 7 casi di infezione (2.3%) e 6 cedimenti strutturali (2%), di cui 2 con estrusione, che hanno richiesto una revisione chirurgica.

La prevalenza delle infezioni è risultata 2.3% (5/210) nel gr A e 2.4% (2/83) nel gr B ($p=0.21$, ns). La prevalenza di diabete e vasculopatia importante risultavano 26% e 23% nel gr A, 16% e 14% nel gr B; in soli 2 casi su 12 di infezione (tutti nel gr A) si trattava di soggetti diabetici.

La prevalenza dei cedimenti è risultata del 1.9% in entrambi i gruppi (4/210 nel gr A, 2/83 nel gr B); suddividendo invece i pz per eziologia, i casi con IPP presentavano una maggior incidenza di cedimenti, anche se non significativa: 3.1% (4/130) vs 1.2% (2/163), $p=0.26$.

Discussione e conclusioni. Non risultano differenze statisticamente significative nella prevalenza di complicanze importanti tra il semplice posizionamento di protesi e gli interventi più complessi di chirurgia di placca, compresa la sliding technique; il rischio ipotizzabile per la maggior invasività dell'atto chirurgico nei pz sottoposti a chirurgia complessa potrebbe essere compensato dalla maggior presenza nell'altro gruppo di fattori di rischio quali diabete, vasculopatia, danno da denervazione. I pazienti con IPP, anche se trattati con chirurgia protesica semplice, presentano una maggior tendenza a cedimenti strutturali.

La chirurgia protesica periprofilo complessa si dimostra quindi, in centri ad alto volume, ragionevolmente sicura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C83

IPOGONADISMO, STRESS OSSIDATIVO E RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 1: TRATTAMENTO CON POMPA INSULINICA E TERAPIA MULTI-INIETTIVA A CONFRONTO

A. Mancini¹, C. Bruno¹, G. Olivieri¹, J. Pareo¹, A. Rizzi², A. Villano³, A. Di Franco³, A. Silvestrini⁴, E. Meucci⁴, G. Lanza³, D. Pitocco²

1Unità Operativa di Endocrinologia, 2Dipartimento di Scienze Mediche, 3Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, 4Istituto di Biochimica e Biochimica Clinica; Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

L'ipogonadismo nel Diabete Mellito di tipo 1 (DM1) ha una complessa patogenesi ed è connesso con il rischio cardiovascolare e lo stress ossidativo (SO). È noto che il trattamento con infusione sottocutanea continua di insulina (ISCI) migliora il controllo metabolico e riduce il rischio di ipoglicemia rispetto alle iniezioni giornaliere multiple (IGM). L'Emoglobina glicata (HbA1C), il BMI e i parametri infiammatori sono tra gli outcome metabolici, mentre non vi sono molti dati sulle risposte ipofisarie e gonadiche e le loro correlazioni con i parametri di SO e funzione endoteliale.

Abbiamo quindi valutato i livelli di IGF-1, DHEAS, LH, SHBG, testosterone (T), capacità antiossidante totale (CAT) e dilatazione flusso-mediata (DFM) in una coorte di pazienti con DM1 (33 pazienti, di età tra 20 e 60 anni), comparando le due tipologie di trattamento insulinico intensivo: 21 trattati con IGM (gruppo A) e 12 con ISCI (gruppo B). I gruppi erano sovrapponibili per età, BMI e durata della malattia. L'IGF-1 è stata dosata mediante metodo ECLIA, gli altri ormoni con metodo CMIA. La DFM è stata misurata con il metodo di Calermejer. La capacità antiossidante totale è stata valutata con un metodo colorimetrico, impiegando il sistema

metemoglobina-H₂O₂ ed il cromogeno ABTS; il tempo di latenza (LAG, sec) nella comparsa di specie radicaliche di ABTS è proporzionale al contenuto di antiossidanti del sistema.

A parità di controllo glicemico (media±DS % HbA1c : 7.7±0.9 nel gruppo A; 7.5±0.5 nel gruppo B), è emerso un diverso pattern ormonale: nel gruppo A era presente un trend all'aumento dei valori di IGF-1 (124.7±40.3 vs 106.8±46.7 ng/ml) e un aumento significativo del DHEAS (2943.42±1310.54 vs 2035.4±573.22 ng/ml, p<0,05); I livelli di LH (2.7±1.1 vs 4.2±1.1 mUI/ml) e T (7.1±2.7 vs 9.8±2.6 ng/ml) sono risultati significativamente più bassi, unitamente ai valori di DFM (3.6 ± 2.5 vs 7.7 ± 1.7 %). Solo nel gruppo A si è osservata una significativa correlazione inversa tra DFM e LAG ($r^2 = 0,3$ e p<0,05), suggerendo livelli maggiori di SO rispetto al gruppo trattato con ISCI.

Questi dati preliminari mostrano una risposta differenziata, nonostante il simile controllo glicemico, con livelli più alti degli ormoni dell'asse ipofisi-testicolo, livelli minori di SO e una migliore risposta vascolare in pazienti trattati con ISCI. Il rapporto tra risposta ormonale e modulazione degli antiossidanti va ulteriormente indagato, anche per le implicazioni prognostiche e terapeutiche

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C84

HIGH-FLOW PRIAPISM IS ASSOCIATED WITH HIGH RISK OF ERECTILE DYSFUNCTION AND CORPORAL FIBROSIS.

M. Capece, O. Kalejaye, A. Cocci, M. Falcone, N. Christopher, D. Ralph, G. Garaffa

University College London Hospitals (UCLH), London, UK

Introduction. High-flow priapism is characterised by a prolonged non-painful erection secondary to the formation of an arterial-lacunar fistula usually following perineal blunt trauma. This leads to high arterial blood flow into the lacunar spaces, as the high-resistance helicine arteries are bypassed. The condition is therefore not considered an emergency as blood remains oxygenated and cellular damage is not expected. Current management includes conservative measures or angioembolisation of the cavernosal artery.

Methods. Twenty-three patients were identified from a prospective database between 2008 and 2016. Diagnosis was based on blood-gas analysis, clinical and radiological findings. Patients were managed either conservatively (n=3) or with super selective angioembolisation of the cavernosal artery (n=20). Outcome measures studied were resolution of priapism, number of embolisations required in order to achieve detumescence and development of long-term erectile dysfunction.

Results. All patients had high flow priapism confirmed on colour Doppler studies. Trauma was the causative factor in 83% of cases; iatrogenic and unknown in the rest. In 15 patients (75%) 2 or less embolizations were necessary to achieve persistent detumescence. Erectile dysfunction was reported in 89% of patients at last follow-up. Recovery of erectile function over time occurred in 11%. An MRI scan of the penis was performed in 8 patients and showed the presence of corporal fibrosis in all cases; a further 2 had corporal fibrosis demonstrated on ultrasonographic imaging. Of all the patients that have been managed conservatively, 50% developed corporal fibrosis on imaging (vs. 40% embolised).

Conclusion. Our data suggests that angioembolisation has a high success rate in producing detumescence but also that, if not promptly treated, high flow priapism leads to corporal fibrosis and ultimately erectile dysfunction. Therefore a conservative approach should be discouraged and patients should proceed to early angioembolisation.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C85

AMS 700™ LGX E VACUUM PUMP THERAPY ADIUVANTE IN PAZIENTI CON DISFUNZIONE ERETTILE MULTIFATTORIALE: OUTCOMES ANATOMO-FUNZIONALI E SODDISFAZIONE COMPLESSIVA AD 1 ANNO DI FOLLOW-UP

*G. Antonini, *F. Del Giudice, *G. M. Busetto, °A. Pacchiarotti, *F. Del Bianco, *C. Cristini, #P. E. Perito, *E. De Berardinis

*Dipartimento di Scienze Materno Infantili e Scienze Urologiche, "Sapienza", Università di Roma, Roma; °Centro PMA, Ospedale San Filippo Neri, Roma; #Perito Urology, Coral Gables Hospital, Florida, USA

Obiettivi. La chirurgia protesica peniena in pazienti (pz) affetti da Disfunzione Erettile multifattoriale (DEm) rappresenta un'opzione terapeutica che offre una gratificante vita sessuale nonostante le dimensioni peniene possano ridursi. Scopo dello studio è esporre i risultati della nostra coorte di pz affetti da DEm, sottoposti a impianto di protesi peniena AMS 700™ LGX e precoce percorso riabilitativo postoperatorio con Vacuum Pump Therapy (VPt), al fine di favorire elasticità della tunica albuginea ed incrementare le dimensioni del pene.

Metodi. 88 pz con DEm non responsivi a terapia medica venivano inclusi nello studio.

Criteri di esclusione erano: fibrosi peniena, Induratio Penis Plastica e DE iatrogena.

Tutti i pz sono stati operati con tecnica mininvasiva e posizionamento di reservoir da 100ml.

A 1 mese dalla dimissione iniziava la riabilitazione con VPt secondo il seguente schema: 3 minuti con il pene in tensione sottovuoto, 1 minuto di intervallo (3 ripetizioni due volte al dì per 6 mesi).

Durante il follow-up (F-Up) venivano misurate lunghezza e circonferenza del pene e veniva riportato il numero di pompate del meccanismo attivatore del device. L'International Index of Erectile Function (IIEF) e l'Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS) venivano utilizzati per valutare la DE e la soddisfazione complessiva.

Risultati. L'età media della coorte era 58.2 ± 9.5 anni.

56 pz con diabete mellito ed ipertensione, 25 pz con deficit veno-occlusivo e 7 pz con storia di cardiopatia.

Nessuna complicanza intraoperatoria è stata riportata e ogni pz è stato dimesso dopo 24h di degenza.

Alla dimissione i pz presentavano lunghezza e circonferenza peniene medie di 15.3 ± 1.2 e 10.2 ± 0.8 cm e un numero di pompate medie del meccanismo attivatore del device pari a 11.4 ± 0.6 .

A 12, 24 e 48 settimane di F-Up si registravano valori medi di lunghezza e circonferenza peniene di 15.9 ± 0.9 e 11 ± 0.7 , 16.5 ± 0.6 e 11.7 ± 0.8 , 17 ± 0.6 e 12.3 ± 0.5 cm, rispettivamente; analogamente il numero medio di pompate riferito è stato di 13.4 ± 0.6 , 15.4 ± 0.6 e 17.4 ± 0.6 .

L'IIEF medio preoperatorio era di 9.8 ± 3.8 mentre al termine del F-Up era di 22.3 ± 2.5 .

Lo score EDITS medio al termine del F-Up era di 74.2 ± 12.5 .

Conclusioni. Il nostro mette in luce come l'utilizzo di cilindri protesici espansibili, associato a precoce VPt ha consentito un aumento delle dimensioni peniene, un graduale incremento delle pompate del device e un'elevata soddisfazione complessiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C86

APPLICAZIONI DI PLASMA ARRICCHITO CON PIASTRINE (PRP) IN ASSOCIAZIONE A TERAPIA MEDICA E VACUUM PUMP THERAPY IN PAZIENTI AFFETTI DA DISFUNZIONE ERETTILE MULTIFATTORIALE: PRELIMINARY REPORT

*G. Antonini, *F. Del Giudice, *G. M. Busetto, °A. Pacchiarotti, *F. Del Bianco, *C. Cristini, **J. J. Banno, #P. E. Perito, *E. De Berardinis

**Dipartimento di Scienze Materno Infantili e Scienze Urologiche, "Sapienza", Università di Roma, Roma; °Centro PMA, Ospedale San Filippo Neri, Roma; **Midwest Urological group, Peoria, IL, USA; #Perito Urology, Coral Gables Hospital, Florida, USA*

Obiettivi. Nel corso degli anni si sono sviluppati diversi approcci terapeutici per la disfunzione erettile (DE). L'efficacia di tali terapie è diversa da individuo a individuo e il successo della riabilitazione è spesso il risultato di una combinazione delle stesse. L'utilizzo di plasma arricchito con piastrine (PRP) è già ampiamente descritto in Letteratura ma senza alcuna evidenza per quanto riguarda le problematiche della DE, soprattutto se si ricerca l'associazione tra PRP e altre terapie mediche. Diversi studi suggeriscono l'efficacia del PRP nei processi di guarigione tissutale, avvalorando la nostra ipotesi del loro potenziale utilizzo nel processo di riabilitazione erettile.

Materiali e metodi. Ogni paziente, già in cura con terapia medica e Vacuum Pump Therapy (VP-t) per DE, iniziava trattamento con PRP. Ogni paziente riceveva una sola dose di PRP, ottenuta e processata a partire da un autoprelievo di plasma. I criteri di inclusione erano: compilazione dell'International Index of Erectile Function (IIEF) ad inizio trattamento e a 4 settimane, pazienti senza pregresso impianto di protesi peniena e diagnosi di DE moderata (IIEF 10-21).

Risultati. Da Gennaio 2015 a Gennaio 2016, un totale di 160 pazienti veniva incluso nello studio. L'età mediana era 58.09 anni (range 46-66). 35 pazienti presentavano ipertensione, 27 ipogonadismo. L'IIEF mediano pre-trattamento era di 15.27 (range 6-20). L'IIEF mediano a fine trattamento era 20.00 (range 7-27). Il t-test su campione di confronto dimostrava la presenza di una significativa differenza tra i gruppi: $t(10) = 2,58$, $p=0,027$. Il coefficiente di Cohen anche alla luce delle esigue dimensioni della coorte risultava essere ampio ($d=0,85$; $r=439$). Non sono stati riportati effetti collaterali o complicanze durante il trattamento.

Conclusione. Nonostante ulteriori studi siano necessari per comprendere al meglio il meccanismo di azione del PRP nel processo di riabilitazione erettile, esso potrebbero rappresentare un sicuro ed efficace supplemento terapeutico nei pazienti con DE già in cura con terapia medica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C87

EMBOLETTIZZAZIONE ENDOVASCOLARE SUPER SELETTIVA DELLE ARTERIE CAVERNOSE NEL PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO.

S. Caroassai Grisanti*, A. Delle Rose*, P. Andrea Della Camera** , A. Cocci** , S. Serni*, M. Carini**

**Chirurgia Urologica Robotica Miniinvasiva e dei Trapianti Renali AOUC Careggi Firenze, Firenze; **Urologia e Chirurgia Andrologica-AOUC Careggi Firenz, Firenze*

Introduzione. Il priapismo ad alto flusso è una condizione rara sostenuta da un passaggio di sangue arterioso all'interno dei corpi cavernosi direttamente dall'asse vascolare arterioso spesso in

presenza di fistole post-traumatiche. Solitamente è indolente, caratterizzato da una tumescenza incompleta e incostante ed associata all'attività muscolare, è più tipico dell'età giovanile consente solitamente in presenza di stimolo sessuale il raggiungimento di erezione piena.

Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento di embolizzazione endovascolare superselettiva dell'arterie cavernose per il trattamento di priapismo ad alto Flusso

Materiali e metodi. Abbiamo diagnosticato 4 casi in 3 anni di Priapismo ad alto Flusso secondari a fistola tra arteria cavernosa e corpo cavernoso. La diagnosi è stata raggiunta mediante attenta anamnesi, esame obiettivo, ecocolor doppler penieno ed emogas su sangue dei corpi cavernosi. Abbiamo quindi sottoposto a procedura endovascolare rx assistita i pazienti con accesso tranfemorale destro. Mediante iniezione con mdc diagnosi dinamica della fistola e suo trattamento.

Risultati. Abbiamo diagnosticato 4 casi priapismo ad alto flusso. Età media 33aa (22-43aa)

In un caso per presenza di fistola bilaterale congenita tra arterie intracavernose e corpi cavernosi in soggetto di 22 aa con storia di priapismo intermittente. In 3 casi presenza di fistola tra arteria cavernosa e corpo cavernoso post traumatico.

In ogni caso il priapismo è stato trattato con successo. Non si sono registrate complicanze procedurali.

Nessun paziente ha lamentato deficit erettile dopo il trattamento.

Conclusioni. Il priapismo ad alto flusso è una patologia rara.

L'arteriografia selettiva consente una diagnosi e terapia mirata e sicura della anomalia vascolare produttore il priapismo ad alto flusso.

Nella nostra esperienza l'embolizzazione superselettiva si è mostrata sicura ed efficace nel trattamento del priapismo ad alto flusso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C88

INTRALESIONAL VERAPAMIL VERSUS IALURONIC ACID FOR THE TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE: A RANDOMIZED MULTICENTER, SINGLE-BLINDED STUDY.

V. Favilla¹, G. Ivan Russo¹, A. Zucchi², S. Cimino¹, P. Alessio¹, S. Privitera¹, M. Madonia³, T. Cai⁴, G. Cavallini⁵, G. Liguori⁶, G. D'Achille⁷, M. Silvani⁸, G. Franco⁹, P. Verze¹⁰, A. Palmieri¹⁰, V. Mirone¹⁰, G. Morgià¹

1 Urology Department, University of Catania, Catania; 2 Urology and Andrology Department, University of Perugia, Perugia; 3 Urology Department, University of Sassari, Sassari; 4 Urology Unit, Santa Chiara Regional Hospital, Trento; 5 Meditalia Andrology Section, Outpatient Clinic of Ferrara, Ferrara; 6 Urology Unit, Cattinara Hospital, Trieste; 7 Urology Unit, San Giacomo Hospital, Monopoli (BA); 8 Urology Unit, "degli Infermi" Hospital, Biella; 9 Urology Department, University "La Sapienza", Rome; 10 Urology Department, University of Naples Federico II, Naples

Introduction and Objective. The aim of the study was to evaluate the efficacy and tolerability of intralesional Verapamil(VI) compared with intralesional Hyaluronic Acid(HA) in patients with early onset of Peyronie's disease(PD).

Materials and Methods. This is a prospective, multicenter randomized, single-blinded study comparing VI versus HA. Study criteria included sexual active men, older than 18 years with a palpable plaque and pain in the flaccid state and/or painful erections. Exclusion criteria were

calcified plaques or hourglass deformity, previous PD therapy with oral or intralesional agents, severe ED(International Index of Erectile Function score <7), any medical treatment for ED before or during the study. Patients were randomly divided in two groups: Group A(VI 10 mg weekly for 12 wk) and Group B(HA 0.8% highly purified sodium salt hyaluronic acid 16 mg/2 mL weekly for 12 wk). The co-primary efficacy outcomes were the change from the baseline to the endpoint for the plaque size, penile curvature and IIEF-5 score.

Results. 201 patients screened, 140 met the inclusion criteria and 132 completed the study(69 in Group A, 63 in Group B) and attended the follow-up visit at 12 wk. Mean age was 57.46 years(SD \pm 10.19) for Group A and 55.14(SD \pm 10.94) for Group B. At baseline, mean plaque size was 10.13mm(SD \pm 4.90) for Group A and 11.44mm(SD \pm 5.53) for Group B; mean curvature was 33.77(SD \pm 6.44) for Group A and 32.22(SD \pm 10.54) for Group B and mean IIEF score was 19.22(SD \pm 5.25) for Group A and 19.44(SD \pm 3.95) for Group B. The difference between post- and pre-treatment plaque size was -1.36mm(SD \pm 1.27) for Group A and -1.80mm(SD \pm 2.47) for Group B(all $p < 0.05$). IIEF increased by 1.46 points(SD \pm 2.18) in Group A and 1.78(SD \pm 2.48) in Group B(all $p < 0.05$) and Patient's Global Impression of Improvement score(PGI-I) was 3.53(SD \pm 0.57) for Group A and 3.13(SD \pm 1.53) for Group B(all $p < 0.05$). No difference in penile curvature was observed in Group A, while in Group B the penile curvature decreased 4.60°(SD \pm 5.63) from the baseline($P < 0.001$) with significant differences over Group A($p < 0.05$). No significant differences were observed between both groups when regarding other variables. No injection-site ecchymosis, hematomas and local or systemic drug reactions were noted.

Conclusions. HA compared to verapamil appears to be improving plaque size, penile curvature and overall sexual satisfaction and seems preferably indicated in the early phase of PD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C89

POSIZIONAMENTO DI IMPIANTO PROTESICO IN SOGGETTI CON PREGRESSA CHIRURGIA PELVICA RADICALE: DIFFICOLTA' TECNICHE E RISCHIO DI COMPLICANZE

C. Ceruti, M. Sibona, M. Preto, O. Sedigh, M. Timpano, M. Falcone, P. Gontero, L. Rolle

Università degli Studi di Torino - Città della Salute e della Scienza di Torino, Clinica Urologica - Unità di Andrologia

Introduzione ed obiettivi. Il numero di pazienti sottoposti a chirurgia pelvica radicale, in particolare prostatectomia, che richiedono trattamento protesico è in costante aumento; nella nostra casistica, escludendo i pazienti affetti da induratio penis plastica (IPP), la disfunzione erettile (DE) post chirurgia pelvica è responsabile del 46% degli interventi di chirurgia protesica. Scopo del lavoro è stato analizzare gli outcome degli interventi di chirurgia protesica in soggetti sottoposti a prostatectomia in confronto a soggetti sottoposti ad analogo intervento per DE da altra eziologia organica.

Materiali e metodi. Sono stati sottoposti a follow up 80 pazienti (gruppo A), età media 67 aa, sottoposti dal 2004 al 2015 a impianto protesico per DE insorto dopo prostatectomia. Come gruppo di controllo sono stati assunti 129 pazienti consecutivi (gruppo B) sottoposti nello stesso periodo a impianto protesico per DE ad eziologia organica (vasculopatia, diabete, IPP con lievi deformità).

Statistica: chi-square test

Risultati. In nessun paziente si sono verificate complicanze intraoperatorie; in 5/80 (6.2%) si è dovuto procedere a modeling per un incurvamento $<30^\circ$ dovuto a fibrosi in assenza di una placca di IPP palpabile (nei soggetti del gruppo di controllo senza IPP questa evenienza si è verificata in 2/83 casi, 2.4%, $p=0.22$).

4/80 pz (5%) hanno presentato un'infezione protesica vs 1/129 (0.7%) del gruppo di controllo ($p=0.05$). 2/4 casi di infezione nel gruppo A erano in soggetti diabetici contro nessuno del gruppo B, mentre le prevalenze delle comorbilità nei due gruppi erano rispettivamente 16% e 34% per il diabete e 7% e 51% per la vasculopatia grave.

Nessun paziente ha presentato cedimenti strutturali dell'albuginea anche a distanza.

Discussione e conclusioni. I dati confermano una netta tendenza (anche se non significativa) dei pz sottoposti a chirurgia pelvica a presentare fibrosi cavernose con deviazione assiale. Un dato interessante, al limite della significatività statistica, è l'elevata incidenza delle infezioni protesiche, peraltro in una popolazione che rispetto al gruppo di controllo presenta una minore incidenza di fattori di rischio; questa osservazione, che necessita di conferme da un ampliamento della casistica, potrebbe suggerire un ruolo ancora sottostimato degli effetti della denervazione sul tessuto cavernoso, che porterebbe (specie in associazione con il diabete) ad un più elevato rischio di infezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C90

IMPORTANZA DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO PRECOCE IN ETA' PEDIATRICA DEL VARICOCELE SX: RISULTATI PRELIMINARI DEGLI SPERMIOGRAMMI ESEGUITI A DISTANZA

***M. Sulpasso, *C. Chironi, °L. Dusi**

**U.O. di Chirurgia Pediatrica e Andrologia dell'Età Evolutiva - Ospedale Pederzoli - Peschiera del Garda (VR); °G.EN.E.R.A. Salus-ASI MEDICA P.M.A. Marostica (VI)*

Introduzione ed obiettivi. Nella nostra U.O. sono stati eseguiti negli ultimi 10 anni 1.230 interventi per varicocele sx di III grado (secondo la classificazione di Dubin Amelar) con grossa dilatazione venosa o con ipotrofia testicolare o con microlitiasi associata.

L'80% dei pazienti è stato trattato con mini-accesso soprainguinale retroperitoneale utilizzando la tecnica di Palomo con risparmio dei vasi linfatici mentre il 20% è stato trattato con scleroembolizzazione trans-femorale.

L'obiettivo dello studio è di valutare il vantaggio dell'intervento eseguito precocemente, e comunque alla diagnosi, del varicocele sx.

Materiali e metodi. Abbiamo iniziato uno studio su 67 pazienti operati per varicocele sx e 11 pazienti in attesa di intervento con esami del liquido seminale eseguiti dopo i 18 anni di età così suddivisi:

- 42 Pazienti operati per varicocele sx (di III grado) in età tra 9 e 15 anni
- 25 Pazienti operati per varicocele sx (di III grado) in età tra i 16 e 21 anni
- 11 pazienti non operati in età tra i 18 e 23 anni per varicocele sx (di II-III grado)

Risultati. I risultati mettono in evidenza che i pazienti operati in età pediatrica presentano tutti una normofertilità e nessuna complicazione quale idrocele o recidiva. Gli unici spermioogrammi con danni più o meno gravi si sono trovati nei pazienti trattati in età successiva o non operati.

Conclusioni. In conclusione questi risultati preliminari (in attesa di avere ulteriori risultati su un maggior numero di operati) confermano la nostra teoria sull'utilità, ai fini della fertilità, dell'intervento precoce, chirurgico o angiografico, in caso di varicocele sx.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C91

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE, ANALIZZANDO IL GRADO DI SODDISFAZIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A GRAFTING DELLA TUNICA ALBUGINEA E IMPIANTO DI PROTESI PENIENA.

***A. Ruffo, §F. Iacono, *L. Romis, §G. Romeo, §F. Trama, *G. Di Lauro**

**Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli, Napoli; §Università degli studi di Napoli Federico II, Napoli;*

Introduzione e obiettivi. La malattia di la Peyronie (PD) è una collagenopatia caratterizzata dall'anomala deposizione di collagene a livello della tunica albuginea, con la formazione di placche anelastiche, fibrotiche e calcifiche che provocano deformità del pene durante l'erezione e spesso è accompagnata da disfunzione erettile (DE). Questo disturbo è frequentemente associato ad alterazioni anatomiche del pene, con accorciamento e curvatura dell'organo e notevoli risvolti psicologici. Lo scopo di questo studio è quello di analizzare il tasso di soddisfazione nei pazienti (pts) sottoposti a corporoplastica con grafting della tunica albuginea ed impianto di protesi peniena.

Materiali e metodi. Da marzo 2015 ad aprile 2016 sono stati reclutati 13 pts con malattia di La Peyronie. La patologia era insorta da almeno sei mesi. 9 pts hanno riportato ED valutata mediante questionario IIEF - 5 (14 + - 2), il grado di curvatura > 50 ° in 9 pts, deformità complesse in 3 pts e in un pt c'è stato un accorciamento del pene a causa fibrosi dei corpi cavernosi.

La procedura chirurgica inizia con un approccio sub coronale. Si procede a degloving penieno, la fascia di Buck è stata dissezionata dalla albuginea lateralmente all'uretra. Con un'erezione artificiale abbiamo identificato il punto di curvatura massima, e grazie alla penna dermografica si è segnato l'angolo di maggior curvatura. Una doppia incisione Y viene eseguita sulla tunica albuginea.

Il difetto è stato misurato e ricoperto con un patch di derma suino e suturato all' albuginea con una sutura continua 4-0 polidiossanone.

La protesi peniena tricomponente è stata inserita a livello peno-scrotale e gonfiata per l' 80% della capacità massima per le successive due settimane. I pazienti sono stati dimessi 2-3 giorni dopo l'intervento. A tutti i pts veniva consigliato l'uso del vacuum per 6 mesi dopo l'intervento.

La valutazione della soddisfazione del paziente è stata misurata con il questionario modificato EDITS a 6 mesi dopo l'intervento chirurgico.

Questo è composto da 5 macro aree (soddisfazione generale, fiducia in se stessi, perdita di sensibilità post-operatoria, la durata del post-operatorio perdita lunghezza del pene del post - operatoria pene); il paziente potrebbe convalidare solo una scelta tra le tre proposte (soddisfatto, non molto soddisfatto e non soddisfatto).

Risultati. I risultati a 6 mesi dopo l'intervento chirurgico sono state:

84% dei pazienti (11pts) è stato soddisfatto con il risultato di un intervento chirurgico.

Il 7,7% (2 pts) è stata parzialmente soddisfatto del risultato.

Il 76,9% (10 pts) aveva ricevuto una maggiore sicurezza nel rapporto con i loro partner dopo l'intervento chirurgico.

La terza macro aree riguardano la perdita di sensibilità post-operatoria dei 13 pts analizzati, 9 (69,2%) hanno riportato alcuna perdita di post - operatoria sensibilità, e solo il 4 (38,4%) hanno riportato minima perdita di sensibilità.

Il 92,3% dei pazienti, alla domanda circa la lunghezza del pene sono stati soddisfatti, e solo 1 paziente (7,7%), per niente soddisfatto.

Infine, in nessun paziente si è constatato perdita di lunghezza del pene.

Conclusioni. La chirurgia è l'unico strumento efficace nella gestione della grave PD. Purtroppo il grafting della tunica albuginea porta ad un alto tasso di DE post-operatoria. Il grafting simultaneamente all'impianto di protesi peniena è l'unica tecnica in grado di ripristinare la lunghezza del pene e di garantire una buona funzionalità dell'organo. Le implicazioni psicologiche della malattia di Peyronie è un fattore da considerare quando si imposta la terapia con un intervento chirurgico.

In questo studio, abbiamo dimostrato che i pts sottoposti a grafting dell' albuginea ed impianto di protesi peniena raggiungono un alto grado di soddisfazione.

VIDEO

V01

VASO-VASOSTOMIA MICROCHIRURGICA E ROBOT-ASSISTITA: ASPETTI TECNICI E RISULTATI

P. Umari (1,2,3), G. de Naeyer (1), P.Schatteman (1), R. De Groote (1), M. Rizzo (2), N. Pavan (2), G. Liguori (2), S. Bucci (2), A. Mottrie (1), T. Carlo (2)

(1) Department of Urology, Onze-Lieve-Vrouw Hospital, Aalst, Belgio; (2) Department of Urology, University of Trieste, Ospedali riuniti di Trieste, Trieste; (3) Department of Urology, University of Eastern Piedmont, Ospedale Maggiore della Carità, Novara

Introduzione. Ogni anno 500.000 uomini negli Stati Uniti e 28.000 in Europa vengono sottoposti a vasectomia a scopo anticoncezionale. Oltre il 6% chiede di essere successivamente sottoposto a vaso-vasostomia a scopo procreativo. Attualmente la vaso-vasostomia microchirurgica (MVV) rappresenta la tecnica gold standard. Parallelamente si stanno sviluppando innovative tecniche come per esempio la vaso-vasostomia robot-assistita (RAVV) con risultati interessanti.

Materiali e metodi. 26 pazienti sono stati sottoposti a MVV presso la Clinica Urologica di Trieste e 20 pazienti sono stati sottoposti a RAVV presso la l'OLV Hospital ad Aalst in Belgio. Le MVV sono state eseguite in doppio strato con suture in Nylon 10-0 e l'ausilio del microscopio operatore. Le RAVV sono state eseguite in singolo strato con suture in Nylon 8-0 e l'ausilio del sistema robotico DaVinci Xi munito di due portagli microchirurgici. Sono stati raccolti i seguenti dati: tempo operatorio, complicanze, tasso di pervietà e gravidanza. In tutti i pazienti è stata eseguita l'analisi del liquido seminale a 3 mesi dal intervento.

Risultati. L'età media dei pazienti era rispettivamente 41 (24-56) e 37.7 (33-48) anni per la MVV e la RAVV. Il tempo operatorio medio era 135 e 107 minuti per il gruppo sottoposto a MVV e RAVV. Al follow-up di 3 mesi 62 e 80% dei pazienti hanno dimostrato pervietà delle vie seminali ed il tasso di fertilità era del 56 e >50% rispettivamente nel gruppo MMV e RAVV. Non sono state riscontrate complicanze nei pazienti sottoposti a MVV, mentre un paziente sottoposto a RAVV ha necessitato di reintervento per lo sviluppo di ematoma.

I principali benefici della RAVV sono la migliore visualizzazione del campo operatorio e l'assenza del tremore. Gli strumenti robotici permettono fino a 7 gradi di libertà e un preciso posizionamento delle suture chirurgiche grazie alla funzione di scalling. Le limitazioni principali sono i costi elevati e la necessità di essere dotati di sistema robotico.

La MVV è una tecnica affidabile e altamente raccomandata dalle linee guida internazionali. Il microscopio operatore è disponibile nella maggior parte degli ospedali ed i costi sono accettabili a discapito di tempi operatori maggiori e una lunga curva di apprendimento.

Conclusioni. La RAVV ha mostrato notevoli benefici soprattutto in termini di tempo operatorio e curva di apprendimento rispetto alla MVV. Ulteriori valutazioni e follow-up più lunghi sono necessari per scoprire il reale beneficio della RAVV.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V02

CORPOROPLASTICA DI ALLARGAMENTO CAVERNOSO E SEZIONE DEL LEGAMENTO SOSPENSORE DEL PENE

F. Colombo¹, G. Gentile², A. Francheschi¹, P. Sadini², L. Bianchi²

*1*Struttura Dipartimentale di Andrologia, Policlinico S.Orsola, Bologna; *2* Clinica Urologica Universitaria, Policlinico S. Orsola, Bologna

Introduzione. Questo video illustra i passaggi fondamentali della tecnica di ampliamento cavernoso realizzata attraverso l'innesto albugineo di due strisce di matrice acellulare di pericardio bovino.

Materiale e metodi. Case report: il paziente di 35 anni, libero professionista con elevato livello culturale, da sempre motivato verso una chirurgia di ampliamento genitale, si presentava alla nostra osservazione nel 2014 e, dopo iniziale counseling, veniva indirizzato verso un percorso psico-sessuologico, seguito per circa un anno, al termine del quale il paziente confermava la forte determinazione a sottoporsi all'intervento, confortato dal nullaosta espresso dalla psicoterapeuta. Si è quindi proceduto ad intervento di ingrandimento del pene, realizzando come primo step la sezione del legamento sospensore, seguito da corporoplastica di ampliamento, ottenuta mediante duplice innesto cavernoso di Veritas®.

Fasi dell'intervento:

Previa misurazione del pene in condizioni di flaccidità, stretching ed erezione farmaco idraulica, rispettivamente, si procede a sezione del legamento sospensore del pene mediante incisione cutanea a V rovesciata e posizionamento di protesi testicolare, utilizzata come distanziatore-pubo cavernoso e successiva plastica cutanea a V-Y.

La seconda fase dell'intervento ha inizio con il degloving penieno condotto sino alla radice, seguito da duplice incisione longitudinale parauretrale della fascia di Buck con esposizione dell'albugine cavernosa che viene incisa con lama fredda, per tutta la lunghezza dell'asta, sulla faccia laterale (alle ore 3 e ore 9). Due strisce di Veritas® di adeguate dimensioni vengono quindi innestate a contatto del tessuto erettile esposto, suturate all'albuginea mediante semicontinue in vycril 4-0.

Risultati. Al termine della procedura, si dimostra un notevole ed omogeneo incremento circonferenziale dei corpi cavernosi.

Conclusioni. Il follow-up fino a 5 mesi, evidenzia ottimi e stabili risultati, specie in termini di aumento di circonferenza del pene, sia a riposo che in erezione.

V03

NEW GENERATION URETHRAL AND URETERAL STENTS: THE BEST SOLUTION OR THE WORST SCENARIOS

O. Sedig, M. Preto, E. Dalmasso

A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Molinette - Clinica Urologica, Torino

Il video presenta l'esperienza preliminare presso il Nostro Centro di un nuovo device per lo Stenting Uretrale ed Ureterale nettamente innovativo rispetto alle precedenti versioni di Stent Uretrali.

Lo Stent Uretrale Uventa è costituito da una maglia D-Type composta da due monofiammenti di Nitilon intrecciati rivestiti da silicone che impedisce alla mucosa uretrale di incarcerare lo stent. Questo tipo di maglia rende questi stent particolarmente autoconformanti, riducendo al minimo la percentuale di accorciamento e mantenendo inalterata la forza radiale all'interno del lume uretrale.

Lo stent Ureterale Uventa è costituito da un duplice strato di maglia D-type uniti fra loro da una membrana di PFTE centrale biocompatibile e particolarmente resistente agli agenti chimico-fisici. Questo garantisce allo stent ureterale di poter rimanere in sede per periodi più lunghi rispetto agli altri comuni stent metallici (fino a 90 giorni)

Lo stent uretrale viene posizionato mediante l'ausilio di un cistoscopia a livello di stenosi uretrali benigne e maligne. Esiste anche una recente esperienza nell'utilizzo di queste protesi uretrali per il trattamento di fistole uretro-rettali ed uretro-cutanee con buoni risultati di chiusura dei tramiti fistolosi. Una volta posizionato a livello della stenosi lo stent si autoespande esprimendo una forza radiale a livello della stenosi maggiore rispetto che alle estremità della protesi e garantendo allo stesso tempo un lume di almeno 12Ch. Lo stent per la sua conformazione strutturale non viene incarcerato dalla mucosa uretrale e la sua rimozione/sostituzione risulta estremamente agevole lasciando una mucosa uretrale indenne e non cruentata.

Lo stent ureterale viene posizionato con l'ausilio di un apparecchio radioscopico e un cistoscopia. Sia a livello dello stent che dell'applicatore sono presenti dei markers radiopachi che permettono di orientare il corretto posizionamento dell'endoprotesi. Lo stent ureterale è stato utilizzato per stenosi benigne e maligne dell'uretere anche in pazienti sottoposti a trapianto di rene.

Gli stent sono rimovibili tramite un cappio di nylon o platino radiopaco (versione ureterale) che una volta afferrato determina un'imbutizzazione dell'estremità distale della protesi uretrale/ureterale ed una sua facile rimozione.

Sia il posizionamento che la rimozione delle protesi Uventa può avvenire in regime di Day Surgery.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V04

TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE MEDIANTE RIVASCOLARIZZAZIONE DELLE ARTERIE PENIENE: BYPASS TERMINO-LATERALE E TERMINO-TERMINALE

***G. Chiapparrone, *G. Liguori, *R. Boschian, §M. Bertolotto, *E. Belgrano, *C. Trombetta**

**Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, ASUITS, Trieste; §Radiologia, Ospedale di Cattinara, ASUITS, Trieste;*

Introduzione ed obiettivi. La rivascularizzazione delle arterie peniene rappresenta una efficace alternativa terapeutica nei pazienti affetti da deficit erettile (DE) su base vasculogenica e/o post-

traumatica in quanto permette di bypassare il tratto arterioso ostruito e garantire adeguate velocità di flusso a livello delle arterie peniene.

In questo video presentiamo due casi, il primo eseguito mediante anastomosi latero terminale, il secondo mediante anastomosi termino terminale.

Materiali e metodi. Uomo di 67 anni, affetto da DE secondaria ad ostruzione del tratto distale dell'arteria pudenda di sinistra e bilaterale delle arterie dorsali. Paziente non responsivo a terapia orale ed intracavernosa, rifiutava l'impianto protesico tricomponente. E' stato quindi sottoposto a rivascolarizzazione epigastrico dorsale mediante anastomosi termino laterale mediante sutura continua in monofilamento 9/0.

Paziente di 32 anni, affetto da DE vasculogenetico secondario a trauma da schiacciamento con ostruzione bilaterale delle arterie pudende. Il paziente è stato sottoposto a rivascolarizzazione micro-chirurgica delle arterie peniene mediante anastomosi microvascolare termino terminale tra arteria epigastrica inferiore di destra ed arterie dorsali del pene. L'anastomosi è stata eseguita a punti staccati mediante monofilamento 9/0.

Risultati. Nel primo caso, l'ecocolorDoppler a 3 mesi documenta l'avvenuta rivascolarizzazione. Il paziente riferisce erezioni valide e soddisfacenti.

Nel secondo caso a due settimane dalla procedura, in corso di rapporto sessuale non penetrativo, si è verificata l'improvvisa comparsa di vistoso ematoma in sede inguino-scrotale sinistra. Veniva eseguita presso altra sede angiografia documentante spandimento arterioso a livello dell'anastomosi epigastrico-dorsale di sinistra per il quale è stato sottoposto ad embolizzazione selettiva mediante materiale riassorbibile. Ai controlli successivi si è osservata la conservazione della pervietà di tale anastomosi mediante ECD penieno a riposo. Il paziente riferisce erezioni valide.

Conclusioni. La rivascolarizzazione mediante bypass delle arterie peniene rimane tutt'oggi ancora valida alternativa terapeutica in pazienti con documentata ostruzione vascolare vasculogenica o post traumatica. Sia la tecnica anastomotica latero terminale che termino terminale risultano efficaci.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V05

UROLOGIC COMPLICATIONS IN FEMALE TO MALE GENDER REASSIGNMENT SURGERY: STRICTURE OF THE NEO-URETHRAL ANASTOMOSIS.

F. Vedovo, G. Liguori, R. Knez, G. Chiapparrone, R. Boschian, E. Belgrano, C. Trombetta.
Clinica Urologica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, Trieste

Introduction & Objectives. Formation of a neo-urethra is the most challenging part of phalloplasty in female-to-male (FtM) transsexual patients. The incidence of urologic complications is extremely high and strictures followed by fistula formation at the neo-urethra are common. Here we describe a case report of stricture of the neo-urethral anastomosis and its management.

Methods. We present the case of a 44 year-old primary female transsexual who in 1997 had undergone a radial forearm free flap phalloplasty according to Chang and in 2000 a neo-urethroplasty with saphenous vein graft. Three months postoperatively, the patient was able to void while standing then a stricture of the neo-urethral anastomosis occurred. From 2001 to 2014 patient has managed the stricture with periodical urethral dilations and intermittent self-catheterization. In June 2015 patient underwent rigid cystoscopy and an unsuccessful attempt to internal urethrotomy. Progressive urethral dilations with Amplatz up to 16 Ch caliber were performed. In July 2015 recurrent episodes of acute urinary retention occurred and the persistence of stricture of the neo-

urethral anastomosis on retrograde cystogram was showed. A perineal stoma was done in January 2016.

Results. The patient was discharged on second postoperative day. The catheter was removed after 10 days. Uroflowmetry at 3 months: voided volume 269 mL, maximum flow-rate 21 mL/sec, average flow-rate 15 mL/sec, voiding time 14 sec, time to Q(max) 4.4 sec, post-void residue 19 mL. At 6 months after surgery the patient was satisfied with the perineal stoma.

Conclusion. The ability to void while standing is a priority for most transgender men seeking phalloplasty, yet preventing urological complications associated with neourethra construction remains a challenge. The phalloplasty with Chang flap is the gold standard in the FtM GRS, the limitations of this technique: hairs that can cause urethral obstruction, noticeable scar in the flap donor site, significant rate of urethral fistulas and strictures, necessity of penile prosthesis placement to achieve an adequate rigidity. The incidence of urethral strictures is of 4.15%. Internal urethrotomy is indicated for stricture of length less than 3 cm. Recurrence after treatment is 61.9%. Because the high rate of complications is essential a careful pre-operative counseling to understand which are the patient's expectations for urinating in a standing position and erection. It will therefore be necessary to establish an appropriate longer follow-up.

V06

REVISIONE E SOSTITUZIONE DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE CON INSERIMENTO DI SECONDO CILINDRO IN PAZIENTE CON SEVERA FIBROSI CAVERNOSA

G. Chiriaco¹, M. Capece², D. J. Ralph², S. Ciampalini¹, G. Liguori¹, C. Trombetta¹, G. Garaffa²

1. University of Trieste, Department of Urology, Trieste; 2. University College London Hospitals, London, UK

Introduzione ed obiettivi. Nella chirurgia protesica peniena il chirurgo può ricorrere ad una serie di strategie per creare un canale all'interno di corpi cavernosi fibrosi evitando il rischio di dilatazioni distali incomplete.

Vi presentiamo il caso di un paziente diabetico di 52 anni precedentemente sottoposto ad incisione di placca dorsale e grafting e posizionamento di protesi peniena tricomponente per severa disfunzione erettile e curvatura dorsale del pene di circa 90°. L'impianto è stato poi rimosso per infezione. Nove mesi dopo durante il tentativo di riposizionamento di una nuova protesi: è stato inserito solo un cilindro data la presenza di abbondante tessuto fibrotico a carico del corpo cavernoso controlaterale.

Questo video presenta la revisione e sostituzione del singolo cilindro con protesi a doppio cilindro, in condizioni di intensa fibrosi distale del corpo cavernoso di sinistra.

Materiali e Metodi. Una volta ottenuta un'adeguata esposizione dei corpi cavernosi attraverso un'incisione penoscrotale e subcoronale con "reverse deglooving" della cute peniena, il vecchio cilindro e la pompa di attivazione sono stati rimossi. La dilatazione del corpo cavernoso controlaterale è stata condotta sotto visione diretta con il ricorso ad una corporotomia distale al fine di assicurare una completa dilatazione distale. Parte del tessuto fibrotico cavernoso è stato rimosso a livello della corporotomia per consentire la chiusura della tunica albuginea per prima intenzione sopra l'impianto senza dover ricorrere all'interposizione di un graft.

Risultati. Il decorso post operatorio è stato regolare. Otto mesi dopo l'intervento il paziente era in grado di penetrare con successo.

Conclusioni. L'impianto di protesi peniene può essere estremamente complicato in caso di estesa fibrosi dei corpi cavernosi. Comunque, le complicanze possono essere minimizzate se la dilatazione è condotta sotto visione diretta e, se necessario, eseguendo multiple piccole corporotomie al fine di orientare il dilatatore nella corretta direzione.

Queste strategie come le cavernotomie o la scelta di protesi narrow base possono essere estremamente utili al chirurgo. Quando possibile sarebbe consigliabile evitare il ricorso al graft per ridurre il rischio di infezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V07

URETROPLASTICA TERMINO-TERMINALE BULBO-PROSTATICA CON ACCESSO PRERETTALE IN PAZIENTE CON STENOSI DELL'URETRA MEMBRANOSA RECIDIVA DOPO URETROPLASTICA POSTERIORE

A. Vitarelli, L. Divenuto, G. Giocoli Nacci, P. Ditunno

D.A.I. Emergenza ed Urgenza, Unità Operativa Universitaria Urologia 2, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari (BA)

Introduzione ed obiettivi. Il trattamento delle stenosi complicate dell'uretra membranosa rappresenta una sfida nella chirurgia ricostruttiva a causa della complessa anatomia dell'uretra posteriore. Il trattamento di elezione è l'uretroplastica termino-terminale (T-T) con anastomosi bulbo- prostatica. La tecnica eseguita per via perineale spesso necessita di alcune variazioni (apertura del setto intercavernoso, pubectomia inferiore etc.) allo scopo di ridurre il gap tra il moncone uretrale e la prostata per minimizzare la tensione dell'anastomosi spesso causa di recidiva. Tali varianti spesso non risultano sufficienti specialmente nei casi di fibrosi massiva dell'uretra. Una via chirurgica alternativa è l'approccio transperineale prerettale che ha il vantaggio di rimuovere il tessuto fibroso periuretrale, di liberare la prostata consentendo un avvicinamento della stessa al perineo per un'anastomosi agevole e senza tensione, oltre che risultare una via d'accesso alternativa in caso di recidiva di stenosi trattate per via transperineale.

Materiali e metodi. Il video mostra il caso di un paziente di 38 anni, in dialisi ed in lista d'attesa per trapianto di rene, portatore di catetere sovrapubico per una stenosi serrata dell'uretra membranosa di circa 2 cm, già sottoposta 8 anni prima a un primo tentativo infruttuoso di uretroplastica T-T, seguito dopo due anni da una seconda uretroplastica T-T durata solo 1 anno. La procedura prevede i passaggi iniziali comuni alla prostatectomia perineale ed è distinta in due fasi: una fase pre-rettale con preparazione della prostata ed una fase perineale con liberazione dell'uretra bulbare ed anastomosi. Nella fase pre-rettale, si esegue un'incisione ad u rovesciata perineale bisischiatrica. Si esegue l'incisione del residuo di centro tendineo e del muscolo rettouretrale permettendo così un accesso diretto alla lamina posteriore di Denonvilliers e consentendo l'esposizione dell'apice prostatico e dell'uretra membranosa. Si mobilizza la prostata sul versante postero-laterale esponendo le vescicole seminali senza compromettere i fasci neuro-vascolari. In questo caso non era comunque necessario eseguire una tecnica "nerve-sparing" poiché il paziente presentava una grave disfunzione erettile. Si procede quindi con l'incisione perineale lungo il rafe e l'isolamento dell'uretra distale, che viene sezionata nel tratto membranoso, sclerotico e stenotico, ed infine, all'eversione dell'apice prostatico. L'uretra distale viene ribattuta verso l'alto per aprire lo spazio

prerettale ed eseguire il push in bulbare. Si esegue infine una anastomosi bulbo prostatica senza tensione con 6 punti staccati di 3-0 vycril.

Risultati. Non vi sono state complicanze postoperatorie e alla rimozione del catetere non si sono evidenziate fistole.

Conclusioni. La via d'accesso transperineale prerettale rappresenta una valida alternativa alla via perineale specie nei pazienti già sottoposti ad uretroplastica posteriore consentendo una anastomosi senza tensione e semplice da eseguire.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V08

APICOPLASTICA CON MESH IN POLIPROPILENE TITANIZZATO TILOOP IN CASO DI IMMINENTE ESTRUSIONE DISTALE DI PROTESI PENIENA GONFIABILE

F. Varvello, L. Rolle*, S. Lacquaniti, M. Camilli, J. Antolini, M. Oderda, R. Mandras, L. Puccetti, G. Fasolis

*SOC Urologia, Ospedale "San Lazzaro", ASL CN2, Alba (CN); *SCDU Urologia, Città della Salute e della Scienza, Torino*

Introduzione e obiettivi. L'estrusione distale è una temibile complicanza conseguente ad impianto di protesi peniena. Se diagnosticata prima dell'erosione cutanea è possibile ricorrere ad un intervento conservativo. Come è noto la riconfigurazione e il rinforzo della struttura apicale può avvalersi dell'utilizzo di reti protesiche. Nel video si dimostra l'utilizzo di una mesh in polipropilene titanizzato (TiLOOP - Pfm Medical, Nuremberg, Germany) per l'esecuzione di apicoplastica in un caso di imminente estrusione distale monolaterale di una protesi peniena tricomponente.

Materiali e metodi. Si esegue un'incisione sub-coronale e si procede a completo degloving dell'asta. Il fascio neuro vascolare dorsale viene isolato completamente nella sua porzione distale. Si procede all'isolamento dell'apice del corpo cavernoso sinistro dal glande e dal corpo spongioso. Mediante incisione peno-scrotale si rimuove il dispositivo protesico, in quanto non più funzionante. Si prepara la mesh in polipropilene titanizzato conformandola per la ricostruzione dell'apice cavernoso. La soluzione di continuo del corpo cavernoso viene suturata. La mesh viene disposta a rivestimento dell'apice sinistro e mediante trasposizione al di sotto del fascio neurovascolare viene ancorata al corpo cavernoso controlaterale. Il glande viene fissato all'apice mediante punti staccati. Si esegue la misurazione dei corpi cavernosi per la selezione dei cilindri protesici. Si impianta un nuovo dispositivo, sostituendo anche il serbatoio mediante incisione addominale dedicata. Attivando il dispositivo si verifica la simmetrica estensione dei corpi cavernosi e si controlla la posizione degli apici rispetto al glande. L'intervento termina con la sutura delle incisioni addominale, peno-scrotale e subcoronale.

Risultati. Il decorso post operatorio è stato regolare, il pene non ha sviluppato deformità e il terzo distale dei corpi cavernosi insieme al glande hanno mantenuto una normale consistenza ed elasticità. Il paziente ha ripreso i rapporti sessuali dopo circa 2 mesi. A 6 mesi dall'intervento il paziente non ha sviluppato complicanze.

Conclusioni. La mesh in polipropilene titanizzato TiLOOP grazie al suo limitato spessore e alle sue proprietà di leggerezza, flessibilità e allo stesso tempo di resistenza si è adattata favorevolmente alla ricostruzione dell'apice cavernoso nel caso descritto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V09

PROTESI IN SILICONE EUROGEST CON HEMOPATCH ED INNESTO SUBGLANDULARE DI TESSUTO ADIPOSO

D. Pozza, °C.Pozza, M. Musy, *E. Baldessari, *M. De Nuntiis

*Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, °DMS, Università Sapienza, *Centro Medicina Estetica, Karol Wojtyla Hospital, Roma*

Un paziente (pz) di 54 anni era stato sottoposto ad intervento chirurgico di “infiltrazione di placca da IPP con Xiapex, corporoplastica per incurvamento dell’asta, resezione delle vene dorsali profonde e delle vene circonflesse per Deficit Erettile (DE) di natura venosa, infiltrazione del glande con Bulking agent (HA)” con successiva lesione bilaterale tromboflebitica della mucosa del glande che aveva richiesto un curettage e riparazione cicatriziale con residuo infossamento della mucosa balanica bilaterale. Dopo alcuni mesi, visto il persistere della placca sottobalanica, dell’incurvamento dorso-laterale dell’asta e del DE con difficoltà-impossibilità penetrative ed importante alterazione morfologica del glande, il paz si è sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico (oggetto del presente filmato) con degloving dell’asta, scollamento del fascio neurovascolare, isolamento della placca con sua iniziale incisione, corporotomie bilaterali, inserimento di cilindri in silicone Eurogest 11,5x 20 cm fino ad ottenere un adeguato raddrizzamento dell’asta. La incisione della placca è stata coperta con Hemopatch (tessuto emostatico di fibrina e collagene) senza suture. E’stata effettuata una liposuzione a livello addominale con inserimento di tessuto lipoideo nel contesto del glande in corrispondenza delle lesioni cicatriziali. Il risultato in termini di raddrizzamento dell’asta, capacità penetrativa, assenza di ematomi pericavernosi p.o. , adeguato aspetto del glande è apparso soddisfacente ed il paziente è stato dimesso il giorno successivo con terapia domiciliare. Buoni risultati a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No