

FOUNDED IN 1924

ISSN 1124-3562

ARCH ITAL UROL ANDROL

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

Vol. 87; n. 2, Supplement 1, June 2015



XXXI CONGRESSO NAZIONALE SIA

L'EXPO DELL'UOMO: L'ANDROLOGIA TRA MEDICINA E CULTURE

5-8 Giugno 2015
Hotel Royal Continental, Napoli

Presidente SIA
Giorgio Franco

Presidente del Congresso
Vincenzo Mirone

Coordinatore
Alessandro Palmieri

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



Indexed in:

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

SIA Official Journal

Joined with
*Journal of
Andrological
Sciences*



SIEUN Official Journal

S.I.E.U.N.
Società Italiana di
Ecografia Urologica
Andrologica Nefrologica

SIUrO Official Journal



UrOP Official Journal



ARCHITAUROLANDROL

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

GENERAL INFORMATION

AIMS AND SCOPE

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

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

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

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41
20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it - architurolog@gmail.com
web: www.aiua.it - www.urologyplanet.it

COPYRIGHT

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

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

Direttore Responsabile: Pietro Cazzola

Direzione Generale: Armando Mazzù

Direzione Marketing: Antonio Di Maio

Consulenza grafica: Piero Merlini

Impaginazione: Stefania Cacciaglia

Stampa: Rotolito Lombarda, Pioltello (MI)

BUSINESS INFORMATION

SUBSCRIPTION DETAILS

Annual subscription rate

(4 issues) is Euro 52 for Italy
and US \$130 for all other Countries.

Price for single issue: Euro 13 for Italy

US \$32,5 for all other Countries.

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

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41 - 20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it - architurolog@gmail.com

Payments should be made by bank cheque to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

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

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

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

ADVERTISING

For details on media opportunities within this journal please contact

Mr. Armando Mazzù or **Mr. Antonio Di Maio**

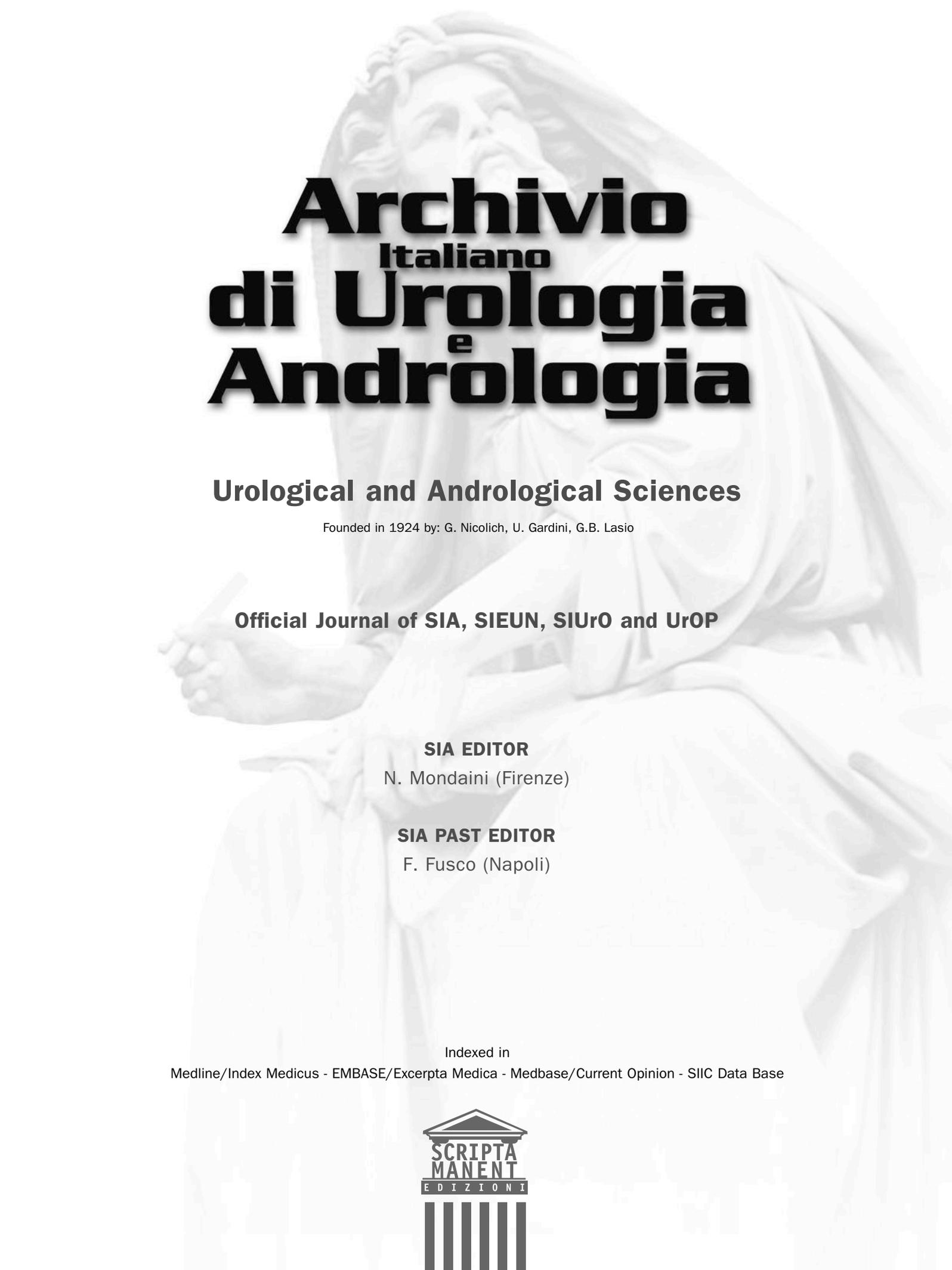
at +39 0270608060.



CONFINDUSTRIA



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



Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

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

Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP

SIA EDITOR

N. Mondaini (Firenze)

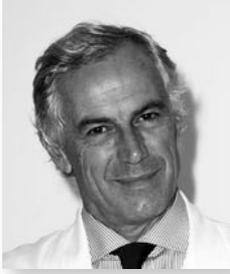
SIA PAST EDITOR

F. Fusco (Napoli)

Indexed in

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





Cari Amici,

è con grande piacere che vi presento il programma del XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia che si terrà a Napoli dal 5 all'8 giugno 2015.

Saremo ospiti di Vincenzo Mirone, Presidente del Congresso e di Alessandro Palmieri, Coordinatore di esso, a tutti noti per la loro squisita ed attenta ospitalità.

È l'anno dell'Expo di Milano dove l'Italia sarà la vetrina del mondo intero. Anche per questo motivo il titolo del Congresso sarà: "L'Expo dell'Uomo: Andrologia tra Medicina e Culture".

Guarderemo all'Andrologia di oggi dal punto di vista tecnico-scientifico e da quello culturale affrontando in particolare il tema di come l'Andrologia e l'Andrologo vengono interpretati nelle diverse culture del mondo.

Un anno fa a Maratea avevamo incontrato altre Società scientifiche di confine con l'Andrologia all'interno del territorio nazionale; quest'anno a Napoli, grazie alla presenza di numerosi ospiti internazionali, per lo più provenienti dall'Europa dell'Est e dal Medio Oriente, analizzeremo le differenze nella domanda e nell'offerta andrologica tra le diverse culture e Paesi, ed in particolare tra Occidente ed Oriente.

La Commissione Scientifica, presieduta da Luigi Cormio, di comune accordo con il Comitato Esecutivo e con il Presidente del Congresso, ha progettato un ambizioso e stimolante format congressuale. Sono previsti quattro contenitori scientifici di grande attualità ed interesse pubblico, ai quali parteciperanno anche gli ospiti stranieri: la fecondazione eterologa; le problematiche medico-legali e psicologiche degli interventi di cambio di sesso; la formazione andrologica in ambito europeo e l'HPV nel maschio.

Il tema scientifico del Congresso proposto dall'Assemblea, "l'Andrologia del futuro tra fisica e metafisica", verrà sviluppato in una sessione dedicata e ricorrerà in altri momenti congressuali dove si analizzeranno le possibili evoluzioni delle diverse patologie andrologiche confrontandone la fisica, il misurabile, con la metafisica, il non misurabile. Abbiamo sostenuto la proposta della Commissione Scientifica di riproporre alcune delle innovazioni al format scientifico che erano state più apprezzate nel corso del Congresso SIA Maratea 2014, e che avevano contribuito al suo successo. Tra queste, la sessione "Il meglio della produzione scientifica italiana 2014" che prevederà la discussione sui migliori contributi scientifici andrologici italiani pubblicati nel 2014 e quella sui "Casi difficili in andrologia", che coinvolgerà i giovani Soci SIA che potranno confrontarsi anche con gli ospiti stranieri.

Anche a Napoli, i giovani Andrologi avranno un loro spazio gestito ed animato autonomamente dalla Commissione Giovani.

Quest'anno si terranno le elezioni del nuovo Comitato Esecutivo "elect", che si insedierà nel 2016 al termine del Congresso SIA Stresa 2016, motivo in più per non mancare questo appuntamento con il mare, il sole ed il calore umano di Napoli!

"Napule è mille culture..."

Giorgio Franco (Presidente SIA)



Cari Amici,

è con vivo piacere ed estremo orgoglio che ricopro l'incarico di Presidente del XXXI Congresso della Società Italiana di Andrologia, che si terrà a Napoli dal 5 all'8 giugno 2015.

Questo appuntamento assume per me un significato ancor più particolare e profondo, visto che rappresenta una nuova occasione per la Scuola Napoletana di mettere al servizio della SIA tutta l'esperienza accumulata nella sua lunga "tradizione andrologica", dopo le precedenti esperienze di Ischia nel 1993 e Capri nel 2003, i cui ricordi sono ancora vivi nella mente di tutti noi.

Per questa edizione congressuale si è deciso di puntare sull'ospitalità partenopea e mi auguro che i mille colori della nostra città, l'affascinante miscuglio di storica classicità e frizzante dinamismo di nuove sperimentazioni, riescano a "condire" nel migliore dei modi le nostre giornate di lavoro.

L'edizione di quest'anno ha una connotazione molto peculiare: nel tentativo di creare un parallelo con l'Expo di Milano, si è deciso di intitolare il congresso "L'Expo dell'Uomo: Andrologia tra Medicina e Culture", puntando sul confronto fra le esperienze cliniche e scientifiche in ambito andrologico di tanti diversi paesi europei ed extra-europei.

Il programma scientifico incarna perfettamente questo spirito e prevede l'intervento di numerosi ospiti stranieri che, sono convinto, arricchiranno con il loro prezioso bagaglio culturale e di esperienza i contenuti scientifici del congresso.

L'Andrologia sta vivendo, a livello mondiale, un momento di grande cambiamento, con una rivisitazione del ruolo dell'Andrologo che, a mio parere, non può prescindere dal presentarsi al mondo clinico e scientifico come il reale play-maker del benessere maschile. In quest'ottica è fondamentale che tutti noi, che abbiamo sempre dedicato e continuiamo a dedicare molte energie alla pratica andrologica, ci si prepari ad una metamorfosi culturale cruciale.

È arrivato il momento di andare oltre la semplice diagnosi e cura delle malattie "squisitamente" andrologiche, perché queste stesse rientrano spesso in situazioni cliniche ben più complesse, in cui possono potenzialmente essere intercettate alterazioni del benessere cardiovascolare, endocrino, mentale del paziente. Non avere a disposizione un bagaglio culturale adeguatamente ampio ed aggiornato potrebbe rappresentare un grande limite per tutti noi, ed è per questo motivo che la SIA deve continuare a progredire su questo percorso interdisciplinare, con l'appuntamento di Napoli che rappresenterà sicuramente un'ulteriore opportunità di confronto.

Napoli, con i suoi mille colori, aspetta tutti gli Andrologi italiani!

Vincenzo Mirone (Presidente del Congresso)

XXXI

CONGRESSO
NAZIONALE
SIA



L'EXPO DELL'UOMO: L'ANDROLOGIA TRA MEDICINA E CULTURE



Presidente SIA

Giorgio Franco

Presidente del Congresso

Vincenzo Mirone

Coordinatore

Alessandro Palmieri

Sede

Hotel Royal Continental

Via Partenope, 38/44

Napoli



**Segreteria Scientifica e Coordinamento
SIAS Congress Team**

Simona Santopadre

siascongressteam@andrologiaitaliana.it

www.andrologiaitaliana.it



Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting

evcongressi@emiliaviaggi.it

www.emiliaviaggi.it



PRESIDENTI SIA

Carlo Conti
(1976-1979)

Aldo Fabbrini
(1980-1983)

Franco Di Silverio
(1984-1986)

Aldo Isidori
(1987-1989)

Armando Maver
(1990-1992)

Fabrizio Menchini Fabris
(1993-1996)

Emanuele Belgrano
(1996-1999)

Vincenzo Mirone
1999-2002)

Edoardo Austoni
(2002-2004)

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

Furio Pirozzi Farina
(2010-2013)

Giorgio Franco
(2013-)

COMITATO ESECUTIVO

PRESIDENTE
Giorgio Franco

SEGRETARIO
Alessandro Palmieri

**DELEGATO
NAZIONALE PER
LE SEZIONI
REGIONALI**

**COMMISSIONE
SCIENTIFICA**

TESORIERE

Nicola Mondaini

CONSIGLIERI

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

Ciro Basile Fasolo

PRESIDENTE

Luigi Cormio

MEMBRI

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

XXXI

CONGRESSO
NAZIONALE
SIA



PROGRAMMA

L'EXPO DELL'UOMO: L'ANDROLOGIA TRA MEDICINA E CULTURE

CORSI

Venerdì 5 Giugno 2015

13.00-15.00

CORSO 1: L'ANDROLOGO E LE DIPENDENZE

Coordinatori: G. La Pera - L. Janiri

Come riconoscere le dipendenze

L. Janiri

Dall'Handicap sessuale all'abuso di sostanze

G. La Pera

Dipendenze, nuove sostanze psicoattive e capacità di provare piacere

L. Janiri

La Sex addiction: definizione, diagnosi e possibilità di cura

F. Avenia, A. Pistuddi

Discussione interattiva

CORSO 2: URGENZE IN ANDROLOGIA

Coordinatori: V. Ielapi - L. Rolle

Introduzione

V. Ielapi, L. Rolle

Traumi del pene

E. Pescatori

Traumi del testicolo

F. Ventrici

Il priapismo

M. Timpano

La gangrena di Fournier

L. Divenuto

La torsione del funicolo

F. Gadda

La calcifilassi peniena

F. Varvello

CORSO 3: BIOETICA E MEDICINA SESSUALE

Coordinatore: S. Lauretti

Introduzione

S. Lauretti

La bioetica è uno strumento utile in medicina sessuale?

M. Losito

Enhancement e sessualità: atto terapeutico o medicina dei desideri?

S. Lauretti

Il ruolo di una società scientifica nell'educazione sessuale: la necessaria ricerca di linee guida condivisibili

C. Navarini

Formazione Continua in Bioetica per lo specialista in Andrologia e Medicina Sessuale nella società multietnica e multiculturale

A. Papini

Question Time

CORSO 4: in collaborazione con la FISS - FEDERAZIONE ITALIANA DI SESSUOLOGIA SCIENTIFICA SALUTE SESSUALE 2.0 - I NUOVI COMPORTAMENTI IN TEMA DI SESSUALITÀ

Coordinatori: I. Bianchessi - R. Rossi

Moderatori: R. Rossi - R. Todella

Provoker: I. Bianchessi

Il cambiamento della sessualità femminile: come intervenire nella consultazione di coppia

R. Giommi

La sessualità maschile ai tempi dei social network

A. Fabrizi

Il sexting

D. Trotta

I nuovi significati del tradimento attraverso le chat

E. Longhi

Sabato 6 Giugno 2015 - Sala Partenope

9.00-14.00 **CORSO MMG - LA PREVENZIONE ANDROLOGICA NEI GIOVANI: QUANDO, COME E PERCHÉ**

Coordinatori: A. Guerani - G. La Pera

Saluti ed introduzione

G. Franco

9.00-10.30 **1^ SESSIONE - QUANDO E QUALI PATOLOGIE RICERCARE**

Moderatori: V. Cicalese, L. Larocca

Cosa chiede il Medico di Medicina Generale all'esperto sulla prevenzione in andrologia

B. Viscusi

La risposta dell'Andrologo

G. La Pera

Clinica ed epidemiologia delle patologie Andrologiche soggette a prevenzione

Parte I: Patologie del pene e dello scroto, patologie flogistiche

A. Guerani

Parte 2: Patologie endocrino-metaboliche: ipogonadismo, ritardi puberali

S. Zarrilli

10.30-11.15 **2^ SESSIONE - COME FARE UNA VISTA ANDROLOGICA**

Moderatori: A. Palmieri - G. Piccinocchi

Semeiotica endocrinologia, parametri antropometrici e dello sviluppo puberale

A. Grossi

Le ginecomastie

L. Vaggi

Ispezione e palpazione dello scroto e del pene - come insegnare ai ragazzi l'autopalpazione del testicolo per la prevenzione del cancro al testicolo

A. Guerani

Pausa lavori

11.30-12.30 **3^ SESSIONE - PERCHÉ RICERCARE I DISTURBI SESSUALI NEI GIOVANI ED I COMPORTAMENTI A RISCHIO**

Moderatori: P. Petrini - G. Sidoti

Eiaculazione precoce, disfunzione erettile patologie organiche o obbiettivi irrealistici?

G. La Pera - M.G. Tronino

Comunicazione verbale per una anamnesi sessuale

D. Corno

Dal disagio sessuale alla vulnerabilità psicologica: i segni precoci del disagio psichiatrico nell'adolescente

P. Petrini

Anamnesi sessuale

M. Bitelli - M.G. Tronino

Discussione interattiva

12.30-13.45 **4^ SESSIONE - COSA FARE SUBITO**

Moderatori: P. Izzo - G. Ughi

**Le raccomandazioni della Società Italiana di Andrologia
nei programmi di Prevenzione Andrologica nei Giovani**

G. La Pera - M. Silvani

Decalogo per i Genitori

M.G. Tronino

La SIA e la Campagna di Prevenzione Andrologica in corso: primi dati statistici

G. La Pera

Discussione interattiva

M. Bitelli - A. Guerani - M.G. Tronino

14.00 **FINE DEL CORSO**

Domenica 7 Giugno 2015 - Sala Partenope

9.00-11.00 **CORSO INFERTILITÀ MASCHILE. DAL LABORATORIO ALLA CLINICA**

Coordinatore: P. Turchi

PRESENTAZIONE DEL CORSO

P. Turchi

IL LABORATORIO

Lo spermogramma: utilità e limiti

I. Natali

Quali test in vitro?

I. Natali

Danno ossidativo al DNA spermatico: meccanismi e diagnosi

M. Dattilo

L'AMBULATORIO

Dalla richiesta di intervento alla diagnosi

P. Turchi

Dalla diagnosi alla terapia

E. Pescatori

Danno al DNA e alla cromatina spermatica: strategie di intervento

M. Dattilo

L'ANDROLOGO E LA PMA

Ruolo dell'andrologo nella PMA

E. Pescatori

Ruolo dell'infertilità maschile nella PMA (aspetti normativi)

C. Maretti

Infertilità femminile: cosa deve sapere l'andrologo

B. Brundu

Venerdì 5 Giugno 2015
presso il Foyer del Teatro S. Carlo

18.30 CERIMONIA DI APERTURA

Premiazione Concorso Letterario (c/o Foyer Teatro San Carlo)

Saluto delle Autorità

Lettura inaugurale

Eros a Pompei

Prof. Antonio Varone

Sabato 6 Giugno 2015

**8.00-8.30 PRESENTAZIONE CANDIDATI PRESIDENTI
APERTURA DEL SEGGIO ELETTORALE**

8.30-9.40 SESSIONE VIDEO CON TECNOLOGIA 3D

Moderatori: C. Imbimbo - E. Spera

V01 - Scrotoplastica riduttiva per amartoma muscolare gigante dello scroto e contestuale ricopertura del pene con innesto dermoepidermico

V02 - Chirurgia ricostruttiva in quadro di pioderma gangrenoso acuto dell'asta peniena

V03 - Vaso-vasostomia microchirurgica a livello della porzione convoluta del deferente

V04 - Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali in senso androginoide con complesso uretra-neoclitoride e graft di cute peniena

V05 - Plastica peno-scrotale in linfedema genitale

V06 - Mobilizzazione retroperitoneale del deferente nelle vasovasostomie complesse con accesso pelvico-scrotale

V07 - Pene sommerso in esiti di correzione di lichen scleroatrofico con lembo scrotale

Premiazione del miglior Video

9.40-10.10 WHAT'S UP IN ANDROLOGY BEYOND THE BOUNDARIES

Moderatori: M. De Sio - O. Sedigh

In the Russian Federation

P. Scheplev

In the Arab Peninsula

A. Shamsodini

10.10-11.10 L'ANDROLOGO E LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA AL TEMPO DELL'ETEROLOGA

Moderatori: G. Franco - C. Maretti

Aspetti tecnico-legislativi

A. Calandrini

La banca del seme gestita dall'andrologo

F. Pirozzi Farina

Dalla teoria alla pratica: tips and tricks nell'esperienza italiana

G. Scaravelli

Le ricadute dell'eterologa sulla pratica dell'andrologo

E. Greco

Discussione

11.10-11.55 STATE OF THE ART IN MALE INFERTILITY

Moderatori: G.M. Colpi - C. Trombetta

Infections

M.A. Sadighi Gilani

Varicocele

N. Sofikitis

Sperm retrieval techniques

W. Weidner

11.55-12.55 SIMPOSIO SATELLITE IN COLLABORAZIONE CON A. MENARINI

Acting - Disfunzione sessuale: un urologo in prima visita da un sessuologo

Acting - Sexual dysfunction: a urologist's first visit to a sexologist

D. Hatzichristou, E. Kirana

**Disfunzione erettile ed eiaculazione precoce: quale trattamento in andrologia e psico-sessuologia oggi?
Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation: which andrological and psycho-sexological
treatment today?**

Moderatori: Moderators: C. Maretti, A. Salonia

Nella disfunzione erettile - In erectile dysfunction

C. Bettocchi

Nell'eiaculazione precoce - In premature ejaculation

E.A. Jannini

12.55-13.55 HPV NEL MASCHIO, CAPIRE E FAR CAPIRE

Moderatori: C. De Dominicis - V. Gentile

Modalità di contagio e manifestazioni cliniche

T. Cai

Test diagnostici

S. Mazzoli

Vaccinazione: prevenzione o terapia?

R. Bartoletti

Discussione

13.55-14.40 SPAZIO GIOVANI

Registri di una scelta terapeutica: 5-ARI e sessualità

Moderatori: V. Favilla, F. Menchini Fabris

Presentazione del film: il prologo, il setting e gli attori

F. Pisano

Sliding door 1

D. Arcaniolo

Sliding door 2

D. Tiscione

The end

G. Gentile

14.40-15.10 URETHRAL SURGERY 2015

Moderatori: E. Palminteri - S. Sansalone

Anterior Urethra

R. Dijnovic

Posterior Urethra

J. Hosseini

15.10-15.55 CHIRURGIA STEP-BY-STEP DEL PENE CURVO NELL'ESPERIENZA NASA (NATIONAL ACADEMY IN SURGICAL ANDROLOGY)

Moderatori: F. Colombo - L. Cormio

Clip da chirurgia NASA

Discussants: R. Dijnovic - J. Hosseini

15.55-16.55 SIMPOSIO SATELLITE IN COLLABORAZIONE CON ELI LILLY

LE VOCI DI DENTRO

Per curare i pazienti, ascoltiamo le persone!

Moderatore: V. Mirone

"Tailored medicine" e "medicina personalizzata": le differenze nascoste

V. Mirone

Dal "caso clinico" al paziente come persona

F. Fusco, N. Mondaini

Discussione

16.55-17.55 WHAT WOULD YOU DO IN CASE OF...?

M. Vetri + Junior vs. D. Hatzichristou; M. Iafrate + Junior vs. M.A. Sadighi; C. Pavone + Junior vs. A. Shamsodini

17.55-18.10 LETTURA SIEUN - SOCIETÀ ITALIANA DI ECOGRAFIA UROLOGICA NEFROLOGICA E ANDROLOGICA

Presenta: A. Casarico

Diagnostica per immagini della sindrome di Mondor

M. Bitelli

18.10-19.00 SPAZIO SIA - COSA È STATO FATTO E COSA SI FARÀ

Comunicazioni del Presidente

G. Franco

Comunicazioni del Segretario

A. Palmieri

L'attività delle sezioni regionali

C. Basile Fasolo

La SIA e la prevenzione

G. La Pera

NASA - National Academy in surgical andrology

F. Colombo

Domenica 7 Giugno 2015

8.30-9.20 GOLDEN COMMUNICATIONS

Moderatori: D. Pozza - T. Zenico

GC01 - TESE + ICSI in pazienti con neoplasia testicolare: migliore prognosi di recupero di spermatozoi nei pz con neoplasia maligna

GC02 - Confronto della funzione sessuale in pazienti sottoposte ad intervento di ricoverione dei caratteri sessuali in senso andro-ginoide mediante due differenti tecniche chirurgiche

GC03 - Resurfacing totale del glande (TGR) per il trattamento del Carcinoma in Situ del Glande (CIS): tecnica chirurgica e risultati preliminary

GC04 - Uretroplastica di ampliamento dorso-laterale con innesti secondo kulkarny: risultati a medio termine

GC05 - Uretroplastica bulbare con doppio innesto dorsale più ventrale di mucosa buccale: risultati a lungo termine

GC06 - Surgical treatment of Peyronie's disease with small intestinal submucosa graft patch

GC07 - Valore predittivo dell'agoaspirato testicolare in pazienti affetti da varicocele clinico

Premiazione della Migliore Golden Communication

9.20-9.35 LETTURA UAA (UROLOGICAL ASSOCIATION OF ASIA)

Presenta: M. Carrino

What's on in penile and urethral surgery

J. Hosseini

9.35- 10.35 ANDROLOGICAL EDUCATION IN EUROPE

Moderatori: C. Bettocchi - G. Franco - N. Sofikitis

Introduction

V. Mirone

ESAU (EAU - European Association of Urology - Section of Andrological Urology)*W. Weidner***EAA (European Academy of Andrology)***C. Krausz***ESSM (European Society for Sexual Medicine)***F. Palumbo***Discussion****10.35-11.05 SPAZIO NASA - NATIONAL ACADEMY IN SURGICAL ANDROLOGY***Tutors: M. Silvani, G. Antonini, A. Vitarelli**Presentano: M. Ciletti, A. Cocci, L. Divenuto, A. Izzo, L. Quaresima, M. Rizzo***11.05-11.35 LETTURA IN COLLABORAZIONE CON LA GLAXOSMITHKLINE***Moderatore: V. Gentile***Chi ha paura dei 5ARI?***B. Giammusso***11.35-12.50 CAMBIARE SESSO IN ITALIA***Moderatori: F. Colombo - V. Mirone***La storia della conversione chirurgica del sesso in Italia***E. Belgrano***La richiesta di conversione chirurgica del sesso in Italia***P. Valerio***La posizione SIA/SIU***L. Rolle***Aspetti legali***M. Rapicavoli***12.50-13.05 LETTURA EAU (EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY)***Presenta: G.M. Ludovico***Nerve-sparing rarp***F. Montorsi***13.05-14.00 SESSIONE VIDEO CON TECNOLOGIA 3D***Moderatori: S. Pecoraro - M. Soli***V08 - Ricostruzione dei corpi cavernosi dopo necrosi massiva, secondaria ad impianto protesico e chirurgia di allungamento del pene****V09 - Allungamento e ingrandimento di pene protesizzato in due pazienti****V10 - Plicatura dell'albuginea: tips & tricks****V11 - Impianto protesico tricomponente complicato da erosione apicale: possibilità ricostruttive.****V12 - Asportazione delle vestigia cavernose in paziente affetta da sindrome adreno-genitale (SAG)**

V13 - Prostatectomia radicale extraperitoneale con simultaneo impianto di protesi peniena tricomponente al fine di evitare la riduzione delle dimensioni peniene

V14 - Minaccia di estrusione distale bilaterale causata da tutori assiali soffici sovradimensionati in un caso di ipp: correzione mediante protesi tricomponente ri-tunnellizzata distalmente

Premiazione del Miglior Video

14.00-14.30 IL MEGLIO DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA SIA 2014

Overview Andrologia Medica

G. Sidoti

Mirone V, Arcaniolo D, Rivas D, Bull S, Aquilina JW, Verze P; PAUSE study team. Results from a prospective observational study of men with premature ejaculation treated with dapoxetine or alternative care: the PAUSE study. Eur Urol. 2014 Apr; 65(4):733-9.

Relatore: P. Verze

Controrelatore: M. Polito

Overview Andrologia Chirurgica

M. Timpano

Caraceni E, Utizi L. A questionnaire for the evaluation of quality of life after penile prosthesis implant: quality of life and sexuality with penile prosthesis (QoLSPP): to what extent does the implant affect the patient's life? J Sex Med. 2014 Apr; 11(4):1005-12.

Relatore: E. Caraceni

Controrelatore: M. Capone

14.30-15.30 TEMA CONGRESSUALE SIA

Andrologia del futuro tra fisica e metafisica

Coordinatore: F. Pirozzi Farina

Fisica e Metafisica della EBM (Evidence-based medicine)

A. Salonia

Fisica e Metafisica della Funzione Sessuale

F. Fusco

Fisica e metafisica della PMA (Procreazione Medicalmente Assistita)

G. Capobianco

Discussione

15.30-16.30 TAVOLA ROTONDA: IL BENESSERE ANDROLOGICO FRA SPORT E CORRETTA ALIMENTAZIONE IN COLLABORAZIONE CON ROCCHETTA

Moderatori: M. De Bac, N. Mondaini, A. Palmieri

Benessere fisico

V. Ieracitano

...e implicazioni andrologiche

G. Liguori

Benessere alimentare...

S. Lorenzetti

...e implicazioni andrologiche

G. Piubello

16.30-16.45 LETTURA SIAMS - SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA E MEDICINA DELLA SESSUALITÀ*Introduce: C. Simonelli***Orgasmo Femminile***E.A. Jannini***16.45-17.00 LETTURA SIU - SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA***Introduce: G. Muzzonigro***Cistectomia nerve-sparing***G. Carrieri***17.00-17.45 CONSENSO INFORMATO S.I.A. PER CHIRURGIA ANDROLOGICA***Moderatori: F. Sasso - M. Silvani***Il percorso per l'acquisizione di una corretta informazione***A. Mosca***Efficacia della corretta comunicazione***V. Orlando***EBM (Evidence Based Medicine), linee guida e consenso informato: importanza dell'approccio olistico al paziente***A. Papini***Discussione interattiva sul consenso informato con la partecipazione della Commissione S.I.A. Task Force Medico-Legale****17.45-18.35 GOLDEN COMMUNICATIONS***Moderatori: R. Ponchietti - E.S.D. Vicari***GC08 - Analisi degli aplotipi del gene del recettore degli androgeni (AR) nei pazienti affetti da azoospermia secretoria****GC09 - Prostatite cronica batterica da germi atipici: quale ruolo per l'ureaplasma parvum?****GC10 - Disfunzioni sessuali maschili e tratti di personalità: risultati definitive****GC11 - Chronic, long term administration of Vardenafil improves endothelial function and corrects hypogonadism in patients with type 2 Diabetes Mellitus. A longitudinal, prospective, randomized, placebo-controlled, double blind, clinical trial****GC12 - Varicocele in Infertile Males: When Is Surgery Indicated?****GC13 - Long Term Efficacy of Low Intensity Linear Focused Shockwave Therapy for Vascular Erectile Dysfunction Patients: 20 month follow-up****GC14 - Pregnancy rate dopo sclerotizzazione anterograda in una coorte di pazienti con varicocele clinicamente evidente, alterazione dei parametri seminali ed infertilità di coppia****Premiazione della Migliore Golden Communication****18.35-19:00 COMUNICAZIONI GRUPPI DI STUDIO S.I.A.***Moderatori: L. Vaggi - A. Vita***Stalking e sessuologia***A. Papini*

Studio su Induratio Penis Plastica

G. Paulis

Registro Italiano Implantologia Protesica Peniena

E. Pescatori

Lunedì 8 Giugno 2015 - Auditorium

8.30-9.15 **SHORT COMMUNICATIONS - CHIRURGIA GENITALE**

Moderatori: P. Annese - D. Dente

SC01 - Trattamento dell'ipp mediante ac. ialuronico: dati preliminari di uno studio multicentrico

SC02 - Risultati a lungo termine della chirurgia per malattia di la peyronie: analisi retrospettiva monocentrica su oltre 120 casi

SC03 - Fallopastica di allungamento penieno

SC04 - Considerazioni cliniche su 500 protesi peniene impiantate dallo stesso andrologo in 30 anni

SC05 - La idroelettroforesi nella malattia di la peyronie

SC06 - Impatto della terapia conservativa sulla richiesta di intervento chirurgico in pazienti affetti da malattia di La Peyronie

SC07 - Embolizzazione arteriosa prostatica vs. adenomectomia prostatica transvescicale: analisi matched-paired degli outcome funzionali, complicanze ed effetti avversi sulla sfera sessuale ad 1 anno di follow-up

SC08 - Trattamento chirurgico conservativo del lichen sclerosus del glande mediante asportazione della mucosa e "resurfacing" con innesto autologo: risultati funzionali e soddisfazione dei pazienti

SC09 - Chirurgia mininvasiva nella correzione degli incurvamenti penieni

SC10 - La valorizzazione sia dell'opzione protesica peniena: il registro italiano di implantologia protesica ed il sito istituzionale divulgativo www.androprotesi.it

SC11 - La protesi testicolare dopo orchietomia per cancro del testicolo può essere causa di disfunzioni sessuali? Analisi della nostra casistica operatoria

SC12 - Tecnica originale di corporoplastica con plastica z nel trattamento del recurvatum penieno da induratio penis plastica: risultati con follow up oltre 12 mesi

9.15-10.00 **SHORT COMMUNICATIONS - INFERTILITÀ**

Moderatori: G. Beretta - G. Cavallini

SC13 - Valutazione dei risultati preliminari di uno studio prospettico sull'efficacia dell'agoaspirato testicolare nel recupero di seme "fresco" per procedure di fecondazione assistita

SC14 - Banca del seme pubblica in Calabria: nostra casistica

SC15 - Basso peso alla nascita associato a un più alto tasso di comorbidità gravi e peggioramento dei parametri seminali - risultati di uno studio cross-section in pazienti con infertilità primaria

SC16 - La separazione tra sala chirurgica e laboratorio di pma non sembra influenzare l'esito del recupero di spermatozoi in pazienti azoospermici sottoposti a microtesa. Esperienza di un centro pma di III° livello

SC17 - Indications to MicroTESE in NOA Patients**SC18 - Infertilità nell'ultra quarantenne: è indicata la correzione del varicocele in questi pazienti?****SC19 - Fenotipizzazione spermatica in pazienti con infezione hpv-correlata****SC20 - Correlazione tra la condensazione della cromatina degli spermatozoi e l'istologia testicolare in pazienti affetti da Azoospermia Non-Ostruttiva (NOA)****SC21 - Le anomalie epididimarie e delle vie seminali hanno un ruolo trascurabile nella fertilità dei pazienti con criptorchidismo****SC22 - Valutazione dell'impatto ambientale sull'integrità del DNA nemespermico mediante misurazione della proteina p53: dati preliminari (Progetto ECOFOODFERTILITY)****SC23 - MicroTESE con tecnica graduale: risultati preliminari****SC24 - Il ruolo della micro-TeSE nelle azoospermie persistenti dopo trattamento chemioterapico****10.00-10.45 SHORT COMMUNICATIONS - ANDROLOGIA CLINICA***Moderatori: C. Franzese - F. Scropo***SC25 - Può l'Eiaculazione Precoce rappresentare un fattore di rischio negativo per il recupero della funzione erettile dopo prostatectomia radicale?****SC26 - Sviluppo di un nomogramma in grado di predire la presenza di ipogonadismo nei pazienti con disfunzione erettile di nuova insorgenza****SC27 - L'osservanza delle misure di riduzione del rischio correlate alla prescrizione di Dapoxetina, mantiene bassa l'incidenza di TEAEs: risultati da un ampio studio osservazionale europeo****SC28 - Correlazione fra spessore intima-media dell'arteria cavernosa e risposta all'Alprostadiil intracavernoso (ICI-TEST) in corso di ecocolorDoppler penieno dinamico****SC29 - Erectile dysfunction in selected non diabetic and diabetic patients: a correlation using a proteomic approach****SC30 - I luts della fase di svuotamento vescicale impattano negativamente sulla funzione eiaculatoria - risultati di uno studio psicometrico condotto su pazienti al loro primo consulto medico per eiaculazione precoce****SC31 - Is postoperative doppler ultrasonography useful as a predictive factor in patients who have undergone radical prostatectomy?****SC32 - Incidenza di eventi avversi di interesse speciale(SSRI-class related) in pazienti con Eiaculazione Precoce trattati con Dapoxetina o trattamenti orali alternativi****SC33 - Vitamin D: evaluation in Patients with Erectile Dysfunction****SC34 - L'importanza del microcircolo nella valutazione della disfunzione erettile vasculogenica****SC35 - Recupero precoce della funzione sessuale in pazienti sottoposti a prostatectomia nerve-sparing robot-assistita con tecnica di dissezione del fascio vascolo-nervoso "a freddo" e clip-less: esperienza preliminare mono-centrica****SC36 - Calcificazioni prostatiche ed eiaculazione precoce: quale ruolo e quali evidenze?****10.45-11.30 SHORT COMMUNICATIONS - MISCELLANEA***Moderatori: L. Chiappetta - A. Maffucci***SC37 - La prevenzione andrologica inizia nelle scuole****SC38 - Effetti del trattamento del liquido seminale con MYO-inositolo in pazienti che presentano viscosità aumentata ed in pazienti con varicocele di II-III grado**

SC39 - La microarchitettura ossea vertebrale in maschi ipogonadici: uno studio del Trabecular Bone Score

SC40 - Modificazione della viscosità (determinata analiticamente) del plasma seminale e di parametri di stress ossidativo (ROS, IL-1, TNF-alfa, IL-6) in funzione della risposta all'antibiotico terapia in pazienti con prostatite cronica microbica

SC41 - Aspetti psicologici e sessuologici nei giovani pazienti affetti da complesso Estrofia Vescicale - Epispadia: differenze e similitudini tra sesso maschile e femminile

SC42 - La funzione orgasmica correla con i livelli di testosterone - risultati di uno studio trasversale in uomini affetti da disfunzione erettile

SC43 - Ipogonadismo in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica: trattamento con testosterone gel

SC44 - Connessione tra sintomi delle basse vie urinare secondari ad iperplasia prostatica benigna e sindrome metabolica: una review sistematica con meta-analisi

SC45 - Storia naturale dell'infezione da hpv nel maschio affetto da prostatite cronica: cosa dobbiamo aspettarci?

SC46 - Trattamento del lichen genitale con polidesossiribonucleotide (Placentex Integro)

SC47 - Sicurezza cardiovascolare di Dapoxetina in pazienti trattati per Eiaculazione Precoce: risultati di un ampio studio osservazionale europeo post-marketing

SC48 - L'estratto di polline associato a vitamine (Deprox 500) è in grado di ridurre le recidive sintomatiche in pazienti affetti da cp/cpps: risultati di uno studio prospettico di coorte

11.30-13.30 ASSEMBLEA DEI SOCI SIA

Conclusioni Congresso



ABSTRACTS

L'EXPO DELL'UOMO: L'ANDROLOGIA TRA MEDICINA E CULTURE

GOLDEN COMMUNICATIONS

GC01

TESE + ICSI IN PAZIENTI CON NEOPLASIA TESTICOLARE: MIGLIORE PROGNOSI DI RECUPERO DI SPERMATOZOI NEI PZ CON NEOPLASIA MALIGNA

Maria Chiara Greco¹, Filomena Scarselli¹, Mario Ciletta², Andrea Isidori², Mariagrazia Tarsitano², Maria Giulia Minasi¹, Giorgio Franco², Ermanno Greco¹

¹European Hospital, Roma; ²Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione e scopo del lavoro. Il nostro studio confronta in modo retrospettivo i risultati ottenuti nel recupero di spermatozoi con biopsia testicolare (TESE) per cicli di ICSI, in pazienti con neoplasie del testicolo germinali maligne (seminoma) o stromali benigne (leydigoma).

Materiali e metodi. Dal febbraio 2009 all'ottobre 2013 sono stati osservati 88 pazienti affetti da neoplasia testicolare. Quarantacinque di essi erano stati precedentemente operati o presentavano al momento un seminoma e 43 un leydigioma. Otto dei 45 pazienti con seminoma e 6 dei 43 pazienti con leydigioma sono stati sottoposti a recupero di spermatozoi (TESE, micro-TESE) per presenza di azoospermia o criptoospermia.

Risultati. Tutti i pazienti con seminoma sono stati sottoposti ad orchifunicolectomia e tutti quelli con leydigioma a tumorectomia organ-sparing. Degli 8 pazienti con seminoma, 6 hanno effettuato la TESE dal testicolo controlaterale e 2 dal testicolo affetto dalla neoplasia. In 7/8 casi (87.5%) sono stati recuperati spermatozoi. L'età media era 36.3 ± 5.40 , i livelli sierici di FSH 15.22 ± 9.76 e i livelli sierici di LH 7.4 ± 4.32 . I seminomi sono stati classificati in base al TNM-UICC-2002: 5 pazienti pT1 e 3 pazienti pT2. Le diagnosi istologiche sono risultate essere: 4 sindrome a sole cellule del Sertoli (SCOS), 2

gravi ipospermatogenesi e 2 arresti maturativi. Sono state ottenute 6 gravidanze in 12 trasferimenti embrionali (50%). Dei 6 pz. con Leydigoma, in 2 (33.3%) sono stati recuperati spermatozoi. La diagnosi istologica è stata in 3 pazienti sclerosi tubulare (sindrome di Klinefelter) e in 3 pazienti SCOS. L'età media era 39.1 ± 12.8 , i livelli sierici di FSH 25.6 ± 4.72 e i livelli sierici di LH 8.83 ± 7.10 . Su 2 trasferimenti embrionali si è ottenuta una gravidanza (50%).

Conclusioni. Dai nostri dati si evidenzia che i pazienti con tumore testicolare maligno (seminoma), hanno maggiore probabilità di recuperare spermatozoi rispetto ai pazienti con tumore benigno (Leydigoma). Infatti il danno spermatogenetico rilevabile nei pz. con seminoma appare meno grave rispetto ai pz. con leydigioma. Questa neoplasia è infatti più spesso associata a gravi condizioni di infertilità, causa di azoospermia o criptoospermia (S. Klinefelter, SCOS, arresto maturativo, etc.).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC02

CONFRONTO DELLA FUNZIONE SESSUALE IN PAZIENTI SOTTOPOSTE AD INTERVENTO DI RICOVERSIONE DEI CARATTERI SESSUALI IN SENSO ANDROGINOIDE MEDIANTE DUE DIFFERENTI TECNICHE CHIRURGICHE

Francesca Vedovo, Nicola Pavan, Gaetano Chiapparone, Michele Rizzo, Paolo Umari, Giovanni Chiriaco, Giovanni Liguori, Stefano Bucci, Carlo Trombetta
Clinica Urologica Ospedale di Cattinara, Trieste

Introduzione ed obiettivi. Studi clinici su donne biologicamente determinate hanno evidenziato che l'anorgasmia è più spesso associata a clitoridi di piccole

dimensioni, siti ad una distanza maggiore dalla cavità vaginale. Obiettivo di questo studio è stato quello di paragonare la funzione sessuale in pazienti sottoposte ad intervento di riconversione dei caratteri sessuali (RCS) in senso andro-ginoide (A-G) utilizzando la tecnica del bottone clitorideo posto a livello pubico (BCP) o la neoclitoridoplastica secondo Petrovic (NCP). La NCP è una tecnica che prevede l'inserimento del gettone neoclitorideo nell'ambito di una Y di mucosa uretrale sita tra le piccole labbra, quindi anatomicamente più adiacente alla cavità neovaginale.

Materiali e metodi. Previo colloquio telefonico, è stata inviata per via telematica la versione italiana validata del questionario FSFI (Female Sexual Function Index) a 40 pazienti sottoposte ad intervento di RCS in senso A-G tra il 2004 ed il 2014; 20 pazienti operate secondo la tecnica BCP e 20 sottoposte a NCP. In queste pazienti sono state considerate età attuale ed quella al momento dell'intervento.

Risultati. Delle 40 pazienti che hanno accettato di prendere parte allo Studio, 9 hanno completato il questionario FSFI: 7 pazienti sottoposte tra il 2013 ed il 2014 a (NCP) e 2 operate con la tecnica BCP rispettivamente nel 2005 e nel 2006. Età media attuale: 32 anni nelle pazienti con BCP vs 56 anni di quelle sottoposte a NCP. I risultati hanno evidenziato un valore medio di FSFI Total Score di 26.35 gruppo NCP vs 15.2 gruppo BC (range 2.0-36.0).

Conclusioni. Da questo studio è emerso che, anche nei soggetti sottoposti a RCS, la localizzazione del neoclitoride potrebbe essere considerata un parametro per valutare la funzione sessuale e che una riduzione della distanza tra neovagina e clitoride è associata ad una maggior soddisfazione sessuale. Consapevoli del limite costituito dall'esiguo numero di dati a nostra disposizione e della scarsa recettività delle pazienti riteniamo opportuno incrementare il campione di soggetti e revisionare la metodica di somministrazione del questionario FSFI.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC03

RESURFACING TOTALE DEL GLANDE (TGR) PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA IN SITU DEL GLANDE (CIS): TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI PRELIMINARI

Donato Dente¹, Antonio Salvaggio¹, Abgelo Cafarelli¹, Emanuele Cappa¹, Matteo Dandrea¹, Riccardo Schiavina², Angelo Porreca¹

¹U.O. di Urologia Robotica e Mininvasiva Policlinico, Abano Terme;

²Dip. di Urologia, Osp. S. Orsola Malpighi, Università di Bologna

Introduzione. La gestione del carcinoma in situ del pene (CIS) è ancora controversa vista la percentuale relativamente alta di recidive locali dopo chirurgia mininvasiva. L'obiettivo dello studio è quello di riportare i risultati della nostra esperienza in merito al trattamento del CIS con tecnica del totale glans resurfacing (TGR).

Materiali e metodi. Tra settembre 2012 e gennaio 2015, 11 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di TGR per CIS (diagnosticato con precedente biopsia del glande), definendo come indicazione alla tecnica la necessità di agire su > 50% del glande. Tutti i pazienti hanno avuto un followup clinico trimestrale per i primi 2 anni e successivamente semestrale (alcuni di questi pazienti non hanno ancora terminato il followup dei primi 2 aa). Sono stati valutati la percentuale di margini positivi, recidiva e di progressione, oltre a risultato estetico e soddisfazione del paziente.

Tecnica chirurgica. Il glande viene suddiviso in 4 quadranti virtuali e si procede alla rimozione dell'epitelio e del connettivo subepiteliale del glande e ricostruito mediante split skin graft di coscia.

Risultati. Il followup medio è stato di 12 mesi (2-29). In nessuno dei casi sono state registrate delle complicanze postoperatorie. L'esame istologico definitivo ha confermato la presenza di CIS con margini chirurgici negativi in 10 pazienti (90%) mentre in 1/11 (10%) è stata necessaria successiva glanssectomia (con ricostruzione mediante split skin graft) per malattia invasiva. In tutti i pazienti si è assistito un completo attecchimento del graft con un eccellente risultato estetico a distanza.

Conclusioni. La tecnica del glans resurfacing un trattamento sicuro, a basso rischio di recidiva ed efficace per il trattamento primario del CIS. I pazienti che vengono sottoposti a questo trattamento devono essere ben informati che, nonostante in circa il 28% dei casi è necessario un secondo intervento per sottostadiazione della malattia primaria, non c'è compromissione del controllo oncologico della malattia stessa. La procedura infine, permette la conservazione dell'aspetto estetico e della funzionalità del pene senza ad andare ad inficiare sui risultati oncologici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC04

URETROPLASTICA DI AMPLIAMENTO DORSO-LATERALE CON INNESTI SECONDO KULKARNY: RISULTATI A MEDIO TERMINE

Enzo Palminteri¹, Giovanni Battista Di Pierro², Elisa Berdondini¹, Giuseppina Cucchiarale¹, Gianluca Milan¹, Francesco Valentino¹, Pietro Grande², Giorgio Franco², Mirko Florio³, Ugo Ferrando¹

¹Centro di Chirurgia Uretrale, Clinica Cellini, Humanitas, Torino;

²Department of Obstetrics, Gynecology and Urology; Sapienza University, Rome, Italy; ³Department of Urology, Tor Vergata, University, Rome, Italy

Introduzione ed obiettivi. Riportiamo i risultati a medio termine sulla riparazione di stenosi uretrali anteriori trattate con la nuova tecnica di ampliamento dorso-laterale con innesti secondo Kulkarny.

Materiali e metodi. Tra il 2009 ed il 2013, abbiamo sottoposto ad uretroplastica di ampliamento con innesto dorso-laterale sec. Kulkarny, 69 pz (età media 50 aa) con stenosi dell'uretra anteriore: 11 pz con stenosi bul-

bare, 34 con stenosi peniena, 24 con stenosi peno-bulbare. L'eziologia della stenosi era sconosciuta in 22 pz (31.8%), da catetere in 19 (27.5%), traumatica in 2 (2.9%), lichen sclerosus in 8 (11.6%), iatrogenica in 13 (18.9%), ipospadia fallita in 5 (7.3%). Dei 69 pz, 12 (17.4%) non avevano subito precedenti trattamenti mentre 5 (7.3%) erano stati precedentemente sottoposti a dilatazioni, 9 (13%) ad uretrotomia interna, 5 (7.3%) ad uretroplastica, 38 (55%) a trattamenti multipli. La lunghezza media della stenosi era 5 cm (range 1-17). Dopo il distacco dorso-laterale dai corpi cavernosi da un solo lato, l'uretra è stata ampliata con innesti di mucosa buccale (MB) e/o cute peniena (CP) adagiati sui corpi cavernosi e preservando il supporto uretrale vascolare controlaterale. Gli innesti usati sono stati MB in 29 (42%) pz, CP in 38 (55%) pz, MB + CP in 2 (3%) pz. La MB è stata prelevata da una singola guancia in 25 (86%) casi, da entrambe le guancie in 4 (14%) casi. La lunghezza media dell'innesto è stata 6.1 cm (range 2.5-17). I risultati clinici sono stati considerati fallimento in caso di getto urinario ostruito oppure di necessità di qualsiasi ulteriore manovra postoperatoria, inclusa la dilatazione.

Risultati. Alla rimozione del catetere dopo 4 settimane in 7 (10%) casi la cistouretrografia minzionale ha evidenziato una fistola, guarita con una prolungata cate-terizzazione. Con un follow up medio di 30 mesi (range 12-51) abbiamo avuto 61 (88%) successi. Degli 8 (12%) insuccessi, 5 sono stati sottoposti ad uretrotomia derivativa, 3 sono in attesa di soluzione.

Conclusioni. La riparazione delle stenosi uretrali anteriori tramite ampliamento dorso-laterale con innesti secondo Kulkarny ha dimostrato nel followup a medio termine un'alta percentuale di successo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC05 URETROPLASTICA BULBARE CON DOPPIO INNESTO DORSALE PIÙ VENTRALE DI MUCOSA BUCCALE: RISULTATI A LUNGO TERMINE

Enzo Palminteri¹, Giovanni Battista Di Pierro², Elisa Berdondini¹, Giuseppina Cucchiarale¹, Gianluca Milan¹, Francesco Valentino¹, Gabriele Antonini², Giorgio Franco², Mirko Florio³, Ugo Ferrando¹

¹Centro di Chirurgia Uretrale, Clinica Cellini, Humanitas, Torino;

²Department of Obstetrics, Gynecology and Urology, Sapienza University, Rome, Italy; ³Department of Urology, Tor Vergata University, Rome, Italy

Introduzione ed obiettivi. Riportiamo i risultati a lungo termine sulla riparazione di stenosi bulbari strette trattate con la nuova tecnica di ampliamento con doppio innesto dorsale-ventrale di mucosa buccale (MB).

Materiali e metodi. Tra il 2002 ed il 2013, abbiamo sottoposto ad uretroplastica con doppio innesto dorsale-ventrale di MB, 166 pz (età media 40 aa) con stenosi dell'uretra bulbare stretta. L'eziologia della stenosi era sconosciuta in 118 pz (71%), da catetere in 32 (19,4%), traumatica in 7 (4,2%), infettiva in 2 (1.2%), iatrogeni-

ca in 7 (4,2%). Dei 166 pz, 39 (23,4%) non avevano subito precedenti trattamenti mentre 3 (2%) erano stati precedentemente sottoposti a dilatazioni, 64 (39%) ad uretrotomia interna, 2 (1%) ad uretroplastica, 58 (35%) a trattamenti multipli. Dopo essere stata aperta ventralmente, l'uretra stenotica è stata ampliata dorsalmente sec. Asopa con il primo innesto di MB; successivamente il canale è stato allargato ventralmente con il secondo innesto di MB. In 6 pz è stato effettuato un prelievo bilaterale di MB dalle guance, mentre in tutti gli altri un prelievo unico suddiviso poi in due parti. Il prelievo è stato di lunghezza media 5,7 cm (range 4-8) e larghezza media 1,8 cm (range 1-2,5). La lunghezza media dell'innesto dorsale è stata 2,25 (range 1-10), quella dell'innesto ventrale 4,12 (range 2-11). I risultati clinici sono stati considerati fallimento in caso di getto urinario ostruito oppure di necessità di qualsiasi ulteriore manovra postoperatoria, inclusa la dilatazione.

Risultati. Alla rimozione del catetere dopo 3 settimane in 9 (5%) casi la cistouretrografia minzionale ha evidenziato una fistola, guarita con una prolungata cate-terizzazione. Con un follow up medio di 65 mesi (range 12-144) abbiamo avuto 149 (90%) successi. Dei 17 (10%) insuccessi, 10 sono stati sottoposti ad uretrotomia, 4 a re-uretroplastica con MB e prepuzio, 3 a perineostomia.

Conclusioni. La nuova chirurgia uretrale è caratterizzata dal risparmio dei tessuti uretrali tramite ampliamento dorsale o ventrale del piatto uretrale stenotico preservato e non sezionato. Con un follow-up lungo, il doppio ampliamento uretrale con innesto dorsale-ventrale di MB ha dimostrato un'alta percentuale di successo nella riparazione delle stenosi bulbari strette.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC06 SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE WITH SMALL INTESTINAL SUBMUCOSA GRAFT PATCH

Marco Cosentino, Álvaro Vives, Josvany Sanchez, Maria Fernanda Peraza, David Moreno, Joaquim Sarquella
Andrology Department, Fundació Puigvert, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

Introduction. Peyronie's disease is a condition characterised by an inflammatory response and subsequent plaque formation in the tunica albuginea of the corpora cavernosa that results in a curvature of the penis and, in some cases, erectile dysfunction. While conservative management of PD is the treatment of choice during the acute phase, surgical correction of curvature represents the gold standard treatment for chronic disease. Plaque incision and grafting is the procedure of choice in patients with large plaques, severe curvature or a short penis because a further reduction in penile length subsequent to a plication procedure is unacceptable for these patients. Objective: to report our results using a porcine small intestinal submucosa graft (Surgisis® ES, Cook Medical, Bloomington, IN,

USA) for tunica albuginea substitution after plaque incision.

Materials and Methods. We retrospectively evaluated patients surgically treated at our institution for Peyronie's disease by means of plaque incision and porcine small intestinal submucosa grafting (Surgisis®) between 2009 and 2013. At the same time a literature review was conducted, searching for similar reports and results.

Results. forty-four patients were identified who had been diagnosed with PD between 2009 and the beginning of 2013 and had been treated with corporoplasty, plaque incision and grafting with Surgisis for a severe curvature of the penis. Curvature of the penis was dorsal in 40 patients (90%) and laterally on the right in four patients (10%). Mean duration of surgery was 165 min (range 90-200). The mean size of the graft was 6.5 cm² in 43 patients (98%) and the mean follow-up was 13.2 months (range 4-48).

Conclusion. in patients with severe curvature of the penis due to Peyronie's disease and the need for corporoplasty with plaque incision and graft placement, Surgisis® represents a good option with a low risk of complications, below the rate described with previously investigated graft tissues.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC07

VALORE PREDITTIVO DELL'AGOASPIRATO TESTICOLARE IN PAZIENTI AFFETTI DA VARICOCELE CLINICO

Carrino Maurizio, Pucci Luigi, Battaglia Gaetano, Chiancone Francesco, Persico Francesco, Fedelini Maurizio, Fedelini Paolo

A.O.R.N. A. Cardarelli - U.O.S.D. Andrologia Chirurgica, Napoli

Introduzione e obiettivi. Il varicocele è considerato la causa più comune di infertilità maschile. Non risulta chiara ancora la distinzione tra dispermia da varicocele e dispermia con varicocele". Lo studio morfologico preoperatorio con agoaspirato testicolare offre preziose informazioni sul danno tubulare alla diagnosi e sul suo utilizzo quale parametro predittivo di successo della terapia.

Materiali e metodi. Abbiamo rivalutato 1185 pazienti operati di varicocele sinistro per infertilità primaria dal gennaio 2004 al gennaio 2014. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo, almeno 2 esami del liquido seminale, test batteriologici, profilo ormonale ed ecocolordoppler testicolare. Sono stati esclusi i pazienti con altre potenziali cause di dispermia. In tutti i pazienti è stato eseguito, insieme al trattamento chirurgico, agoaspirato testicolare. È stato ripetuto esame clinico e del liquido seminale al terzo e sesto mese dall'intervento.

Il miglioramento dei parametri di numero, motilità e morfologia è stato valutato mediante analisi mista di covarianza e regressione lineare.

Risultati. In base ai parametri seminali al sesto mese

post-operatorio, i pazienti sono stati riclassificati in tre gruppi: Gruppo A (62,8%) = miglioramenti significativi ($p < 0.05$); Gruppo B (16%) = miglioramenti non significativo ($p > 0.05$); Gruppo C (21,2%) = stabili o peggiorati ($p > 0.05$). Per ciascun gruppo sono stati identificati i pattern citologici.

Gruppo A: la citologia appariva normale nel 35.4%. Nei restanti risultava prevalente il quadro dell'ipospERMATOGENESI lieve (50.6%) e media (14%).

Gruppo B: la morfologia testicolare è risultata normale nel 15%. Un quadro di ipospERMATOGENESI lieve/media è stato riscontrato nel 18,9% dei casi, e di ipospERMATOGENESI severa o arresto spermatidico nel 56.4%. Nel 9,7% è stato riscontrato un quadro di arresto maturativi precoce o Sertoli-only-parziale.

Gruppo C: la morfologia testicolare è risultata normale nello 0% dei casi. Nel 7% dei casi ipospERMATOGENESI severa; nell'87,4% arresto maturativo precoce; nel 5,6% dei casi è stata riscontrata una Sertoli-only parziale.

Conclusioni. Da questo studio è emerso il forte valore prognostico dell'agoaspirato testicolare in pazienti affetti da varicocele clinico. Dall'analisi morfo-citologica dell'agoaspirato è evidente l'elevato valore predittivo negativo del ritrovamento di arresto maturativo precoce o Sertoli-only parziale per la correzione chirurgica del varicocele.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

GC08

ANALISI DEGLI APLOTIPI DEL GENE DEL RECETTORE DEGLI ANDROGENI (AR) NEI PAZIENTI AFFETTI DA AZOOSPERMIA SECRETORIA

Elisa Galletto¹, Carlo Arduino², Massimiliano Timpano¹, Marco Falcone¹, Carlo Ceruti¹, Omidreza Sedigh¹, Mirko Preto¹, Mattia Sibona¹, Bruno Frea¹, Luigi Rolle¹
¹AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette - Clinica Urologica; ²AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette, Dipartimento di Genetica Medica

Introduzione. L'azoospermia secretoria è l'assenza di spermatozoi nel liquido seminale eiaculato per un difetto di produzione intrinseco testicolare. Le alterazioni nel gene del recettore degli androgeni (AR) causano insensibilità agli androgeni: in funzione del tipo e dell'entità delle alterazioni il quadro clinico potrà essere più o meno compromesso. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'importanza degli aplotipi del AR nell'eziologia dell'azoospermia secretoria.

Materiali e metodi. 39 pazienti (pz) affetti da azoospermia secretoria sono stati sottoposti a prelievi di parenchima testicolare (TeSE). Un frammento è stato sottoposto a processing per il recupero di spermatozoi. Un altro inviato in Anatomia Patologica per la diagnosi istologica. Tutti i pz hanno effettuato 2 prelievi di sangue periferico: uno utilizzato per lo screening ormonale (testosterone, FSH, LH); l'altro per l'analisi genetica. Ai fini dell'analisi statistica i pz, in base all'esame istologico, sono stati suddivisi in due gruppi: un grup-

po A (pz con quadro istologico di sindrome a sole cellule sertoli (SCOS) o arresto maturativo) ed un gruppo B (pz con quadro istologico di focale spermatogenesi conservata). Sono state quindi analizzate le correlazioni tra gli aplotipi del AR in rapporto: al quadro istologico, all'assetto ormonale, alla probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE.

Risultati. In 9 pz (12,9%) abbiamo evidenziato gli aplotipi HAP3 e HAP4, già noti in letteratura, la cui somma delle frequenze nei pz infertili è del 17,8%. In 21 pz (53,8%) abbiamo evidenziato HAP1. In 6 pz (15,4%) HAP2 mentre nei restanti pz abbiamo evidenziato aplotipi diversi. La correlazione dei dati genetici con i dati istologici e ormonali, ha mostrato che i pz del Gruppo A che presentavano HAP3 o HAP4, avevano una significativa diminuzione di iniezione di testosterone e un significativo aumento di iniezione di LH. I nostri dati non evidenziano una correlazione tra questi due aplotipi del gene AR e il retrieval rate di spermatozoi dopo biopsia testicolare.

Conclusioni. In base ai nostri risultati esiste una correlazione statisticamente significativa tra HAP3 e HAP4 e la presenza di un quadro endocrino maggiormente alterato nei pz con istologia più grave. Non essendoci correlazione tra la presenza di questi aplotipi del gene AR e il retrieval rate di spermatozoi dopo biopsia testicolare non è ipotizzabile utilizzare tali polimorfismi come markers di probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC09

PROSTATITE CRONICA BATTERICA DA GERMI ATIPICI: QUALE RUOLO PER L'UREAPLASMA PARVUM?

Tommaso Cai¹, Daniele Tiscione¹, Paolo Verze², Nicola Mondaini³, Gianni Malossini¹, Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Sandra Mazzoli⁴, Francesca Meacci⁴, Riccardo Bartoletti³

¹U.O. Multizonale di Urologia, Ospedale Santa Chiara, APSS, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli; ³Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ⁴Centro MTS, Ospedale Santa Maria Annunziata, ASL 10, Firenze

Introduzione. Recenti studi hanno evidenziato che nei pazienti identificati come affetti da CP/CPPS (classe III a e b della classificazione NIH) molto spesso si trovano microrganismi non evidenziabili con le comuni tecniche di microbiologia, oppure considerati come non patogeni. Scopo del presente lavoro è la valutazione microbiologica dei pazienti affetti da CP/CPPS, clinicamente confermata, al fine dell'identificazione di germi atipici considerati come non patogeni (*Ureaplasma urealyticum* ed *Ureaplasma parvum*).

Materiali e metodi. Tutti i pazienti afferenti al Centro MTS dell'Ospedale Santa Maria Annunziata nel periodo compreso tra Gennaio 2008 e Dicembre 2010 ed all'U.O. Urologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento nel periodo compreso tra Gennaio 2012 e Dicembre 2013, sono stati sottoposti ad indagini microbiologiche

standard e specifiche per la valutazione di *Ureaplasma urealyticum* ed *Ureaplasma parvum* tramite utilizzo comparativo di tecniche di PCR e coltura, in campioni provenienti da Test di Meares-Stamey.

Risultati. Sono stati esaminati 1.127 campioni biologici provenienti da 348 pazienti. *Ureaplasma species* sono state identificate in 74/348 (21.2%). In 8 casi è stata dimostrata una co-infezione con *Chlamydia trachomatis* (10.8%), mentre in 3 casi con HPV (4.1%). Per quanto riguarda invece la attribuzione di specie *Ureaplasma urealyticum*/*Ureaplasma parvum* abbiamo messo in evidenza la seguente distinzione: *Ureaplasma parvum* 46/74 (62.1%) mentre 28 (37.9) *Ureaplasma parvum*.

Conclusioni. Il presente studio dimostra come la prevalenza di *Ureaplasma species* è rilevante nei pazienti affetti da CP/CPPS e definiti, quindi, come 'abatterici'. Ad oggi, non sappiamo con sicurezza l'effettivo impatto etiopatogenico di tali patogeni nella genesi di questa patologia ma la loro elevata prevalenza non deve essere trascurata. Importante, quindi, richiedere al microbiologo di ricercare germi non tipici e non reperibili con le comuni metodiche al fine di caratterizzare meglio il paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC10

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI E TRATTI DI PERSONALITÀ: RISULTATI DEFINITIVI

Marco Silvaggi¹, Paolo Maria Michetti², Giorgio Franco², Roberta Rossi¹, Adele Fabrizi¹, Chiara Simonelli³

¹Istituto di Sessuologia Clinica, Roma; ²Sapienza Università di Roma, Dipartimento Urologia; ³Sapienza Università di Roma, Facoltà di Psicologia

Introduzione ed obiettivi. La relazione tra le DS, ed i tratti di personalità è stata scarsamente approfondita in letteratura. Scopo di questo lavoro è di verificare se vi siano dei profili di personalità più frequentemente associati alle principali disfunzioni sessuali maschili (DSM) con conseguenti ripercussioni sulla pratica clinica.

Materiali e metodi. A 182 uomini affetti da DE o EP di origine non organica è stato somministrato IIEF per DE e il Premature Ejaculation Severity Index (PESI) per EP, insieme ad EPQ-R, un questionario strutturato per la valutazione del profilo di personalità. Questo strumento si avvale di 5 scale corrispondenti a 5 aspetti della personalità più una di controllo.

Risultati. È emerso che nei soggetti con DE e/o EP, è presente in misura superiore alla popolazione di controllo (PdC) la dimensione di personalità definita Neuroticismo (N) con (1,837 p > 0,05) In particolare, nel sottogruppo dei soggetti con EP primaria, il valore di significatività era del 3,040 (p > 0,005), mentre nelle DE acquisite era del 1,676 (p > 0,050). Analizzando la relazione tra severità della diagnosi e tratti di personalità, è emerso come nei casi di EP, un alto punteggio nella scala dell'Estroversione (E), sia correlato alle dis-

funzioni più lievi (1,90 p > 0,05), mentre nel gruppo delle diagnosi più gravi, si riscontra un più alto punteggio nella scala N (2,27 P > 0,025). Nei casi di DE si è notato come la funzione erettile sia positivamente correlata in modo statisticamente significativo alla scala E e negativamente, anche se in modo non statisticamente significativo, ai valori di N. Questi dati sono risultati più accentuati per le DE acquisite (0,27 per E e -0,12 per N) mentre nei casi di DE primaria E è risultata più collegata alla soddisfazione nel rapporto e al desiderio, mentre N alla funzione orgasmica e alla soddisfazione in generale. Nei casi di EP, E è risultata sempre negativamente correlata alla gravità della disfunzione, mentre N lo era in modo positivo.

Conclusioni. I dati ci suggeriscono che, dietro alcuni fenomeni difficili da spiegare nel percorso di trattamento delle disfunzioni sessuali, come la scarsa compliance al farmaco o la farmaco-resistenza, possano esserci alcune componenti stabili come la struttura di personalità del paziente. In taluni casi sarebbe a nostro avviso importante, che l'andrologo possa avvalersi di un approccio integrato con lo psicossessuologo in modo da trattare i pazienti in modo olistico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC11

CHRONIC, LONG TERM ADMINISTRATION OF VARDENAFIL IMPROVES ENDOTHELIAL FUNCTION AND CORRECTS HYPOGONADISM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS. A LONGITUDINAL, PROSPECTIVE, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, DOUBLE BLIND, CLINICAL TRIAL

Daniele Santi¹, Alessandro Guidi¹, Antonio R.M. Granta¹, Elisa Pignatti², Anna Ansaloni¹, Serena Belli¹, Elda Kara¹, Silvia Vezzani¹, Laura Roli³, Tommaso Trenti³, Cesare Carani¹, Manuela Simoni¹

¹Unit of Endocrinology, Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ²Center for Genetic Research University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ³Laboratory of Endocrinology Azienda USL of Modena, NOCSAE, Italy

Background. Endothelial dysfunction leads to cardiovascular complications in type 2 diabetes mellitus (T2DM), through a reduction of nitric oxide (NO)-mediated relaxation. Phosphodiesterase-5 inhibitors (PDE5i) have hemodynamic effects, improving NO levels. AIM: To investigate if long term, chronic treatment with the PDE5i Vardenafil improves systemic endothelial function in men with T2DM. METHODS: A longitudinal, prospective, investigator-started, randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical-trial was carried out. 54 male patients affected by T2DM diagnosed within the last 5 years were enrolled. 26 and 28 patients were assigned by permuted block randomization to the verum and placebo-group, respectively. The study consisted of an enrollment phase, a treatment phase (24 weeks) (Vardenafil/placebo 10mg twice-daily), and a follow-up phase (24 weeks). Parameters

evaluated: International Index of Erectile Function (IIEF)-15, flow mediated dilation (FMD), intima media thickness (IMT), routine hematologic analyses. Serum testosterone (T) and its precursors were measured by liquid-chromatography tandem mass-spectrometry (LC-MS/MS). Gonadotropins were evaluated by ELISA. RESULTS: Only one serious adverse event was registered in the placebo group. The erectile function domain of IIEF-15 (p = 0.049) improved after treatment. At the end of the treatment phase FMD significantly increased (p = 0.002) while IMT (p = 0.003), fibrinogen (p = 0.005), white blood cells count (p = 0.018) and Red cells Distribution Width (p = 0.028) significantly decreased. FMD was significantly related to T serum levels (p = 0.002), which significantly improved after Vardenafil treatment only in hypogonadal men (T < 10.4 nmol/L) (p = 0.023), without changes in gonadotropin serum levels.

Smoking-habits, hypertension and glycemic control influenced the hemodynamic and inflammatory parameters.

Conclusions. This is the first double-blind, placebo-controlled clinical-trial in which T2DM men are chronically treated with Vardenafil for 6 months, and followed-up for 6 months after therapy-withdrawal. Chronically administered Vardenafil is safe and effective in T2DM patients and improves both tissue oxygenation and inflammatory markers, but this effect is lost after therapy withdrawal. For the first time, we demonstrate that chronic Vardenafil therapy improves T (measured by LC-MS/MS) in diabetic, hypogonadal men, an effect possibly due to improved microcirculation in the testis. [EudraCT number 2009-014137-25]

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC12

VARICOCELE IN INFERTILE MALES: WHEN IS SURGERY INDICATED?

Giovanni M. Colpi¹, Liborio Vaccalluzzo¹, Fiore Pelliccione¹, Mirco Castiglioni², Fabrizio M. Castiglioni³
¹ISES, Milano; ²CTO SCI Rehabilitation Unit, ICP, Milano; ³Urology Dept., A.O. Fondazione Macchi, Varese

Introduction and Aim. Varicocelectomy impact on semen quality is controversial mainly because clear selection criteria of patients to be submitted to surgery are still lacking. We considered the characteristics (and velocity) of spermatic vein reflux, detected by Color-Doppler Ultrasound (CDU), in order to find a criterion for selecting infertile men to be operated on, susceptible to really improve their semen quality.

Materials and Methods. Since 1983 our Group designed a prospective rigorous protocol study on infertile patients with varicocele, based on two preoperative semen analyses (basal and repeated 3 months later), a preoperative CDU in standing position to assess spermatic vein reflux, varicocelectomy, a postoperative CDU (1 month after surgery) for recurrency exclusion, and two postoperative semen analyses (15 and 24 weeks

after surgery respectively). All semen samples were analyzed in our Lab. according to the WHO criteria in force at that specific time, after 4-5 abstinence days, and volume, sperm concentration, forward motility and morphology were recorded. Based on CDU, venous reflux was classified as 'basal continuous' when, in standing position, a spontaneous reflux independent from respiration and increasing during Valsalva manoeuvre was registered (including its velocity), and 'basal intermittent', when in the same condition a discontinuous reflux synchronous with breath movements was documented. At the end, out of 1.775 infertile patients, 360 met all strict inclusion criteria and were considered for the study: 319 patients showed 'continuous' (group A), and 41 had 'intermittent reflux' (group B).

Results. Preoperatively, compared to group A, group B showed both higher sperm concentration ($p = 0.03$) and morphology ($p < 0.0001$) without differences regarding forward motility. After varicocelectomy, compared to the baseline, neither sperm concentration, nor motility, nor morphology significantly improved in the group B, whereas all sperm parameters improved significantly 15 and 24 weeks after varicocelectomy in the group A ($p < 0.0001$). The worse was the pre-op. semen quality, the higher (x folds) was its post-op. improvement.

Conclusions. Preop. semen parameters were found worst in infertile varicocele patients with basal continuous reflux, and varicocelectomy improved significantly sperm quality only in this group; based on our results, infertile patients with basal intermittent reflux should not be routinely submitted to varicocelectomy.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC13

LONG TERM EFFICACY OF LOW INTENSITY LINEAR FOCUSED SHOCKWAVE THERAPY FOR VASCULAR ERECTILE DYSFUNCTION PATIENTS: 20 MONTHS FOLLOW-UP

Antonio Casarico, Paolo Puppo

Casa di Cura Villa Montallegro, Genova, Italy

Objective. The current study evaluated how the therapy by a new device ('RENOVA', Initia Ltd, Israel) using low-intensity linear focused shockwave exerts effective and sustainable results at long term follow-up on patients who suffer from ED of vascular origin.

Materials and Methods. Patients had Vasculogenic ED for at least 6 months. 4 weekly SW (0.09mJ/mm²) sessions were delivered with a total of 20000 SW.

EF was evaluated by IIEF-EF, SEP, GAQ and EHS, at baseline and at 1, 3 and 6 months post treatment. Success required positive answer to all questionnaires.

24 pts (52% smokers, 26% diabetes, 58% dyslipidemia, 37% CVD and 47% hypertension) completed the treatment. Mean age was 62.58 (45-74) years and mean duration of their ED was 4.84(1-20) years. 75% were PDE5i responders. 14/19 patients who had a succes-

full result at 6 months FU were evaluable for long-term FU (15-21 months; mean 19.8 months).

Results. At 6 months FU overall 79% of patients achieved positive outcomes at all 4 evaluation questionnaires. 33% of the PDE5i non-responders (2/6) and 94% of the responders (17/18) achieved positive outcomes.

44,4% of the responders stopped using PDE5 inhibitors. 11/14 patients (78.5%) who had a successful result at 6 months FU, and were evaluable for long-term FU, maintained the advantage gained. 2 patients, PDE5i non responders, continued to respond to PDE5i. 9 patients, PDE5i responders, lost 5 points globally at IIEF; SEP and GAQ were unchanged; EHS was reduced from 4 to 3 in only 1 patient and was maintained at 4 in 4 patients. 5/9 patients had successful intercourses without PDEi.

Discussion and conclusion. The results demonstrate LISW as an alternative treatment for PDE5i non-responders and a potential mean to eliminate the need for PDE5 inhibitors. A growing number of men develops vascular ED. PDE5i, alprostadil, vacuum and prosthesis are symptomatic therapies. Medications are contraindicated in some conditions and may have side effects. LISWT, is a promising, minimally invasive therapy without side-effects that enhances neovascularization of the penis. Long-term FU shows that the vast majority of patients continues to maintain the advantage gained after 19,8 months. Further research is needed to determine if modifications in the treatment protocol could make the positive effect last longer and if an additional treatment could be useful for patients who did not have or lost a successful result from the treatment.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC14

PREGNANCY RATE DOPO SCLEROTIZZAZIONE ANTEROGRADA IN UNA COORTE DI PAZIENTI CON VARICOCELE CLINICAMENTE EVIDENTE, ALTERAZIONE DEI PARAMETRI SEMINALI ED INFERTILITÀ DI COPPIA

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

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette, Clinica Urologica

Introduzione ed obiettivi. L'infertilità di coppia è definita come impossibilità di ottenere una gravidanza spontanea dopo almeno un anno di rapporti sessuali mirati. Lo scopo del nostro studio è valutare la sicurezza e l'efficacia della sclerotizzazione anterograda in pazienti(pz) con varicocele clinicamente evidente, alterazione dei parametri seminali ed infertilità di coppia.

Materiali e metodi. Tra i 462 pz sottoposti a sclerotizzazione anterograda presso la nostra Divisione tra Gennaio 2005 e Dicembre 2012, abbiamo identificato 77 pz rispondenti ai seguenti criteri di inclusione: varicocele clinicamente evidente, alterazione dei parametri semi-

nali ed infertilità di coppia. Abbiamo escluso pz precedentemente affetti da altre patologie testicolari o privi di relazioni stabili o pz con partner affette da patologie potenzialmente responsabili di infertilità. In definitiva, abbiamo arruolato nello studio 48 pz

Risultati. Il tempo medio di follow-up è stato di 68,7 mesi. L'età media dei pz al momento dell'intervento era di 35,6 anni [30-47]. L'età media delle rispettive partner al momento del trattamento era di 32,2 anni [21-44]. Non sono state registrate complicanze intraoperatorie. Nessun caso di persistenza di malattia era stato osservato nel primo anno di follow-up. Al contrario, al momento della rivalutazione ambulatoriale sono stati scoperti 3 casi di varicocele recidivo (6,2%), ad un tempo medio dall'intervento di 87 mesi [78-94]. In tutti i pz non è stato riscontrato un miglioramento statisticamente significativo dei parametri seminali a 12 mesi dall'intervento chirurgico. Dei 45 pz privi di varicocele recidivo, 18 hanno ottenuto un concepimento spontaneo dopo l'intervento con successiva nascita di 23 'bambini in culla', i restanti 27 pz hanno fatto ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita ottenendo 18 concepimenti e 20 'bambini in culla' a 24 mesi dalla procedura chirurgica. L'analisi statistica multivariata condotta su età al trattamento, fumo, età della partner, grading del varicocele non ha rivelato differenze statisticamente significative nel tasso di concepimento.

Conclusioni. La reale efficacia della correzione del varicocele sull'infertilità da fattore maschile è oggi ancora motivo di controversia. I risultati depongono per una efficacia in termini di pregnancy rate e bambini in culla della sclerotizzazione anterograda in pazienti affetti da varicocele clinicamente evidente, alterazione dei parametri seminali ed infertilità di coppia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SHORT COMMUNICATIONS

SC01

TRATTAMENTO DELL'IPP MEDIANTE AC. JALURONICO: DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

Alessandro Zucchi¹, Giorgio Cavallini², Tommaso Cai³, Giovanni Liguori⁴, Mauro Silvani⁵, Giorgio Franco⁶, Vincenzo Favilla⁷, Marco Bitelli⁸, Gaetano De Grande⁹, Giuseppe Dachille¹⁰

¹Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia; ²Meditalia Sezione di Andrologia, Ferrara; ³Urologia, Ospedale Santa Chiara Trento; ⁴Clinica Urologica, Università di Trieste; ⁵Urologia, Ospedale 'degli Infermi' Biella; ⁶Urologia, Università 'La Sapienza', Roma; ⁷Clinica Urologica, Università di Catania; ⁸Urologia, Ospedale S. Sebastiano Frascati; ⁹Unità operativa complessa di urologia Ospedale Umberto I, Siracusa; ¹⁰Urologia, Ospedale San Giacomo di Monopoli; SE.R.I.A. GROUP (Section of Research in Andrology) of the Italian Society of Andrology)

Introduzione. Presentiamo il primo studio multicentrico prospettico non-randomizzato (studio pilota) riguar-

do l'utilizzo dell'acido ialuronico nel trattamento della Malattia di La Peyronie. Come end-point primari sono stati valutati la riduzione delle dimensioni della placca di fibrosi, del recurvatum e del quadro sintomatologico complessivo.

Materiali e metodi. Da dicembre 2012 a Marzo 2014 abbiamo sottoposto 30 pazienti affetti da Malattia di La Peyronie ad infiltrazioni intra-lesionali di ac. ialuronico (Sinovial[®] 0.8 % 16 mg/2 ml - IBASA). Tutti i pazienti presentavano sintomatologia dolorosa durante le erezioni ed almeno una placca era palpabile all'esame obiettivo. Una lieve disfunzione erettile era presente in 10 pazienti (33% con IIEF score < 21). La valutazione delle placche di fibrosi veniva effettuata mediante ecografia peniena in condizioni di flaccidità e dopo farmac-erezione. La condizione soggettiva del paziente veniva infine valutata mediante VAS scale e questionario PGI-I

Risultati. Ad un follow-up medio di 12 mesi le dimensioni della placca risultavano significativamente ridotte nel 67% dei casi ($p < 0.001$) e la curvatura era migliorata nel 55%. Solo in 3 casi c'è stata una progressione della curvatura. I risultati dell'IIEF e della VAS scale sono migliorati significativamente dopo il trattamento ($p = 0.001$; $p < 0.0001$). Il 76% dei pazienti ha comunque riportato un evidente miglioramento soggettivo al questionario PGI-I.

Conclusioni. Il ruolo dei differenti presidi farmacologici nella Malattia di La Peyronie deve ancora essere determinato. Questo studio dimostra come l'ac. ialuronico rappresenti oggi una valida alternativa nel trattamento farmacologico iniettivo per il trattamento della Malattia di La Peyronie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC02

RISULTATI A LUNGO TERMINE DELLA CHIRURGIA PER MALATTIA DI LA PEYRONIE: ANALISI RETROSPETTIVA MONOCENTRICA SU OLTRE 120 CASI

Carlo Ceruti¹, Mirko Preto¹, Massimiliano Timpano¹, Omidreza Sedigh¹, Marco Falcone¹, Claudia Filippini², Mattia Sibona¹, Marco Lasagna¹, Comisso Valentina¹, Bruno Frea¹, Luigi Rolle¹

¹AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette, Clinica Urologica; ²AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette, Dipartimento Discipline Chirurgiche, Statistica ed Epidemiologia

Introduzione. Pazienti (pz) affetti da malattia di La Peyronie (PD) possono giovare di un trattamento chirurgico protesico in caso di DE non responsiva, grave incurvamento o retrazione. Scopo del lavoro è confrontare gli outcome dei vari approcci chirurgici su una ampia casistica monocentrica con follow up a lungo termine.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati dati di 127 pz (età media 64.5, SD 11.6) affetti da PD e DE sottoposti a chirurgia dal 2004 al 2013. 54 pz (gruppo 1, incurvamento medio 47°) sono stati sottoposti a impianto

protesico con o senza modelling, 57pz (gruppo 2, incurvamento 67°) a chirurgia di placca di raddrizzamento, 16pz (gruppo 3, incurvamento 37.5°, lunghezza media 8,23cm) a intervento di allungamento con sliding technique. Valutazione preoperatoria: IPP-Questionnaire, IIEF, SEP. Valutazione postoperatoria: a 3,6 e 12 mesi visita, IIEF, EDITS, SEP2, SEP3 e domande "ad hoc" Statistica: T test, chi-square test(SAP). Protesi impiantate: AMS 700 in 79 casi, protesi malleabile o AMS Spectra in 28 casi, Virilis in 20 casi.

Risultati. 10 pz (7,8%) hanno riportato complicanze Clavien I (ematoma penieno, escara del glande); 1 pz è stato sottoposto a revisione chirurgica per cedimento apicale a 1 anno. Nessun pz ha dimostrato incurvamento recidivo. IPP-Q medio è sceso dal valore preoperatorio di 43.5 a 8.3 ($p < 0.05$); IIEF è salito da 37.2 a 48, 57, 62 (a 3, 6, 12 mesi, $p < 0.05$); EDITS è risultato 29, 36, 41 (a 3, 6, 12 mesi, $p < 0.05$).

In tabella alcune variabili divise per i 3 tipi di intervento (analisi univariata).

Variabile	Unità	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Signific.
Dolore postop.	VAS medio	3,4	4,5	4,5	ns
Ematoma	%	10	33	19	s
Lunghezza del pene	cm	11,2	11,6	11,5	ns
EDITS	Punteggio medio	41	40	48	s
SEP 2	% risposte positive	95	89	94	ns
SEP3	" "	74	76	94	ns
Giudica soddisfacente la lunghezza?		88	93	94	s
La QoL in generale è migliorata?		76	78	94	s
Rifarebbe l'intervento?		73	64	94	s
Miglioramento IIEF a 12'		25	23	35	s
Differenza media miglioramento IPP-Q		-34	-37	-32	ns

Discussione e conclusioni. 1) La chirurgia protesica per PD è sicura ed efficace.

2) I punteggi ai questionari migliorano nei mesi dopo l'intervento: una corretta valutazione va fatta non prima di 12 mesi.

3) Gli interventi più complessi, riservati a pz con situazioni di grave incurvamento e retrazione, si dimostrano sicuri, efficaci e con grado di soddisfazione addirittura maggiore degli interventi più semplici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC03

FALLOPASTICA DI ALLUNGAMENTO PENIENO

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

Dipartimento Di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

Introduzione. La sezione del legamento sospensore è ormai il procedimento chirurgico per il trattamento delle brevità peniene assolute. Una delle possibili complicanze è il riaccurciamento penieno da risaldataura dei margini di sezione del legamento. Da ormai 8 anni usiamo un dispositivo siliconico, di nostra ideazione,

detto appunto 'distanziatore pubo-cavernoso' che garantisce un ottimo risultato.

Materiali e metodi. Riassumiamo brevemente la tecnica di sezione del legamento sospensore.

Con il paziente in clinostatismo si effettua, a scelta, anestesia generale o locale senza ricorrere al cateterismo vescicale. L'incisione cutanea viene effettuata con tecnica V-Y o Z (da noi preferita) onde consentire il concomitante allungamento cutaneo al momento della sutura. Essa viene effettuata longitudinale di circa 2-3 centimetri nel punto medio dell'arco pubo-peniene. Preparati gli strati superficiali, si seziona il legamento sospensore. Riteniamo dettaglio tecnico importante il fatto di non allargare eccessivamente la sezione sui versanti laterali del legamento per la presenza dei prolungamenti dorsali dei muscoli ischio-cavernosi, la cui sezione completa potrebbe comportare problemi di tipo veno-occlusivo. Abbiamo modellato il 'distanziatore pubo cavernoso' utilizzando un parallelepipedo di silicone polimerizzato di consistenza duro-media conferendogli forma tronco-conica con due facce laterali concave. Una volta sezionato il legamento, le due concavità si adattano l'una al margine del versante pubico (fissata con punti in prolene 3-0), l'altra, a quello del versante cavernoso, occupando completamente lo spazio virtuale creatosi. Abbiamo inserito il dispositivo in undici pazienti con risultati eccellenti.

Risultati. Gli autori riportano i risultati di 74 pazienti sottoposti a tale intervento in otto anni di esperienza.

La necessità di permettere il maggiore distanziamento tra la faccia anteriore della sinfisi pubica ed i corpi cavernosi è a nostro avviso perfettamente ottenibile con l'uso di questo dispositivo. Esso, infatti presenta innumerevoli vantaggi: è di semplice modellamento; può essere adattato per questa sua estrema versatilità, a qualsiasi condizione anatomica si incontri; è agevole da fissare; è stabile nel tempo.

Conclusioni. Riteniamo pertanto, sulla scorta di quanto elencato, che l'uso di questa nuova tecnica possa finalmente garantire una seria ed affidabile prevenzione della recidiva locale con ottimi risultati estetici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC04

CONSIDERAZIONI CLINICHE SU 500 PROTESI PENIENE IMPIANTATE DALLO STESSO ANDROLOGO IN 30 ANNI

Diego Pozza¹, Mariangela Pozza¹, Marco Musy¹, Carlotta Pozza²

¹Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Roma; ²Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università Sapienza, Roma

Introduzione ed obiettivi. Vengono considerati i dati clinici relativi a 500 pazienti sottoposti ad impianti protesici penieni effettuati dallo stesso andrologo durante 30 anni di attività al fine di un confronto sulle problematiche meccaniche, mediche, infettive, chirurgiche e relazionali di tale soluzione del DE

Materiali e metodi. Dal 1984 al 2013, su 35.675 pazien-

ti afferiti al Centro di Andrologia, 7564 pazienti lamentavano DE. 500 maschi (20-86 anni), affetti da DE legato a varie patologie e non responsivi alle diverse modalità terapeutiche sono stati sottoposti ad impianto di Protesi Peniena. La procedura chirurgica è stata effettuata dallo stesso chirurgo (DP) in Case di Cura Private, utilizzando 182 protesi in silicone (74 ALMED Implantal, 34 SSDA-GIS, 30 Eurogest, 25 Small Carion, 19 Subrini), 180 malleabili (66 Mentor Acuform, 54 AMS600, 25 Jonas-Jacobi, 14 Vedise, 14 Omniphase, 6 Duraphase, 1 AMS Spectra), 18 idrauliche monocomponenti (10 AMS-Hydroflex, 8 AMS-Dynaflex) e 120 Idrauliche multicomponenti (38 Mentor Alpha I, 25 AMS-700CX, 20 Coloplast Titan, 17 Mentor MarkII, 14 AMS-700 Ultrex, 3 AMS-700LGX, 3 AMS-AMBICOR). I Pazienti sono stati seguiti nel tempo da un minimo di 1 mese ad un massimo di 20 anni.

Risultati. L'ospedalizzazione è durata in media 2,6 gg. dal 2000 la terapia antibiotica si è basata su Ciprofloxacina, Ceftriaxone, Gentamicina. Abbiamo avuto 22 complicazioni mediche (4 perforazioni cavernose, 16 emorragie, 2 incorretto posizionamento della pompa scrotale). Processi infettivi sono stati registrati in 15 casi (3%). In 6 casi abbiamo espantato la protesi. Una infezione purulenta è stata risolta con terapia locale. Estrusione apicale in 8/362 protesi semirigide. Abbiamo espantato 42/500 protesi (8,4%) delle quali 6 (1,6%) semirigide e 14 (77,7%) idrauliche monocomponenti, 22 (18,3%) idrauliche multicomponenti. In 3 pazienti abbiamo impiantato 3 protesi in 5 anni. Un paziente di 48 anni ha avuto 4 protesi peniene.

Conclusioni. La chirurgia protesica non richiede per la sua effettuazione strutture sanitarie complesse. Non appaiono esistere limiti di età per tale soluzione del DE. Il tasso di complicità appare in linea con i dati della letteratura- Il tasso di gratificazione appare molto elevato. La accettabilità da parte delle partners è soddisfacente con rari casi di ostilità o rifiuto. Al di là delle problematiche legate ai costi ed alla facilità di utilizzo del SSN la chirurgia protesica appare mantenere la sua validità ed efficacia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC05

LA IDROELETTROFORESI NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE

Carlo Maretti¹, Giorgio Cavallini²

¹Centro Medico CIRM; Piacenza; ²Unità Andrologica, Ginepro Medical, Bologna

Introduzione. Obiettivo di tale studio è stato valutare la efficacia clinica e la tollerabilità alla somministrazione di desametasone e/o verapamil, attraverso l'idroelettroforesi (ID) in pazienti (pz) maschi affetti da malattia di La Peyronie (MP). La ID è una tecnica di trasporto trans-tissutale che agisce in maniera selettiva, veicolando i vari principi attivi fino alla sede della lesione, con precisione di traiettoria, senza interferenze e lasciando la cute integra.

Materiali e metodi. Lo studio pilota randomizzato, effettuato nell'anno 2014, ha coinvolto un numero di 30 pz di sesso maschile, d'età compresa fra i 30 e i 45 anni (età media 39 anni), affetti da MP da almeno 6 mesi, mai trattata e con sole placche fibrotiche. Oltre all'esame obiettivo e agli esami ematochimici, lo studio includeva la valutazione dell'intensità del dolore (VAS) la sintomatologia sessuale valutata con l'IIEF-5. Tutti i pz sono stati controllati prima e dopo lo studio con ecografia peniena dinamica attraverso una misurazione tridimensionale ((a)lunghezza, (b)larghezza, (c)spessore) e dove il grado d'incurvamento è stato misurato con il goniometro. Tutti i soggetti presentavano placche di dimensioni(a,b) < 1,8 cm, di cui 6 di essi con due placche fibrose, mentre lo spessore(c)era = 0,5 cm. I 30 pz sono stati trattati farmacologicamente con 1 fl. di desametasone fosfato sodico 2 ml/8 mg (gruppo A 9 p) o con 1 fl. di Verapamil cloridrato 5 mg/2 ml (gruppo B 11 p) oppure in associazione (gruppo C 10 p), con sedute di 20 min secondo uno schema random, attraverso la ID per due volte alla settimana per 6 settimane consecutive. La ID è una tecnica di trasporto trans-tissutale di principi attivi che dopo essere stati miscelati ad un gel veicolante contenuto in uno speciale dispenser con sonda, attraverso una corrente sinusoidale alternata polarizzate, trasporta il farmaco sia in forma ionica che molecolare.

Risultati. 13 pz riferivano dolore in fase erettiva prima del trattamento (VAS medio 4), che nel 100% si è completamente risolto entro le prime 2 applicazioni. Ecograficamente le placche sono risultate ridotte in 18/30 soggetti (60%), mentre in 3 pz del gruppo B sono scomparse completamente (10%) e in 6 pz del gruppo A sono risultate invariate. Il grado di curvatura è migliorato sia nei soggetti del gruppo B e C. Lo score IIEF-5 è passato da una media di 15 prima, a 21 dopo il trattamento.

Conclusioni. la somministrazione di farmaci con la ID nella MP sembra dare buoni risultati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC06

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

Davide Arcaniolo¹, Paolo Verze², Roberto La Rocca², Vincenzo Viscusi², Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone²

¹A.O.R.N. S.G. Moscati, Dipartimento di Urologia, Avellino; ²U.O.C. Urologia, AOU Federico II, Napoli

Obiettivi. Obiettivo primario di questo studio è quello di valutare l'impatto del trattamento conservativo combinato, farmacologico e fisico, sulla riduzione della richiesta di intervento chirurgico nei pazienti affetti da Malattia di La Peyronie (PD).

Materiali e metodi. Dal Giugno 2011 al Giugno 2014 sono stati arruolati 80 pazienti in seguito a visita ambulatoriale presso la nostra struttura con diagnosi clinica ed ecografica di PD da < 12 mesi e concomitante presenza

di Disfunzione Erettile (IIEF-5 < 22), erezione dolorosa (VAS score = 5 – range 0-10) e presenza di recurvatum = 30°. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi (1:1). 40 sono stati trattati con un ciclo di ESWT una volta a settimana per 4 settimane in combinazione con Tadalafil 5 mg giornaliero per 12 settimane e Paraminobenzoato di potassio 12 g/die per 20 giorni al mese per tre mesi (gruppo A). Altri 40 pazienti non hanno ricevuto alcun trattamento (gruppo B). I pazienti sono stati valutati al baseline, a 12 settimane e 24 settimane per funzione erettile (FE), dimensioni della placca (DP), grado di curvatura (GC), dolore e qualità di vita. A 24 settimane dall'inizio del trattamento è stata valutata l'intenzione del paziente di sottoporsi ad intervento chirurgico.

Risultati. Al baseline non sono riscontrabili differenze significative tra i due gruppi. Dopo 12 settimane VAS, IIEF-5 e QoL appaiono migliorati nel gruppo A, con differenze significative tra i due gruppi. La DP il GC sono invariati nei due gruppi. A 24 settimane, IIEF-5 e QoL sono significativamente più elevati nel gruppo A rispetto al baseline ed al gruppo B, ove non si registra una modifica significativa rispetto al baseline per la FE. Il VAS a 24 settimane risulta significativamente inferiore nel gruppo A rispetto alla baseline, a 12 settimane e rispetto al gruppo B. La DP ed il GC sono significativamente maggiori nel gruppo B rispetto al baseline e rispetto al gruppo A. La richiesta di sottoporsi ad intervento chirurgico è stata formulata da 15 su 40 pazienti (37,5%) nel gruppo A e da 26 su 40 pazienti (65%) nel gruppo B. La differenza tra i due gruppi è risultata statisticamente significativa ($p < 0.005$ - OR: 0.3)

Conclusioni. Nei pazienti con PD sintomatica, il trattamento conservativo attivo con ESWT in combinazione con terapia farmacologica a base di Potaba® e Tadalafil 5 mg è in grado di stabilizzare la malattia e di determinare una minore richiesta di intervento chirurgico a lungo termine da parte dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC07

EMBOZZAZIONE ARTERIOSA PROSTATICA VS. ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE: ANALISI MATCHED-PAIRED DEGLI OUTCOME FUNZIONALI, COMPLICANZE ED EFFETTI AVVERSI SULLA SFERA SESSUALE AD 1 ANNO DI FOLLOW-UP

Vincenzo Favilla¹, Giorgio Ivan Russo¹, Salvatore Privitera¹, Dmitry Kurbatov³, Salvatore Sansalone², Costanza Salamone¹, Livio Fiorino¹, Sebastiano Cimino¹, Giuseppe Morgia¹

¹Clinica Urologica, Università degli Studi di Catania; ²Dipartimento di Medicina sperimentale e chirurgia, Università Tor Vergata, Roma; ³Dipartimento di Andrologia ed Urologia, Mosca, Russia

Introduzione ed obiettivi. Il trattamento chirurgico dell'Ostruzione Cervico-Uretrale (OCU) secondaria ad Iperplasia Prostatica Benigna (IPB) per volumi prostatici = 80 cc è radicalmente cambiato, passando dalla tradizionale adenomectomia prostatica transvescicale (ATV) a tecniche chirurgiche sempre più mini-invasive come l'e-

nucleazione laser fino alla recente embolizzazione arteriosa prostatica (PAE). Al fine di stabilire l'efficacia della PAE, abbiamo condotto un'analisi match-paired degli outcome funzionali e delle complicanze ad 1 anno di follow-up in pazienti sottoposti rispettivamente ad ATV o PAE.

Materiali e metodi. Da Gennaio 2006 a Gennaio 2013, abbiamo analizzato i dati di 287 pazienti affetti da OCU secondaria ad IPB. È stato eseguito un confronto 1:1 utilizzando le variabili età, BMI, PSA, volume prostatico (PV), picco di flusso (PF), residuo post-minzionale (RPM) ed IPSS, includendo 80 pazienti sottoposti ad ATV ed 80 sottoposti a PAE. End-point primari dello studio riguardavano il confronto di IPSS, IIEF-5, PF, RPM e IPSS-QoL ad un anno di follow-up. End-point secondari riguardavano il confronto dell'emoglobina (Hb) post-operatoria, la durata della cateterizzazione, dell'ospedalizzazione e le relative complicanze o effetti avversi sulla sfera sessuale.

Risultati. Il confronto match-paired ha dimostrato valori più bassi di IPSS (5 vs. 9), RPM (0 vs 20), PSA (0,89 vs 2,1), IPSS-QoL (0 vs 3) ed IIEF-5 (14 vs 15) ad un anno di follow-up nel gruppo trattato con ATV. Abbiamo riscontrato valori più alti di Hb post-operatoria (14.4 vs 11) e valori più bassi di ospedalizzazione (2 giorni vs 9) e cateterizzazione (0 giorni vs 7) nel gruppo trattato con PAE. La regressione logistica multivariata ha evidenziato la persistenza di sintomi urinari (IPSS = 8) e di bassi PF (PF = 15 ml/s) nel gruppo sottoposto a PAE. L'impatto negativo sull'ejaculazione è risultato maggiore nel gruppo trattato con ATV (78%) rispetto a quello sottoposto a PAE (10%).

Conclusioni. La PAE si associa ad una riduzione del tempo di cateterizzazione, di ospedalizzazione e di complicanze rispetto all'ATV con minore impatto sulla sfera sessuale. Questa tecnica, tuttavia, risulta meno efficace rispetto all'ATV in termini di persistenza di sintomi urinari (IPSS = 8) e a bassi PF (PF = 15 ml/s). È possibile proporre la PAE a pazienti ben selezionati, con elevate comorbidità o elevato rischio operatorio e/o a coloro che vogliono espressamente preservare la funzione sessuale ed ejaculatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC08

TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO DEL LICHEN SCLEROSUS DEL GLANDE MEDIANTE ASPORTAZIONE DELLA MUCOSA E "RESURFACING" CON INNESTO AUTOLOGO: RISULTATI FUNZIONALI E SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

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

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette, Clinica Urologica

Obiettivo. Il lichen sclerosus (LS) del glande è una condizione infiammatoria cronica che spesso si associa a displasia epiteliale o carcinoma in situ. Recentemen-

te è stata proposta l'asportazione in toto della mucosa e 'resurfacing' on innesto autologo. L'obiettivo del nostro studio è di valutare gli outcomes funzionali e la soddisfazione dei pazienti (pz)

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato prospetticamente 10 pz affetti da LS severo del glande afferiti alla nostra divisione da Gennaio 2012 al Giugno 2014. Tutti i pz sono stati inoltre sottoposti a biopsia escissionale che ha evidenziato nel 70% dei casi LS e nel 30% displasia epiteliale/carcinomaspinocellulare in situ. I pz sono stati sottoposti ad intervento di asportazione della mucosa del glande e 'resurfacing' con innesto autologo di cute. In tutti i pz è stato richiesto un esame al congelatore del letto di resezione. Abbiamo valutato la soddisfazione generale dei pz con domande 'ad hoc' ed l'impatto sulla qualità di vita sessuale mediante IIEF e SEP 2-3 a 3,6 e 9 mesi

Risultati. L'età media dei pz al momento del trattamento era di 65,5 anni [46-79]. Il punteggio IIEF medio pre-operatorio era pari a 49/75. SEP 2 e SEP 3 risultavano positive rispettivamente nel 80% e nel 60% dei casi. Non sono state registrate complicanze chirurgiche. Il follow-up medio è di 9 mesi. Il patch cutaneo risulta essere trofico e con ottimo risultato estetico. Il referto istologico ha confermato il quadro diagnostico delle biopsie postoperatorie nel 100% dei casi. Il 60% dei pz si è dimostrato soddisfatto del trattamento ricevuto ed il 40% pienamente soddisfatto. Tutti i pz hanno riferito di consigliare ad un amico lo stesso trattamento per il LS. Il valore medio di IIEF postoperatorio è risultato pari a 54/75 dimostrando un incremento rispetto alla condizione preoperatoria seppur non statisticamente significativo. In riferimento a SEP 2 e SEP 3 dopo la procedura chirurgica le percentuali di risposta positiva registrate sono state dell'80% per entrambe.

Conclusioni. Nei pz affetti da LS genitale severo, l'intervento di resurfacing con graft autologo del glande, risulta sicuro e scevro da complicanze chirurgiche importanti. Inoltre garantisce degli ottimi risultati funzionali ed elevati tassi di soddisfazione da parte dei pz. In virtù del buon risultato estetico ottenuto e dell'assenza di significative complicanze chirurgiche, il trattamento risulta essere ben tollerato e in grado di garantire elevati livelli di soddisfazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC09

CHIRURGIA MININVASIVA NELLA CORREZIONE DEGLI INCURVAMENTI PENIENI

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

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

Scopo del lavoro. Le corporoplastiche di raddrizzamento penieno prevedono l'allungamento del lato corto o accorciamento del lato lungo. La prima tecnica descritta è stat quella di Nesbit.

Gli autori descrivono una tecnica di plicatura effettua-

ta in anestesia locale e valutano i risultati e grado di soddisfazione a distanza.

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

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

Discussione. Questa variante di plicatura a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace, i tempi operatori sono molto ridotti così come la convalescenza post operatoria. Gli innovativi accessi chirurgici inoltre non lasciano cicatrici visibili ne inestetismi.

Conclusioni. La tecnica descritta effettuata in Day-Hospital permette di ridurre notevolmente i costi con tempi di guarigione ridotti. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica. La tecnica non modifica la qualità dell'erezione né la sensibilità peniena non effettuando come accesso chirurgico la circonscione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC10

LA VALORIZZAZIONE SIA DELL'OPZIONE PROTESICA PENIENA: IL REGISTRO ITALIANO DI IMPLANTOLOGIA PROTESICA ED IL SITO ISTITUZIONALE DIVULGATIVO www.androprotesi.it

Edoardo S. Pescatori¹, Giorgio Franco², Enrico Caraceni³, Fulvio Colombo⁴, Federico Deho⁵

¹Hesperia Hospital, Modena; ²Policlinico Umberto I, Roma; ³Area Vasta 3, Civitanova Marche; ⁴Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna; ⁵San Raffaele, Milano

Introduzione ed obiettivi In Italia i pazienti con deficit erettile (DE) grave hanno un accesso limitato alla chirurgia protesica peniena.

La Società Italiana di Andrologia (SIA) ha elaborato una strategia mirata alla valorizzazione della opzione protesica mediante la realizzazione del primo Registro

Nazionale di implantologia peniena, e del sito Istituzionale divulgativo www.androprotesi.it.

Materiali e metodi. Il Registro Italiano 'INSIST-ED REGISTRY' (Italian Nationwide Systematic Inventarisation of Surgical Treatment for ED) è prospettico, per tutti i modelli di protesi peniena, aperto a tutti i chirurghi impiantatori operanti in Italia. Gli aderenti accettano di fornire dati su paziente, protesi, procedura chirurgica, risultati, follow-up, per primi impianti e revisioni, nella tutela dell'anonimato dei pazienti. Scopi principali del Registro sono produrre dati affidabili sulla dimensione dell'implantologia in Italia e definire l'impatto della protesi sulla qualità di vita ad un anno f.u. mediante questionario dedicato (Caraceni, Utizi: J Sex Med 2014; 11:1005). Il sito Istituzionale divulgativo www.androprotesi.it è dedicato all'informazione alla popolazione generale dell'opzione protesica peniena, con la credibilità derivante dalla Società Scientifica SIA (i materiali presenti nel sito sono preliminarmente approvati da un Board designato ad hoc da SIA: gli Autori di questa comunicazione). Solo i chirurghi impiantatori aderenti al Registro hanno titolo ad essere presenti nel sito divulgativo con propri contributi.

Risultati. Il Registro è stato ufficialmente lanciato nel Dicembre 2014. Ad inizio Marzo: 24 chirurghi hanno aderito e 34 impianti sono stati inseriti nel relativo database. La nostra strategia inclusiva appare promettente per il coinvolgimento nel progetto Registro della maggior parte dei chirurghi impiantatori operanti in Italia.

Conclusioni. Il Registro Italiano di implantologia protesica rappresenta la prima esperienza in tal senso a livello Internazionale. Il Registro sta producendo risposte positive sia tra gli Impiantatori che tra le Aziende del settore. Ci attendiamo che l'elaborazione dei dati del Registro fornisca informazioni robuste sia sulla dimensione dell'implantologia protesica in Italia, sia sull'impatto che le protesi peniene hanno sulla qualità di vita dei pazienti ricipienti. Nel contempo stiamo perseguendo una corretta divulgazione dell'opzione protesica peniena alla popolazione tramite il sito Istituzionale www.androprotesi.it.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Si

Liberales: AMS e Coloplast

SC11

LA PROTESI TESTICOLARE DOPO ORCHIECTOMIA PER CANCRO DEL TESTICOLO PUÒ ESSERE CAUSA DI DISFUNZIONI SESSUALI? ANALISI DELLA NOSTRA CASISTICA OPERATORIA

Massimo Polito, Francesco Catanzariti, Emanuele Principi, Ubaldo Cantoro, Giovanni Muzzonigro
Clinica Urologica - UNIVPM - AA.OO.RR. Torrette, Ancona

Introduzione ed obiettivi. La maggior parte dei lavori in letteratura sull'impianto di protesi testicolari dopo orchietomia per cancro del testicolo, analizzano la soddisfazione del paziente solo dal punto di vista estetico (dimensioni, consistenza, posizione, peso) senza analizzare l'impatto che una protesi testicolare può determina-

re sulla sfera sessuale di questi pazienti (l'imbarazzo e la perdita di autostima che può generare come retaggio del percorso chirurgico e medico effettuato). Nel nostro lavoro abbiamo analizzato il grado di soddisfazione del paziente riguardo l'attività sessuale dopo l'impianto di protesi testicolare utilizzando questionari validati con lo scopo di scoprire se la protesi testicolare possa essere responsabile di disfunzioni sessuali (deficit erettile o disfunzioni eiaculatorie).

Materiali e metodi. da gennaio 2007 a giugno 2014 presso la nostra Unità Operativa abbiamo effettuato 95 orchietomie per k del testicolo ed in 66 casi si è provveduto anche a contestuale posizionamento di protesi testicolare in silicone. Tra i pazienti con protesi testicolare 48 hanno dato consenso a sottoporsi telefonicamente ai due maggiori questionari validati presenti in letteratura relativi alla disfunzione erettile e alla eiaculazione precoce: l'Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5) ed il Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT). Entrambi i questionari sono stati compilati in relazione sia alla attività sessuale precedente all'intervento che a quella successiva onde poter confrontare i punteggi ottenuti. La volumetria delle protesi si era studiata ecograficamente.

Risultati. I questionari non hanno evidenziato differenze statisticamente significative sia per quanto riguarda i punteggi relativi all'IIEF-5 pre e post operatori ($p > 0,05$), sia per quanto concerne i punteggi relativi al PEDT pre e post operatori ($p > 0,05$). Per quanto riguarda la disfunzione erettile si è assistito ad un decremento medio di punteggio di 0,6 (da un punteggio medio di 22,8 ad uno di 22,2). Per quanto concerne l'eiaculazione precoce ad un incremento medio di 0,7 (da un punteggio medio di 7,7 ad uno di 8,4).

Conclusioni. Tale studio, seppur preliminare e retrospettivo e con un limitato numero di pazienti analizzati, dimostra come la presenza di una protesi testicolare in silicone oltre ad avere una comprovata sicurezza e accettazione da parte del paziente, dal punto di vista estetico e funzionale non determina mai una disfunzione erettile e/o eiaculatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC12

TECNICA ORIGINALE DI CORPOROPLASTICA CON PLASTICA Z NEL TRATTAMENTO DEL RECURVATUM PENIENO DA INDURATIO PENIS PLASTICA: RISULTATI CON FOLLOW UP OLTRE 12 MESI

Andrea Moiso^{1,2}, Diego Rosso^{1,2}, Patrizio Polledro¹

¹SC Urologia, ASLCNI, Savigliano (CN); ²Centro di Andrologia e Chirurgia Genitale Maschile, SC Urologia, ASLCNI, Savigliano (CN)

Introduzione e obiettivi. Tecnica originale, razionale e risultati con Follow Up (FU) oltre 12 mesi della corporoplastica di allungamento albugineo a Z senza uso di graft nel trattamento dell'incurvamento penieno da Induratio Penis Plastica (IPP) stabilizzata senza Deficit Erettile (DE).

Materiali e metodi. Campione: 10 pazienti affetti da IPP in fase stabilizzata da minimo 6 mesi, età > 18 anni, assenza di DE alla diagnosi (IIEF-5 > 21; EHS = > 3), curvatura peniena = > 60° rilevata mediante autografia ed ecocolorDoppler dinamico.

Razionale. ottenere un raddrizzamento funzionale del pene evitando la comparsa di DE secondario quale principale complicanza funzionale delle classiche tecniche lengthening che ricorrono all'impiego di graft (autologhi/eterologhi).

Tecnica chirurgica. deglooving completo del pene, apertura bilaterale della fascia di Buck ed isolamento del fascio vasculo-nervoso dorsale; erezione idraulica per definire il punto di massima trazione della placca di IPP, incisione a Z della placca e trasposizione dei triangoli di albuginea con riconfigurazione in allungamento mediante sutura 4/0 a medio riassorbimento; nuova erezione idraulica a verifica della completa risoluzione della curvatura.

Parametri osservati. tempo operatorio, complicanze intra e post-operatorie, IIEF-5, DE post-operatorio, soddisfazione soggettiva post-operatoria (1). Controlli a 3, 6, 12 e 15 mesi.

(1) Q1 soddisfazione complessiva: 1.completamente soddisfatto; 2.parziale; 3.scarsa; 4.completamente insoddisfatto – Q2 'Ripeterebbe la procedura?' si/no – Q3 'Consiglierebbe la procedura?' si/no

Risultati. Valori medi di età, angolo di curvatura, diametro longitudinale della placca, IIEF-5 e EHS pre-operatori e tempo operatorio pari a: 56.4 anni; 67.7°; 24.3 mm; 22.9 e 3.7; 142 minuti. FU medio 13.1 mesi (range 3-21, 9 pazienti con FU oltre 6 mesi, elegibili per valutazione). Risoluzione funzionale della curvatura in tutti i pazienti, assenza di DE residuo con IIEF-5 e EHS medi post-operatori pari a 22.9 e 3.5; tutti i pazienti sono pienamente soddisfatti (Q1), ripeterebbero la procedura (Q2) e/o la consiglierebbero (Q3). 4 pazienti su 9 riferiscono ipoestesia del glande sino a 6 mesi dall'intervento.

Conclusioni. La corporoplastica con allungamento a Z senza uso di graft sembra essere funzionale per la soluzione dell'incurvamento penieno da IPP, ben tollerata e con ottimi risultati specie evitando la comparsa di DE quale principale esito funzionale nella chirurgia lengthening della IPP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC13

VALUTAZIONE DEI RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PROSPETTICO SULL'EFFICACIA DELL'AGOASPIRATO TESTICOLARE NEL RECUPERO DI SEME "FRESCO" PER PROCEDURE DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Arrighi Nicola¹, Danilo Zani², Paola Telò³, Marcella Moretti³, MariaLuisa Farinelli³, Jehona Bilali³, Gabriella Loda¹, Carlo Gastaldi¹

¹Unità di Urologia, 'Città di Brescia', Gruppo San Donato, Brescia;

²Unità di Urologia, 'Città di Brescia', Gruppo San Donato, Brescia,

³Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Brescia; ³Unità di Ginecologia, 'Città di Brescia', Gruppo San Donato, Brescia

Introduzione ed obiettivi. Nei casi di azoospermia ostruttiva o aneiaculazione, diverse metodiche di recupero degli spermatozoi sono possibili per procedere ad ICSI. TESE e Micro-TESE sono molto utilizzate, sono complesse, richiedono tempo. Prevedendo accesso alla sala operatoria, sono costose. L'aspirazione testicolare (TeSA) è più semplice, ma dibattuta, con necessità di più accessi per recuperare materiale sufficiente per procedere ad ICSI. Questo è uno studio prospettico, di cui presentiamo i risultati preliminari, sull'efficacia della TeSA per il recupero degli spermatozoi per uso 'a fresco'.

Materiali e metodi. Dal 9/13 al 12/14 18 pazienti (età media: 42.5, mediana: 41) con AO (14) o aneiaculazione (4) sono stati sottoposti a TeSA ed utilizzo del materiale ottenuto per procedure di ICSI. La procedura è stata eseguita in ambulatorialmente L'anestesia ha richiesto l'uso del Etil-Cloruro. L'aspirazione è stata eseguita mediante 'ago-butterfly' 21G e siringa da 50cc. Il materiale ottenuto è stato sospeso in medium per coltura quindi utilizzato per le procedure di ICSI. La procedura è stata ripetuta fino a raggiungimento di un quantitativo sufficiente di gameti. Il dolore nel corso della procedura ed a 5 minuti è stato valutato mediante VAS. Le complicanze sono state valutate mediante Clavien Systemdal 9/13 al 12/14 18 pazienti (età media: 42.5, mediana: 41) con AO (14) o aneiaculazione (4) sono stati sottoposti a TeSA ed utilizzo del materiale ottenuto per procedure di ICSI. La procedura è stata eseguita in ambulatorialmente L'anestesia ha richiesto l'uso del Etil-Cloruro. L'aspirazione è stata eseguita mediante 'ago-butterfly' 21G e siringa da 50cc. Il materiale ottenuto è stato sospeso in medium per coltura quindi utilizzato per le procedure di ICSI. La procedura è stata ripetuta fino a raggiungimento di un quantitativo sufficiente di gameti. Il dolore nel corso della procedura ed a 5 minuti è stato valutato mediante VAS. Le complicanze sono state valutate mediante Clavien System.

Risultati. In tutti i casi è stato possibile recuperare spermatozoi. In 11 casi è stato necessario procedere a più aspirazioni (m: 2.11, mediana 2, 1-3). In tutti i casi è stato possibile procedere ad un transfert di ovociti fecondati di 'buona qualità', il tasso di fecondazione è stato del 54.05%.VAS media in procedura è di 1.66 (mediana: 1; 0-7), a 5 minuti è stata 0.05 (0-1). Nessuna complicanza, non è stato necessario sospendere la terapia antiaggregante. I risultati preliminari di questo studio prospettico dimostrano che la TeSA è una procedura semplice, affidabile nei risultati, a basso costo. veloce, e ben tollerata. La preparazione dei gameti è relativamente veloce, permette di utilizzare il materiale a fresco, può essere contestuale al 'pick-up', con possibile miglioramento del tasso di fecondazione. Il tasso di gravidanza biochimica affetto anche dall'elevata età delle partner nella nostra popolazione (m: 34.2, 27-38) con alta incidenza di problematiche ginecologiche, quindi meno attendibile.

Conclusioni. TeSA può essere utilizzata come tecnica per il recupero degli spermatozoi per uso a fresco. Ci proponiamo di ampliare il campione e creare un gruppo di controllo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC14

BANCA DEL SEME PUBBLICA IN CALABRIA: NOSTRA CASISTICA

Giuseppina. Peluso, Carlo Perri, Giampaolo Arena, Pietro Paolo Cozza, Natalina Gallo, Giulio Chiodo, Linda Linori, Giancarlo Morrone

U.O.S.D. Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita, Andrologia; A.O. di Cosenza

Introduzione ed obiettivi. In questo lavoro presentiamo i dati della Banca del Seme pubblica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza nata nel 2009 con finalità conservativa per pazienti oncologici. Ad oggi sono stati crioconservati 150 liquidi seminali di pazienti di età compresa tra 16 e 38 anni con anamnesi positiva per neoplasia, afferiti presso la nostra banca prima di essere sottoposti a trattamenti antineoplastici.

Materiali e metodi. I dati raccolti ed elaborati, relativi alla suddetta casistica di pazienti, hanno riguardato: la patologia, l'età e i parametri seminali basali prima del congelamento, valutati in conformità alle linee guida del WHO 2010. Il confronto dei dati è stato effettuato per: anno di crioconservazione, tipo istologico ed età del paziente.

Risultati. Dai nostri dati si evince che i seminomi sono i tipi istologici più rappresentati nella nostra casistica, seguiti dai linfomi di Hodgkin. La correlazione tra patologia ed età dei pazienti ha evidenziato come i tumori del testicolo siano più frequenti tra i pazienti di fascia di età compresa tra i 20 e i 40 anni con picco massimo intorno ai 20 anni soprattutto per i seminomi. La correlazione tra parametri seminali ed età ha evidenziato che, per tutte le patologie del testicolo, i parametri seminali sono significativamente inferiori ai limiti del WHO 2010 (5° percentile) indipendentemente dalle fasce di età. Per quanto riguarda le oncoemopatie in particolare i linfomi di Hodgkin, il parametro seminale più alterato è risultato quello relativo alla motilità progressiva. Correlando invece l'età dei pazienti con la morfologia tipica, in tutte le patologie non è emersa alcuna significatività (con molta probabilità per il valore limite estremamente basso posto dal WHO al 5° percentile).

Conclusioni. I nostri dati sembrano suggerire che una significativa alterazione dei parametri seminali è presente in questi pazienti ancor prima della terapia antineoplastica. Nei tumori del testicolo potrebbe essere correlata al tipo istologico e dovuta ad un danno diretto del tumore sul parenchima testicolare o sull'equilibrio endocrino dell'asse Ipotalamo - Ipofisi - Gonade. Ulteriori studi e casistiche maggiori sono necessari per indagare gli effetti delle neoplasie sulle cellule spermatiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC15

BASSO PESO ALLA NASCITA ASSOCIATO A UN PIÙ ALTO TASSO DI COMORBIDITÀ GRAVI E PEGGIORAMENTO DEI PARAMETRI SEMINALI – RISULTATI DI UNO STUDIO CROSS-SECTION IN PAZIENTI CON INFERTILITÀ PRIMARIA

Silvia Ippolito, Luca Boeri¹, Paolo Capogrosso^{1,2}, Eugenio Ventimiglia¹, Alessandro Serino¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Angela Pecoraro^{1,2}, Marco Paciotti^{1,2}, Giulia Castagna^{1,2}, Roberta Scano¹, Rocco Damiano³, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,3}

¹Divisione di Oncologia/Unità di Urologia; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italia; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; ³Dottorato di Ricerca in Urologia, Università Magna Graecia, Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. L'importanza del basso peso alla nascita (LBW) nella comprensione delle connessioni tra alterazioni dello sviluppo e patologie dell'età adulta è sempre più significativa. Abbiamo studiato l'impatto del peso alla nascita sul maschio con infertilità di coppia primaria.

Metodi. Sono stati analizzati dati demografici, clinici e laboratoristici di 757 uomini con infertilità di coppia primaria. I pesi alla nascita = 2500, 2500-4200, e = 4200 g sono stati considerati rispettivamente come LBW, Normal Birth Weight (NBW) e High Birth Weight (HBW). Le comorbidity sono state valutate con il Charlson Comorbidity Index (CCI; 0 vs 1 vs = 2). Il BMI è stato categorizzato secondo i cuts off proposti dal NIH: peso normale (18.5-24.9), sovrappeso (25.0-29.9), obesità di classe = 1 (= 30.0). Il volume testicolare è stato definito con l'orchimetro di Prader. L'analisi del seminale è stata condotta in base ai criteri definiti nel 2010 dalla WHO. La statistica descrittiva ha identificato le associazioni tra parametri del seminale, caratteristiche cliniche e categorie di peso alla nascita.

Risultati. Complessivamente, sono stati identificati 52 pazienti con LBW (6.9%), 605 con NBW (79.9%) e 100 con HBW (13.2%). I pazienti con BMI normale o suggestivo per obesità di classe = 1 sono più frequentemente LBW o HBW. I LBW hanno maggiore prevalenza di comorbidity ($p < 0.001$). L'ipercolesterolemia ($p = 0.04$) e l'ipertrigliceridemia ($p = 0.01$) sono più frequenti sia nei LBW che negli HBW. I LBW hanno volume testicolare minore ($p = 0.02$).

All'analisi del seminale, I LBW mostrano più frequentemente astenozoospermia ($p = 0.02$) e teratozoospermia ($p = 0.02$). Complessivamente il volume eiaculato ($p = 0.006$), la motilità spermatica ($p = 0.02$) e la normale morfologia ($p = 0.04$) sono significativamente ridotti nei LBW. I pazienti con LBW hanno livelli più elevati di FSH ($p = 0.04$) e minori di testosterone circolante ($p = 0.03$) rispetto agli altri gruppi. Alla MVA, è stato confermato il LBW come fattore predittivo indipendente di un più alto CCI (OR 3.7; $p < 0.001$), inferiore motilità spermatica (OR 2.7; $p < 0.04$) e minor morfologia spermatica normale (OR 2.3; $p < 0.04$).

Conclusioni. Gli attuali risultati hanno dimostrato che nei pazienti infertili il LBW è associato con un più ele-

vato tasso di patologie dell'adulto, con un peggioramento dei parametri clinici, endocrinologici e del seminale. Questi dati designano il LBW come un fattore predittivo per successive alterazioni della salute.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC16

LA SEPARAZIONE TRA SALA CHIRURGICA E LABORATORIO DI PMA NON SEMBRA INFLUENZARE L'ESITO DEL RECUPERO DI SPERMATOZOI IN PAZIENTI AZOOSPERMICI SOTTOPOSTI A MICROTESI. ESPERIENZA DI UN CENTRO PMA DI III° LIVELLO

Andrea Moiso^{1,2}, Diego Rosso^{1,2}, Elena Iazzolino³, Daniela Sterchele³, Ezio Zerbino⁴, Patrizio Polledro¹

¹SC Urologia, ASLCNI, Savigliano (CN); ²Centro di Andrologia e Chirurgia Genitale Maschile, SC Urologia, ASLCNI, Savigliano (CN); ³SS Riproduzione Umana Assisitita, Laboratorio PMA, ASLCNI, Fossano (CN); ⁴SS Riproduzione Umana Assisitita, ASLCNI, Fossano (CN)

Introduzione. La riorganizzazione della nostra SS di PMA per disposizioni della direzione generale ASL ha fatto sì che non sia possibile procedere a microTese nel medesimo presidio ospedaliero in cui estrarre gli spermatozoi dai tubuli seminiferi. I tubuli devono essere trasportati, in terreno tamponato e contenitore a temperatura costante, tra due presidi ospedalieri distanti 30 km.

Lo scopo di questo lavoro è stato valutare in senso retrospettivo se vi fossero correlazioni in termini di decremento della capacità di recupero degli spermatozoi stante le premesse esigenze logistiche.

Materiali e metodi. Tra il 01/2011 e il 01/2015 sono state eseguite 47 microTeSE in pazienti azoospermici; 27 (Gr.A) delle quali senza necessità di trasporto dei tubuli (01/2011-03/2013), 20 (Gr.B) con trasporto dei tubuli (04/2013-01/2015) utilizzando terreno tamponato con Hepes (Gamete-Buffer CookTM) in apposito contenitore a temperatura costante 35° +/- 1° (Cell-Trans 40-16 LabtechTM). I dati di età, volume testicolare totale (TTV), FSH ed Inibina B, Johnsen-score (JS), sono stati correlati con il recupero (R+) o il mancato recupero (R-) di spermatozoi dai tubuli dopo estrazione, nonché con l'origine non-ostruttiva (NOA) od ostruttiva (OA) dell'azoospermia sul campione totale così come per ciascun gruppo.

È stato utilizzato il test-t per il confronto dei valori medi ($p < 0.05$) ed il test di Fisher esatto per l'analisi statistica delle percentuali tra i due gruppi ($p < 0.05$).

Risultati. Media di età, TTV, FSH, Inibina B e JS per l'intero campione pari a: 36,32 anni; 31,33 ml; 17,11 mUI/ml; 57,01 pg/ml; 4,57; 39 NOA e 8 OA; 28 R+ e 19 R-. Significatività statistica nei pazienti R+ vs. R- per FSH (11,74 vs 24,56 mUI/ml; $p < 0.05$), Inibina B (77,87 vs 30,94 pg/ml; $p < 0.05$) e JS (6,21 vs 2,17; $p < 0.01$). Non sono emerse differenze significative ($p < 0.05$) in termini di R+ vs R- tra il Gr.A (27 pazienti, 23 NOA, 4 OA) ed il Gr.B (20 pazienti, 16 NOA e 4OA) come riportato dalla tabella sottostante.

	Gr. A	Gr. B	p	Gr. A-NOA	Gr. B-NOA	p	Gr. A-OA	Gr. B-OA	p
R+	18	10	0.19	15	6	0.08	3	4	0.5
R-	9	10	0.19	8	10	0.08	1	0	0.5
Tot	27	20		23	16		4	4	

Conclusioni. La necessità di dover ricorrere al trasporto di tubuli dopo microTeSE (con idoneo terreno di trasporto e contenitore a temperatura costante) presso altro presidio in cui procedere ad estrazione degli spermatozoi non sembrerebbe influenzare la capacità di recupero degli stessi così come con la causa eziologica (NOA vs OA) dell'azoospermia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC17

INDICATIONS TO MICROTESI IN NOA PATIENTS

Giovanni M. Colpi¹, Liborio Vaccalluzzo¹, Elisabetta M. Colpi², Ettore Caroppo³, Mirco Castiglioni⁴

¹ISES, Milano, and Procrea, Lugano; ²IIRM, Lugano; ³Reproductive, IVF Unit, ASL Bari, Conversano; ⁴CTO SCI Rehabilitation Unit, ICP, Milano

Introduction and Aim. Nonobstructive azoospermia (NOA) is due to different forms of spermatogenic failure and affects the majority of azoospermic patients. In many NOA cases spermatogenesis was shown to be focal with a 'patchy distribution'. Different surgical sperm retrieval techniques have been developed to obtain gametes from the testicles of azoospermic men seeking fertility treatment. Nowadays, testicular sperm extraction (TESE) and microsurgical testicular sperm extraction (MicroTESE) are the most widely used. TESE is a standard open surgical biopsy: single or multiple specimens can be extracted from the same incision, or from different incisions (Multiple-TESE). In MicroTESE sperm extraction is done with the assistance of an operating microscope: testicular parenchyma is widely exposed and (x24) magnification can enable the search of seminiferous tubules that exhibit larger diameter, which are more likely to contain germ cells and eventually mature spermatids (generally called 'spermatozoa' in ICSI procedures) in comparison to non-enlarged ones.

The aim of our study was to define which is the more efficient sperm retrieval technique in NOA.

Materials and Methods. Patients: 558 infertile patients with NOA, aged 18-63 years (mean 36.8 yrs), with normal testosterone level, normal karyotype and no Y-chromosome microdeletions, were assigned to either TESE (N = 356) or MicroTESE (N = 202) on the basis of their clinical picture.

Results. Testicular volume was comparable among groups, while FSH serum level was significantly higher in patients of MicroTESE group compared to TESE group (22.4 + 12.3 vs 19.64 + 14.8, $p = 0.025$). Histology revealed that Sertoli cell only syndrome (SCO) was a more frequent finding in MicroTESE patients (79.2% vs 60.6%, $p = 0.00007$), while hypospermatogenesis (HYPO) was a more common feature of TESE patients

(23.87% vs 12.3%, $p = 0.01$). Sperm Retrieval Rate was comparable in both groups of patients (44.4% in TESE group and 39.6% in MicroTESE group, $p = 0.27$), regardless of the histology findings.

Binary logistic regression showed, however, that MicroTESE provided significantly higher SRR compared to TESE in the subgroup of patients with FSH level > 12 mIU/ml, testicular volume < 7.1 ml and histology different from HYPO.

Conclusion. When looking at patients clinical characteristics, MicroTESE could provide better results in patients with higher FSH level and lower testicular volume.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC18

INFERTILITÀ NELL'ULTRA QUARANTENNE: È INDICATA LA CORREZIONE DEL VARICOCELE IN QUESTI PAZIENTI?

Giovanni Liguori¹, Stefano Bucci¹, Giangiacomo Ollandini², Francesca Vedovo¹, Gaetano Chiapparrone¹, Michele Rizzo¹, Paolo Umari¹, Giovanni Chiriaco¹, Carlo Trombetta¹

¹Clinica Urologica Ospedale di Cattinara Trieste; ²King's College Hospital, London

Introduzione ed obiettivi. Il varicocele è una condizione comune nei pazienti infertili; ad urologi ed andrologi si chiede spesso di trattare coppie infertili di età crescente. Non esiste tuttavia un consenso unanime sull'utilità di trattare pazienti anche oltre i 40 anni e spesso nella pratica clinica l'indicazione alla correzione del varicocele è influenzata dall'età del paziente, ponendo un cut-off arbitrario a 40 anni. Lo scopo di questo studio è stato verificare se esistano differenze nell'outcome in termini di parametri seminali in funzione dell'età dei pazienti.

Materiali e metodi. Inclusi nello studio 375 pazienti, affetti da varicocele sinistro e trattati mediante sclerotizzazione retrograda percutanea della vene spermatiche (o, in caso di difficoltà tecniche, sclerotizzazione antero-grada) e suddivisi per fasce d'età. Età media dei pazienti: 32 anni (DS 6,5); il 32% > 35 anni. Classificazione del varicocele in base al grado clinico (mediana: 2, IQR: 1, GC) e al grado sec. Sarteschi (mediana 3, IQR: 2, GS). Parametri analizzati: concentrazione spermatica (mil/mL, CS), percentuale delle forme mobili a+b (FM), percentuale di forme morfologicamente tipiche (MT). Analisi statistica: condotta mediante SPSS 17.0. Analisi univariata e multivariata della varianza e ricerca del coefficiente di correlazione di Pearson nei confronti delle variabili indipendenti: età, GC, GS.

Risultati. CS varia da 34,5 a 47 (+12,5%, $p < 0,001$); FM da 27,2 a 34,5 (+7,3%, $p < 0,001$); MT da 44 a 47,6 (+3,6%, $p = 0,001$). Con l'avanzare dell'età si osserva un declino di motilità dei nemaspermi (coefficienti di regressione: pre-op -0,11, $p = 0,04$, post-op: -0,18, $p = 0,001$); l'analisi univariata e multivariata dimostra non

vi siano significative differenze di variazione dei parametri seminali nei gruppi di pazienti divisi per fasce d'età. Il coefficiente di correlazione di Pearson e i coefficienti di regressione lineare confermano l'indipendenza dell'età dalla variazione di valori postoperatori.

Conclusioni. Non esiste nel nostro studio un'evidente differenza di miglioramento dei parametri seminali in relazione all'età. La correzione del varicocele dovrebbe quindi essere offerta a pazienti infertili con varicocele anche sopra i 40 anni. Il GC non risulta essere fattore predittivo di un differente incremento dei parametri; il GS si conferma essere un fattore predittivo di miglioramento della concentrazione spermatica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC19

FENOTIPIZZAZIONE SPERMATICA IN PAZIENTI CON INFEZIONE HPV-CORRELATA

Roberto Castiglione¹, Giuseppe Sidoti², Enzo S. Vicari¹
¹UOC Andrologia e Endocrinologia, AOU Policlinico-Vitt Emanuele, Dip. Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Catania;
²UOSD Medicina Interna Ambulatorio Andrologia e Endocrinologia ARNAS Garibaldi, Catania

Premesse. Il virus HPV-DNA, agente etiologico più comune di MST nell'uomo e nella donna, è determinabile nel seme, dove aderisce alla superficie della testa degli spermatozoi, all'altezza dell'equatore o in cellule di desfoliazione. In letteratura, l'infezione da HPV nel seme è associata ad un'alterazione di pochi o molteplici parametri o nessuna alterazione. Scopo del lavoro. Identificazione di 1 o più fenotipi spermatici in corso di infezione HPV accertata nel seme, in parte inquadrabili come MAGI (male accessory gland infections). **Materiali e metodi.** 54 pazienti (età media 33,8 anni, range 23-53), partner di donne con infezione da HPV, furono sottoposti ad indagini di I livello: anamnesi, obiettività uro-genitale (inclusa DRE), spermioγραμμα (sec. WHO, 2010), spermio coltura ed urinocoltura quantitative, t. uretrale durante massaggio prostatico (ricerca Chlamydia, U.Urealyticum), ricerca HPV-DNA nel seme (amplificazione di HPV-DNA mediante nested-PCR +HPV-HS bio per la regione L1-ORF). **Risultati.** I pazienti HPV+ (caratterizzati per genotipo) esibiscono 3 principali fenotipi spermatici: A) 1 o più alterazioni spermatiche (in prevalenza OAT in 11 casi), associate a MAGI (33/54 = 61.1%) (prostatovesiculite nel 54.5%, prostatovesicolo-epididimite nel 33.4%, prostatite nel 12.1%). Presentavano condilomi genitali (n = 28); riferivano MAGI (n = 5), MST (n = 3). Coesistevano: MAGI microbica (n = 10), varicocele (n = 7); balanopostite (n = 8); B) normozoospermia (17/54 = 31.5%) (solo 3 casi avevano un quadro TRUS di prostatite, e 2 di essi erano Stamey+ per leucociti nel secreto prostatico). Riferivano pregressa MAGI (n = 4) e/o MST (n = 3); presentavano comorbidità (varicocele in 1 caso; balanopostite in 1 caso); condilomi genitali (n = 12); C) azoospermia (4/54 = 7.4%) con HPV+ da t. uretrale e/ da condilomi escissi. **Con-**

clusioni. Un'infezione da HPV nel seme si esprime in prevalenza (66%) come MAGI, presentando fenotipo OAT e per lo più quadro TRUS di prostatico-vescicolite: HPV+ coesiste in 10/33 casi con MAGI microbica e in 23/33 con MAGI infiammatoria. Una coorte intermedia di pazienti HPV + (31.5%) non esprime MAGI: presenta normozoospermia, con un numero inferiore di casi con storia di MST, e/o condilomi, e/o segni di prostatite localizzata ad 1 lobo. Pertanto, una forma di MAGI (non batterica) di natura virale deve essere considerata tra le ipotesi di sospetto diagnostico in presenza di combinazione di fattori anamnestici (MST da HPV, clinici e di alterati parametri seminologici).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC20

CORRELAZIONE TRA LA CONDENSAZIONE DELLA CROMATINA DEGLI SPERMATOZOI E L'ISTOLOGIA TESTICOLARE IN PAZIENTI AFFETTI DA AZOOSPERMIA NON-OSTRUTTIVA (NOA)

Filomena Scarselli¹, Giorgio Franco², Maria Chiara Greco¹, Marzia Barberi¹, Valentina Casciani¹, Vincenzo Zazzaro¹, Annamaria Lobascio¹, Gianluca Nastri¹, Maria Giulia Minasi¹, Ermanno Greco¹

¹European Hospital; ²Policlinico Umberto I, Roma

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare la correlazione tra la condensazione degli spermatozoi testicolari colorati con il blu di Anilina (AB) e l'eziologia dei pazienti NOA, valutando anche il tasso di successo nei cicli di fecondazione in vitro.

Il danno testicolare lieve è associato ad una maggiore probabilità di trovare spermatozoi maturi ed ad maggiore successo nei cicli ICSI, rispetto al danno testicolare severo. Durante la spermiogenesi, gli istoni delle cellule somatiche vengono sostituiti dalle protammine affinché ci sia un normale processo di condensazione nucleare. Il Blu di Anilina marca gli istoni ricchi di lisina colorando i nuclei di blu, mentre i nuclei degli spermatozoi maturi ricchi di protammine restano incolori. I nostri risultati mostrano che i pazienti NOA con un danno testicolare lieve hanno una più alta percentuale di spermatozoi AB-negativi, rispetto a quelli con un danno più grave. Tra Giugno 2013 e Dicembre 2014 sono state eseguite 34 TESE in pazienti NOA. In 27 su 34 pazienti (80%), sono stati recuperati spermatozoi. Questi pazienti sono stati divisi in due gruppi: A) Ipospermatogenesi lieve (n = 19); B) Ipospermatogenesi grave, arresti maturativi primari e Sindrome di Klinefelter (n = 8). I due gruppi non differivano in modo significativo per l'età media di entrambi i partner. I campioni testicolari sono stati fissati con Formaldeide (5%), colorati con una soluzione di AB (2.5%) e analizzati a 100X. Sono stati valutati 100 spermatozoi per paziente. La percentuale media di spermatozoi AB-positivi nei gruppi A e B è risultata 34,6% ± 28,7 e 63,7% ± 29,4 (p = 0,03), rispettivamente. I livelli di FSH e LH sierici valutati sono stati rispettivamente 5,2 ± 8,7 e 4,0 ± 2 nel gruppo-A e 18,6 ± 8,7 e 7,1 ± 2,6 nel

gruppo-B (P = 0,0012 e p = 0,025). Nel gruppo-A, le percentuali di fecondazione, di clivaggio in terza giornata e di degenerazione embrionale tra la terza e la quinta giornata sono state rispettivamente 70%, 65,4% e 37,2%; nel gruppo B sono state 57,5%, 76,1% e 71,4% (p = 0,08; P = 0,2; P = 0,0007), rispettivamente. Nel gruppo-A sono stati effettuati 14 trasferimenti embrionali, ottenendo 5 parti e 6 gravidanze cliniche. Nel gruppo-B sono stati effettuati 7 trasferimenti embrionali, ma non è stata ottenuta nessuna gravidanza. Questo studio fornisce una nuova visione di come una anomala protamminazione può avere effetto sugli spermatozoi testicolari. I nostri risultati potrebbero contribuire ad una più specifica comprensione dei vantaggi e dei limiti nella selezione degli spermatozoi per la ICSI.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC21

LE ANOMALIE EPIDIDIMARIE E DELLE VIE SEMINALI HANNO UN RUOLO TRASCURABILE NELLA FERTILITÀ DEI PAZIENTI CON CRIPTORCHIDISMO

Mario Ciletti¹, Filomena Scarselli², Maria Giulia Minasi², Paolo Maria Michetti¹, Ermanno Greco², Giorgio Franco¹

¹Policlinico Umberto I, Roma; ²European Hospital

Introduzione e scopo del lavoro. Le anomalie dell'epididimo e delle vie seminali vengono riportate in circa il 20% dei pz con criptorchidismo. Come descritto da numerosi autori, possono rappresentare una causa di infertilità su base ostruttiva in età adulta. Lo scopo dello studio è verificare il reale impatto che le anomalie dell'epididimo e delle vie seminali hanno sulla fertilità di un gruppo di pazienti azoospermici con pregresso criptorchidismo mono o bilaterale, sottoposti a recupero degli spermatozoi per ICSI.

Materiali e metodi. Dal 1996 al 2014, 1021 pazienti sono stati sottoposti a recupero di spermatozoi per ICSI mediante TESE (testicular sperm extraction), micro-TESE (microdissection testicular sperm extraction), o TEFNA-PESA (testicular or epididymal fine needle aspiration). Di questi, 122 pz (12%) con età media di 35 aa (range: 24-55 aa), avevano in anamnesi un criptorchidismo mono o bilaterale trattato o non trattato. Nel corso dell'intervento chirurgico è stato effettuato un esame istologico o citologico ed ottenuta una diagnosi definitiva di azoospermia ostruttiva (OA) o nonostruttiva (NOA).

Risultati. In 33/164 (20%) dei testicoli si è evidenziata la presenza di anomalie dell'epididimo (distacco didimo-epididimo, ansa allungata, atresia segmentale, etc.), ma solo in 1/164 (0,6%) era presente una OA come mostrato dall'esame istologico o citologico, mentre in 163/164 testicoli (99,4%) la causa dell'azoospermia era riferibile ad un danno testicolare (NOA). In particolare l'esame istologico nei pz con NOA comprendeva quadri di arresto maturativo, sindrome a sole cellule del Sertoli (SCOS), ipospermatogenesi e scleroialinosi.

Conclusioni. Sebbene le anomalie dell'epididimo e delle vie seminali siano abbastanza comuni nei pz con testicoli criptorchidi, esse sono una causa trascurabile di infertilità. Un danno della spermatogenesi conseguente o associato al criptorchidismo è da considerare come la causa principale di azoospermia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC22

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE SULL'INTEGRITÀ DEL DNA NEMASPERMICO MEDIANTE MISURAZIONE DELLA PROTEINA P53: DATI PRELIMINARI (PROGETTO ECOFOODFERTILITY)

Luigi Montano¹, Salvatore Raimondo², Tiziana Notari³, Paolo Bergamo⁴, Mauro Rossi⁴, Diomira Luongo⁴, Maria Grazia Volpe⁴, Leopoldo Iannuzzi⁵ (Gruppo Campano Progetto di Ricerca EcoFoodFertility)

¹Ambulatorio Pubblico di Andrologia ASL Salerno c/o UOC di Urologia 'Ospedale di Oliveto Citra', SA; ²Centro di Ricerche 'Gentile s.a.s' Laboratorio di Seminologia, Gragnano, NA; ³Centro di PMA Ospedale 'San Luca' di Vallo della Lucania, SA; ⁴Consiglio Nazionale delle Ricerche(CNR), Istituto di Scienze dell'Alimentazione (ISA), Avellino; ⁵Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Istituto per il Sistema Produzione Animale in Ambiente Mediterraneo (ISPAAM), Napoli

Introduzione ed obiettivi. Negli ultimi anni si sta assistendo alla crescente riduzione quali-quantitativa del liquido seminale in molti paesi. Evidenze epidemiologiche, hanno mostrato la maggiore incidenza di tale fenomeno in aree urbano/industriali facendo ipotizzare un'associazione tra inquinamento ambientale e riduzione della fertilità. In un precedente studio è stata evidenziata la correlazione inversa tra fertilità e l'accumulo della proteina p53 spermatica (marcatore di danno al DNA). Nel presente lavoro è stata valutata l'associazione tra i livelli di p53 spermatico con il diverso impatto ambientale delle aree di residenza dei maschi esaminati (n = 33).

Materiali e metodi. Sono stati analizzati individui non fumatori, non bevitori, non consumatori di droghe, non esposti professionalmente (età media 30,4) residenti in zone considerate ad alto (n = 18) (area della provincia Napoli-Caserta - Terra dei Fuochi, TdF) e basso impatto ambientale (n = 15) (provincia di Salerno, Cilento, SaC). Previo isolamento degli spermatozoi mediante Kit Differex System ed il Kit DNA IQ (Promega), è stato eseguito il saggio della p53 con Kit ELISA (DuoSet IC, R&D System) ed i valori ottenuti (ng/milione di spermatozoi) sono stati infine espressi come media-dev.std. La significatività tra i valori ottenuti nei 2 gruppi è stato calcolata mediante t-test (GraphPad PRISM 6.0) ed un valore di $p < 0.05$ è stato considerato significativo.

Risultati. La concentrazione di p53 negli individui TdF (8.3-4.5), è significativamente più alta di quella misurata in SaC (2.0-1.3) ($P = 0.000003$). Il risultato, confermando l'utilità di questo marcatore quale indice di danno del DNA spermatico, ne indica anche la sua

potenziale applicabilità per la valutazione indiretta della qualità ambientale.

Conclusioni. Questi dati, seppur esigui e preliminari, sono un utile punto di partenza per le analisi che saranno svolte nell'ambito del Progetto EcoFoodFertility. Quest'ultimo, prevede l'ampliamento del campione (anche in altri paesi europei) con valutazioni tossicologiche (Metalli Pesanti, IPA, Diossine, PCB, Nanoparticolato, BPA, Ftalati, Parabeni, Pesticidi) ed individuazione di biomarcatori al fine di chiarire: (a) quanto l'inquinamento influenzi la fertilità; (b) come il seme possa essere considerato un importante sensore della qualità ambientale e gli spermatozoi bioindicatori elettivi del danno ambientale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC23

MICROTESE CON TECNICA GRADUALE: RISULTATI PRELIMINARI

Donato Dente¹, Angelo Cafarelli¹, Antonio Salvaggio¹, Emanuele Cappa¹, Matteo Dandrea¹, Riccardo Schiavina², Angelo Porreca¹

¹U.O. di Urologia Robotica e Mininvasiva, Policlinico Abano Terme; ²Dip. di Urologia, Osp. S. Orsola Malpighi, Università di Bologna

Introduzione. Lo scopo del lavoro è di riportare i risultati preliminari della tecnica 'graduale' di micro-TESE in casi di azoospermia non ostruttiva. Tale approccio permette di limitare l'invasività della procedura.

Materiali e metodi. Dal 2012 al 2015 sono state effettuate 29 micro-TESE con tecnica 'graduale' in pazienti con NOA. Criteri di inclusione: precedenti TESE negative, istologia sfavorevole: SCOS o arresto maturativo completi, s. di Klinefelter. L'approccio 'graduale' (stepwise) viene effettuato in tre steps: 1) piccola incisione equatoriale dell'albuginea e prelievo testicolare singolo con ricerca spermatozoi a fresco e dopo centrifugazione. 2) estensione dell'incisione, apertura completa dell'albuginea fino all'ilo testicolare ed effettuazione di micro-TESE con asportazione dei tubuli in differenti aree del parenchima. Tutti i tubuli ottenuti venivano processati a fresco e dopo centrifugazione. 3) TESE multipla dal testicolo controlaterale. Sono state confrontate le percentuali di recupero spermatozoi con prelievo singolo iniziale, con micro-TESE e con prelievi multipli dal testicolo controlaterale.

Risultati. In 21 casi (72,4%) non sono stati recuperati spermatozoi con nessuno dei tre tipi di prelievo mentre in 8 casi (27,6%) sono stati recuperati spermatozoi. In quest'ultimi 8 casi c'è stato un recupero sia nel prelievo singolo, sia nella micro-TESE che nei prelievi controlaterali. In nessun c'è stato recupero di spermatozoi solo nella singola micro-TESE o solo nei prelievi multipli al testicolo controlaterale. Sono stati effettuati 3 cicli ICSI con spermatozoi congelati o freschi ottenendo 1 sola gravidanza (1 bambino nato sano).

Conclusioni. I dati preliminari ottenuti, sebbene la corte di pazienti sia esigua, dimostrano che nei casi di NOA a prognosi più sfavorevole il tasso di recupero di

spermatozoi (26%) è inferiore alle percentuali riportate in letteratura e che l'impiego della micro-TESE non influisce in termini di aumento delle percentuali di recupero. In nessuno degli 8 casi, il recupero degli spermatozoi è riconducibile all'effettivo impiego della micro-TESE in quanto in tutti i casi il recupero sarebbe già stato possibile con il primo prelievo. Al momento i dati sono preliminari, e necessitano una conferma da numeri più ampi tuttavia l'utilizzo di una tecnica graduale potrebbe limitare drasticamente i casi in cui è indicata la micro-TESE riducendo conseguentemente l'invasività del recupero degli spermatozoi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC24

IL RUOLO DELLA MICRO-TESE NELLE AZOOSPERMIE PERSISTENTI DOPO TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

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

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Sede Molinette, Clinica Urologica

Introduzione ed obiettivi. L'evoluzione delle terapie mediche oncologiche in età fertile hanno incrementato la sopravvivenza dei pazienti (pz). Sempre più pz oncologicamente guariti ricercano una prole. Si è quindi registrato un incremento notevole l'utilizzo della crioconservazione prima delle terapie citostatiche. Alcuni pz dopo trattamento chemioterapico risultano azoospermici.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente una popolazione di 61 pz sottoposti a micro-TeSE presso il nostro centro dal 8/2012 al 10/2014. Abbiamo diviso i pz in 2 gruppi: A) pz con azoospermia non ostruttiva (NOA) non secondaria a trattamento citostatico con fattori prognostici di recupero sfavorevoli (basse probabilità di retrieval per vol test < 15 cc e FSH > 12 mUI/L) (32 pz) b) pz con NOA secondaria a trattamento citostatico (12 pz). I 17 pz restanti risultavano affetti da una NOA con fattori prognostici di recupero favorevoli e pertanto esclusi dallo studio in questione. Sono state raccolte dal nostro DB universitario le informazioni cliniche: età media, volume testicolare e FSH preoperatorio. Sono stati inoltre valutati il retrieval rate, l'esame istologico ed il Johnsen Score.

Risultati. L'età media del gruppo A risultava 38,6 [63-20] mentre del gruppo B 31,7 [45-25] ($p < 0,05$). Il volume testicolare medio del gruppo A era di 10 [15-2] e del gruppo B 12 [20-2] ($p < 0,05$). Il valore medio di FSH nel gruppo A era 21,6 [50-12] mentre nel gruppo B 16,4 [45-3] ($p < 0,05$). Il 35% pazienti del gruppo B era stato sottoposto a CT per tumore del testicolo, il 40% secondariamente a tumori ematologici ed il 25% secondariamente a sarcomi. L'intervallo medio fra il trattamento citostatico e la micro-TeSE era 12 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a micro-TeSE. Il retrieval rate era 28% nel gruppo A e 33% nel gruppo B ($p < 0,05$). Nel gruppo A il

valore medio del Johnsen score era 3,3 [6-2], mentre nel gruppo B era 3,2 [5-2]. Il risultato istologico evidenziava rispettivamente SCOS nel 66% del gruppo A e 61% del gruppo B, arresto maturativo nel 17% del gruppo A e 37% del gruppo B e ipospermatogenesi nel 17% del gruppo A e 2% del gruppo B.

Conclusioni. I casi di azoospermia dopo trattamento citostatico risultano comparabili ai casi di NOA a basse probabilità di retrieval rate. Tale evidenza sottolinea il ruolo fondamentale della crioconservazione in tali pazienti. Nei casi di azoospermia postchemioterapia la micro-TeSE risulta uno strumento efficace con buone probabilità di retrieval rate

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC25

PUÒ L'EIACULAZIONE PRECOCE RAPPRESENTARE UN FATTORE DI RISCHIO NEGATIVO PER IL RECUPERO DELLA FUNZIONE ERETTILE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE?

Daniele Tiscione¹, Tommaso Cai¹, Lorenzo Luciani¹, Andrea Scardigli¹, Irene Tamanini², Paolo Verze³, Alessandro Palmieri³, Vincenzo Mirone³, Gianni Malossini¹

¹UO Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università di Verona; ³Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli

Introduzione. È noto come una delle complicanze più comuni dopo intervento di prostatectomia radicale sia data dalla disfunzione erettile; tuttavia molto spesso sembra che questi Pazienti presentino anche un altro problema legato alla sfera sessuale, ovvero l'Eiaculazione Precoce (EP). Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di valutare quanto il problema EP possa ostacolare il recupero della funzione erettile in Pazienti sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale.

Materiali e metodi. Abbiamo considerato 54 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. È stata quindi rivalutata la funzione sessuale di tutti i Pazienti dopo l'intervento chirurgico, mediante la somministrazione dei medesimi test a distanza di 12 mesi.

Risultati. L'età media dei 54 pazienti è risultata 56,25 anni (range 50-66). L'IIEF-5 ed il PEDT pre-operatori sono risultati nella norma in tutti e 54 i pazienti, rispettivamente = 22 e = 8. 15 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia radicale videolaparoscopica e 39 a prostatectomia radicale robotica; 18 e 36 pazienti rispettivamente con tecnica NS mono- e bi-laterale. 28 pazienti (52%) riportavano un PEDT = 9; mentre in 32 pazienti (59%) l'IIEF-5 è risultato = 11. Di questi 32 pazienti, da una sub-analisi dell'IIEF-5, l'impatto maggiore è stato dato dalla domanda n°5, dove 22 pazienti (69%) hanno risposto di aver provato piacere poche volte o meno, a causa anche dell'EP.

Conclusioni. Il presente studio dimostra come Pazienti

con funzione sessuale normale, sottoposti ad interventi di prostatectomia radicale, possano sviluppare una problematica aggiuntiva alla disfunzione erettile che è data dall'EP e come quest'ultima possa peggiorare notevolmente il recupero della funzione erettile e quindi impattare negativamente sulla qualità di vita del paziente stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC26

SVILUPPO DI UN NOMOGRAMMA IN GRADO DI PREDIRE LA PRESENZA DI IPOGONADISMO NEI PAZIENTI CON DISFUNZIONE ERETTILE DI NUOVA INSORGENZA

Eugenio Ventimiglia, Paolo Capogrosso^{1,2}, Luca Boeri¹, Alessandro Serino¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Giulia Castagna^{1,2}, Angela Pecoraro^{1,2}, Marco Paciotti^{1,2}, Roberta Scano¹, Rocco Damiano³, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,3}

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

Introduzione ed obiettivi. Sviluppare un nomogramma in grado di predire l'ipogonadismo nei pazienti con disfunzione erettile (DE) di nuova insorgenza.

Metodi. Sono stati raccolti e analizzati dati clinici e socio-demografici di 274 pazienti consecutivi con DE di nuova insorgenza. Il volume testicolare è stato misurato con un orchimetro di Prader. Il testosterone totale (tT) è stato misurato tra le 8-10 AM.

Tutti i pazienti hanno compilato il questionario IIEF. L'età, il BMI, il volume testicolare sinistro e il dominio funzione orgasmica dell'IIEF (IIEF-OF) sono emersi come i più accurati predittori di ipogonadismo, e pertanto inclusi in un modello di regressione lineare multivariata impiegato per sviluppare un nomogramma in grado di predire la presenza di ipogonadismo.

Tale nomogramma è stato internamente validato, usando l'area sotto la curva (AUC) per valutarne l'accuratezza predittiva (PA).

Risultati. L'ipogonadismo è stato diagnosticato in 55 (20.1%) pazienti. L'età, il BMI, IIEF-OF e volume testicolare sinistro medi (mediana) erano 48.2 (48.5) anni, 26.0 (25.6) kg/m², 7.1 (8), and 17.6 (20) ml rispettivamente. Tali variabili erano significativamente diverse tra eu- e ipogonadici (tutte le p = 0.002). Il BMI è emerso come il più accurato predittore di ipogonadismo. La PA del modello predittivo internamente validato è risultata essere 76.6%.

Selezionando un cutoff del 10% di probabilità nel diagnosticare ipogonadismo, si ottiene una sensibilità dell'89.1%, specificità del 41.1% e valore predittivo negativo del 93.8%.

Conclusioni. In tale studio è riportato il primo nomogramma in grado di predire accuratamente la presenza di ipogonadismo nei pazienti che ricercano aiuto assistenza medica per DE di nuova insorgenza. In base al

nostro modello, i pazienti con un rischio di ipogonadismo < 10% possono evitare di misurare i valori di tT.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC27

L'OSSERVANZA DELLE MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO CORRELATE ALLA PRESCRIZIONE DI DAPOXETINA, MANTIENE BASSA L'INCIDENZA DI TEAES: RISULTATI DA UN AMPIO STUDIO OSSERVAZIONALE EUROPEO

Marco Franco¹, Paolo Verze¹, Tommaso Cai², Daniele Tiscione², Irene Tamanini², Alessandro Palmieri¹, Roberto La Rocca¹, Marco Franco, Luca Venturino, Vincenzo Mirone¹

¹Dipartimento di Urologia, Università degli studi di Napoli Federico II; ²UOC Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

Obiettivi. descrivere il profilo di sicurezza della Dapoxetina nel trattamento della eiaculazione precoce (EP) e verificare il ruolo che ha l'adesione degli operatori sanitari (HCP) al rispetto delle misure di riduzione dei rischi correlati alla prescrizione di Dapoxetina, nella riduzione dell'incidenza di eventi avversi (TEAEs).

Materiali e metodi. I dati sono stati raccolti nell'ambito di un ampio studio osservazionale multinazionale e multicentrico (Studio PAUSE), in cui sono stati arruolati 10.028 pazienti, di cui 6.712 (67.6%) trattati con Dapoxetina (Gruppo A) 30/60 mg e 3.316 (32.4%) trattati con cure alternative (farmaci orali e non) (Gruppo B). Agli HCP, al momento della prescrizione di Dapoxetina (gruppo A), è stato chiesto di seguire attentamente le misure di riduzione del rischio indicate nella scheda di prodotto (SPC) (test reazione ortostatica, terapie concomitanti controindicate e con precauzione di impiego, impiego di alcol e disturbi psichiatrici concomitanti, dose iniziale Dapoxetina 30 mg).

Risultati. La maggioranza dei pazienti aveva un'età < 65 anni e non riferiva una storia di reazioni ortostatiche (98.1% e > 99.9%, rispettivamente); il test di reazione ortostatica è stato comunque effettuato nella maggioranza dei pazienti del gruppo A (97,8%). La frequenza di assunzione di alcool è risultata bassa, mentre la prevalenza complessiva di disturbi psichiatrici era del 6.9%. In 58 pazienti (0.9%) trattati con Dapoxetina, era stata prescritta contemporaneamente una terapia controindicata durante il corso dello studio. Gli antidepressivi, erano la classe di farmaci utilizzata più di frequente. In un totale di 540 pazienti (8.8%) trattati con Dapoxetina era stato prescritto parallelamente un farmaco che presenta precauzione d'impiego (PDE5-Is = 5.5%) e (a-bloccanti = 3.3%). Nel 93% dei pazienti è stata prescritta inizialmente Dapoxetina 30 mg.

Conclusioni. Il rispetto delle corrette modalità di prescrizione della Dapoxetina, minimizza il rischio derivante dal suo impiego. Questo è stato confermato dall'adeguata identificazione di pazienti a rischio di reazioni ortostatiche diagnosticate attraverso la valutazione della loro storia clinica e con il test ortostatico, la prescrizione di 30 mg come dose di partenza in > 90% dei pazienti con PE, e il

parallelo uso di farmaci con particolari precauzioni e proprietà vasodilatatorie in < 10% dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC28

CORRELAZIONE FRA SPESSORE INTIMA-MEDIA DELL'ARTERIA CAVERNOSA E RISPOSTA ALL'ALPROSTADIL INTRACAVERNOSO (ICI-TEST) IN CORSO DI ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO

Vincenzo Favilla, Salvatore Privitera, Giorgio Ivan Russo, Eugenia Fragalà, Sebastiano Cimino, Giuseppe Morgia.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Catania, Italia

Introduzione e obiettivi. Sebbene una scarsa risposta all'alprostadil intracavernoso (ICI-test) correli alla presenza di ipogonadismo, sindrome metabolica e fattori di rischio cardiovascolare, poco indagata è la correlazione fra spessore intima-media dell'arteria cavernosa e ICI-test. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare, in pazienti affetti da deficit erettile (DE), se lo spessore intima-medio dell'arteria cavernosa rappresenti un fattore predittivo di scarsa risposta all'ICI-test in corso di ecocolordoppler penieno dinamico (ECD).

Materiali e metodi. Abbiamo valutato lo spessore intima-media dell'arteria cavernosa in 98 pazienti con DE, sottoposti ad ECD previa somministrazione di 10 mcg di alprostadil. Sono stati esclusi dallo studio: soggetti ipogonadici (n = 14), sottoposti a chirurgia pelvica (n = 52), radioterapia (n = 10) o in trattamento ormonale (n = 5). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica completa, assetto glico-metabolico, valutazione ormonale, questionario IIEF-5. La risposta all'ICI-test è stata valutata mediante Erection Hardness Score (EHS) con un punteggio compreso da 1 (= non risposta) a 4 (= erezione completa).

Risultati. L'età media dei pazienti era di 58 anni (range interquartile [IQR]: 53-65), il valore medio del testosterone di 6.3 ng/ml (IQR: 3.5-8.2) e di IIEF-5 di 15 (IQR: 9-18). 44 pazienti (44.9%) presentavano una scarsa risposta all'alprostadil (EHS = 2). Lo spessore intima-media dell'arteria cavernosa mediano era di 0.45 mm (IQR: 0.4-0.5). La regressione lineare, aggiustata per età, BMI e parametri metabolici, ha dimostrato che un basso IIEF-5 ($r = -0.395$; $p = 0.28$), un elevato colesterolo totale ($r = 0.43$; $p = 0.003$) e ridotti valori di HDL ($r = -0.15$; $p < 0.05$) erano associati con un maggiore spessore intima-media dell'a. cavernosa. Nessuna correlazione statisticamente significativa è stata riscontrata tra lo spessore intima-media dell'a. cavernosa e ICI-test. La circonferenza vita è risultata l'unico fattore predittivo di scarsa risposta all'alprostadil (EHS = 2) (OR = 1.06; $p = 0.02$).

Conclusioni. I nostri risultati dimostrano che lo spessore intima-media dell'arteria cavernosa, sebbene correli alla presenza di fattori di rischio glico-metabolici e severità del deficit erettile, non rappresenta un fattore predittivo di scarsa risposta all'alprostadil intracavernoso. Pertanto la misurazione di tale parametro non

dovrebbe essere presa in considerazione in corso di ecocolordoppler penieno dinamico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC29

ERECTILE DYSFUNCTION IN SELECTED NON DIABETIC AND DIABETIC PATIENTS: A CORRELATION USING A PROTEOMIC APPROACH

Arben Belba¹, Alessio Cortelazzo¹, Giansanti Andrea¹, Cristiana Mirasole³, Lello Zolla³, Roberto Guerranti², A. Paladini¹, Roberto Ponchietti¹

¹Urological and Andrological Unit, Department of Medicine, Surgery and Neuroscience, University of Siena, Siena, Italy; ²Department of Medical Biotechnologies, University of Siena, Siena, Italy; ³Department of Ecological and Biological Sciences, University of Tuscia, Viterbo, Italy

Introduction. Erectile dysfunction (ED) is the inability to achieve and/or sustain an erection of the penis sufficient for sexual intercourse and represents a common and distressing complication for men who have diabetes, however the precise pathophysiological mechanism is still unclear. In diabetic men ED occurs at an early age than in the general population increasing with disease duration.

Objective. The aim of this study was to investigate a correlation between non diabetic and diabetic ED patients as well as healthy controls using a plasma proteomic approach to identify differentially expressed proteins and to evaluate their oxidative status.

Materials and Methods. A total of 60 ED patients (n = 30 non diabetic, n = 30 type 2 diabetic) and control subjects (n = 60) were compared using clinical chemistry measurements. Proteomic analysis was carried out in 30 ED patients and 30 healthy controls.

Results. Significant decreases have been observed in non diabetic and diabetic ED patients for five apolipoproteins (i.e. apolipoprotein H, apolipoprotein A4, apolipoprotein J, apolipoprotein E and apolipoprotein A1) and zinc-alpha-2-glycoprotein, all involved in lipid metabolism. Acute-phase response proteins (i.e. alpha-1-antitrypsin and haptoglobin), immunoglobulins and serum transferrin specifically increased in diabetic ED patients while serum albumin decreased. In addition oxidative post-translation modifications markedly increased in diabetic ED patients for serum albumin, serum transferrin, prealbumin, apolipoprotein A1 and alpha-1-antitrypsin.

Conclusions. Our preliminary findings documented the presence of a correlation between non diabetic and diabetic ED patients. Moreover, in ED diabetic patients increased acute phase response proteins and increased oxidative post-translation modification were detected. These data provide support for the evaluation of redox status in the assessment of impotent men.

Keywords. Erectile dysfunction; Diabete; Lipid metabolism; Plasma proteome; Oxidative post-translational modifications

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC30**I LUTS DELLA FASE DI SVUOTAMENTO VESCICALE IMPATTANO NEGATIVAMENTE SULLA FUNZIONE EIACULATORIA – RISULTATI DI UNO STUDIO PSICOMETRICO CONDOTTO SU PAZIENTI AL LORO PRIMO CONSULTO MEDICO PER EIACULAZIONE PRECOCE**

Marco Paciotti², Eugenio Ventimiglia¹, Paolo Capogrosso^{1,2}, Alessandro Serino¹, Luca Boeri¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Giulia Castagna^{1,2}, Angela Pecoraro^{1,2}, Roberta Scano¹, Dana Kuefner¹, Rocco Damiano³, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,3}

¹Divisioni di Oncologia/Unità di urologia; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italia; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; ³Dottorato di ricerca in Urologia, Università Magna Graecia, Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. La presenza e la severità di sintomi delle basse vie urinarie (LUTS) sono fattori di rischio indipendenti per le disfunzioni sessuali. La letteratura ha evidenziato l'importanza clinica di valutare tali sintomi nei pazienti con disfunzioni sessuali, e la necessità di considerare le problematiche sessuali nella gestione dei pazienti con iperplasia prostatica benigna. Abbiamo cercato di valutare la correlazione tra i LUTS sia di riempimento che di svuotamento e la funzione eiaculatoria in pazienti al loro primo consulto medico per eiaculazione precoce (EP).

Materiali e metodi. Sono stati analizzati dati clinici e di laboratorio di 192 pazienti consecutivi alla loro prima visita medica per eiaculazione precoce. Le comorbidity sono state definite col Charlson Comorbidity Index (CCI) come variabili continue o categorizzate (0 vs 1 vs = 2). Sono state utilizzate le categorie di BMI proposte dalla NIH. Tutti i pazienti hanno compilato i questionari IPSS, Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT), e Male Sexual Health Questionnaire-Ejaculatory function domain (MSHQ-EJ). I pazienti sono stati classificati in base al loro punteggio PEDT (PEDT < 11 vs = 11). I modelli di regressione logistica hanno testato l'associazione tra la severità dei LUTS e la funzione eiaculatoria.

Risultati. I punteggi medi di PEDT, MSHQ, IPSS-totale, IPSS-svuotamento ed IPSS-riempimento sono stati rispettivamente 12.5, 30.9, 9.0, 4.6, e 4.5. Nel complesso, 123 (64.1%) pazienti hanno avuto un PEDT suggestivo per EP (= 11). I punteggi del IPSS-totale, IPSS-svuotamento, IPSS-riempimento sono stati significativamente maggiori nei pazienti con PEDT = 11 (tutte le $p = 0.02$); al contrario, non sono state osservate differenze in termini di età, BMI, CCI, e di punteggio nel MSHQ-EJ. Al modello di regressione logistica multivariata solo IPSS-svuotamento si è dimostrato un fattore predittivo indipendente (OR 1.13; $p = 0.02$) per un punteggio di PEDT = 11, dopo normalizzazione per età, CCI e IPSS-riempimento. Analogamente, al modello di regressione lineare, IPSS-svuotamento era un fattore predittivo indipendente (Beta: -0.46, $p < 0.001$) per MSHQ-EJ, dopo normalizzazione per età, CCI e IPSS-riempimento.

Conclusioni. È noto che i LUTS influenzano negativa-

mente la funzione eiaculatoria; questo studio trasversale fornisce nuove evidenze a favore di un maggiore ruolo dei LUTS della fase di svuotamento piuttosto che di riempimento nel favorire lo sviluppo di EP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC31**IS POSTOPERATIVE DOPPLER ULTRASONOGRAPHY USEFUL AS PREDICTIVE FACTOR IN PATIENTS WHO UNDERWENT RADICAL PROSTATECTOMY?**

Maurizio Carrino, Francesco Chiancone, Luigi Pucci, Gaetano Battaglia, Maurizio Fedelini, Riccardo Giannela, Paolo Fedelini

A.O.R.N. A. Cardarelli - U.O.S.D. Andrologia Chirurgica, Napoli

Introduzione e obiettivi. Radical prostatectomy is associated with a loss of sexual potency in the majority of cases. There are several recognized factors correlated with the post-operative incidence of erectile difficulties. We evaluate the role of post-operative penile's haemodynamic at sixth month in forty-eight patients with a normal pre-operative erectile function.

Materiali e metodi. From June 2013 to December 2013, 48 patients with prostate cancer underwent bilateral nerve-sparing radical prostatectomy at our hospital by the same surgeon. 30 of 48 patients underwent laparoscopic radical prostatectomy and 18 of 48 patients underwent open retropubic radical prostatectomy. Each patient had a normal erectile function before surgery. None patient had rehabilitative therapy with PDE5 inhibitors, vacuum devices or intracavernous injections after radical prostatectomy. After six month all patients underwent a Doppler ultrasonography in order to evaluate penile's post-operative haemodynamic. At 12th month we surveyed these patients using the same self-administered questionnaire during an andrological consultation.

Risultati. We found a normal vascular status, arterial insufficiency and venous leakage in 52% (25 of 48), 31% (15 of 48) and 17% (8 of 48) of the men, respectively. Recovery of sexual potency, defined as the ability to penetrate and complete intercourse, was found in 90% (37 of 48) of men who underwent radical prostatectomy (20 LRP and 17 RRP). In this patients, I.I.E.F. score at 12th month was between 23 and 27, and SHIM score between 21 to 23. 65% (24 of 37) of men who had a recovery of sexual potency had a normal penile's haemodynamic, 24% (9 of 37) had an arterial insufficiency (peak systolic velocity < 35 cm/sec) and 11% (4 of 37) a veno-occlusive mechanism deficit (resistance index < 0,75). None of patients that suffered with both arterial insufficiency and veno-occlusive mechanism deficit, had a recovery of sexual potency 12 months post-operatively.

Conclusioni. Post-operative penile's haemodynamic at sixth month relates with erectile function recovery. Venocclusive mechanism dysfunction is a clear negative prognostic factor for recovery of sexual potency. Our analysis confirms that doppler ultrasono-

graphy is an important mean of evaluating post-operative penile vascularization and can be useful to understand the probability of recovery of sexual potency in patient who underwent a nerve-sparing radical prostatectomy.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC32

INCIDENZA DI EVENTI AVVERSI DI INTERESSE SPECIALE(SSRI-CLASS RELATED) IN PAZIENTI CON EIA-CULAZIONE PRECOCE TRATTATI CON DAPOXETINA O TRATTAMENTI ORALI ALTERNATIVI

Luca Venturino¹, Paolo Verze¹, Tommaso Cai², Daniele Tiscione², Irene Tamanini², Alessandro Palmieri¹, Roberto La Rocca¹, Marco Franco¹, Vincenzo Mirone¹

¹Dipartimento di Urologia, Università degli studi di Napoli Federico II; ²UOC Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

Introduzione. Gli antidepressivi SSRI sono stati ampiamente utilizzati (off-label) per il trattamento dell'Eiaculazione Precoce (EP), nonostante la mancanza di un'adeguata conoscenza riguardo il profilo di sicurezza derivante dal loro impiego cronico nel trattamento della EP. Dapoxetina differisce dagli altri SSRI convenzionali per la sua rapidità di azione e per il suo altrettanto rapido profilo di eliminazione, che teoricamente si dovrebbe associare ad un ridotto tasso di eventi avversi (AEs) legati a questa stessa classe di farmaci. Scopo dello studio: Fornire una completa descrizione di AEs di interesse speciale, considerando con particolare riguardo i pazienti con EP trattati con Dapoxetina o trattamenti orali alternativi, e valutare la percentuale di interruzione del trattamento a causa dell'insorgenza di eventi avversi (TEAEs) di particolare rilievo.

Metodi. I dati, derivanti da un ampio studio osservazionale multinazionale e multicentrico (Studio PAUSE), sono stati raccolti ed analizzati per ottenere la percentuale di TEAEs di interesse speciale (comportamento, neuro cognitivi, cardiovascolari, urogenitali, funzione sessuale, danni accidentali e sanguinamenti anomali) e la percentuale di interruzione del trattamento causata da TEAEs in pazienti trattati con Dapoxetina 30-60 mg (gruppo A) o con farmaci orali alternativi (non Dapoxetina)(gruppo B).

Risultati. L'incidenza di effetti collaterali correlati alla classe di farmaci in ogni categoria di AEs, è risultata bassa. Con l'eccezione del sistema cardiovascolare (Gruppo A = 1.6% vs Gruppo B 1.3; $p = 0.343$) e dei danni accidentali (0.1% per entrambi = $p = 0.959$) l'incidenza di TEAEs di interesse specifico in ogni altra categoria di eventi avversi [comportamento Gr. A 0,4% vs Gr. B 1,1% ($p = 0,001$); neuro cognitivi Gr. A 1,9% vs Gr.B 4,7% ($p = < 0,001$) urogenitali e funzione sessuale Gr.A 0,4% vs Gr. B 0,8% ($p = 0.042$)] è risultata maggiore per i pazienti che sono stati trattati con farmaci orali alternativi (gruppo B) rispetto a quelli trattati con Dapoxetina (Gruppo A). Complessivamente, la sospensione dello studio a causa di TEAEs rilevanti è risultata molto bassa in entrambi i gruppi.

Conclusioni. Dapoxetina, rispetto agli SSRI convenzionali, presenta un profilo di sicurezza migliore in termini di eventi avversi di interesse speciale, con una alta percentuale di aderenza al trattamento nel tempo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC33

VITAMIN D: EVALUATION IN PATIENTS WITH ERECTILE DYSFUNCTION

Giovanni M. Colpi¹, Alessandra Barassi², Angela Leone², Liborio Vaccalluzzo^{1,2}, Fiore Pelliccione^{1,2}, Gianvico Melzi d'Eril

¹ISES, Milano; ²Lodovica Medical Center, Milano; ²U.O. Laboratorio Analisi, A.O. San Paolo, Dipartimento di Scienza della Salute, Università degli Studi di Milano

Introduction. Endothelial dysfunction has been demonstrated to play an important role in pathogenesis of erectile dysfunction (ED) and vitamin D deficiency is deemed to promote endothelial dysfunctions. We aimed to evaluate the status of serum vitamin D in a group of patients with ED.

Patients and Methods. Diagnosis and severity of ED was based on the International Index of Erectile Function Score (IIEF-5) and its aetiology was classified as arteriogenic (A-ED), non arteriogenic (NA-ED) and borderline (BL-ED) with penile echo-colour Doppler in basal condition and after intracavernous injection of prostaglandin E1. Serum 25-hydroxyvitamin D levels were measured by using radioimmunoassay (RIA) double antibody assay (DiaSorin, Saluggia, Italy).

Results. Of the 143 men included in the study, 50 patients (35.0%) were classified as having A-ED, 28 patients (19.6%) as having BL-ED and 65 patients (45.4%) as having NA-ED. In A-ED (median age 48; 33-60 years), BL-ED (median age 45; 30-60 years) and NA-ED (median age 46; 31-60 years) the mean of IIEF values were 11 (1-20), 16 (6-20) and 15 (2-21), respectively. Vitamin D levels in A-ED patients (median 18.2, 5.7-38.0) were significantly lower ($P = 0.04$) than in BL-ED patients (median 22.5, 10.2-31.4) and ($P = 0.01$) than in NA-ED patients (median 25.3, 6.5-52.9), but no difference ($P = 0.50$) was observed between the levels of vitamin D among BL-ED and NA-ED patients. Furthermore, 30.0% ($n = 15$) and 61.0% ($n = 30$) of A-ED, 25.0% ($n = 7$) and 30.0% ($n = 8$) of BL-ED, 25.0% ($n = 16$) and 42.0% ($n = 27$) of NA-ED, have levels of vitamin D between 20.0 and 29.0 ng/mL and < 20.0 ng/mL, respectively.

Conclusion. Our study shows that a significant proportion of ED patients has a vitamin D deficiency, and that this condition is more frequent in patients with arteriogenic etiology. Low levels of vitamin D might increase the ED risk by promoting endothelial dysfunction. Men with ED should be analyzed for vitamin D levels, and particularly to A-ED patients with a low level a vitamin D supplementation is suggested.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC34**L'IMPORTANZA DEL MICROCIRCOLO NELLA VALUTAZIONE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE VASCULOGENICA**F. Pezzoni¹, R. Vaccari²¹Centro di Andrologia e Chirurgia Andrologica-Milano; ²Spec. in Chirurgia Vascolare-Centro di Andrologia e Chirurgia Andrologica, Milano

Introduzione. la Disfunzione Erettile Vasculogenica (DEV) comprende: l'insufficienza arteriosa cavernosa e la disfunzione veno-occlusiva, che spesso coesistono (due fasi della stessa malattia). Il 70% delle Disfunzioni Erettile (DE) è dato da vasculopatia. L'etiologia vascolare rende la DEV un fattore prognostico per eventi cardiovascolari maggiori (MACE), in età tra 40 e 49 aa. La DEV avrebbe una predittività per MACE superiore ai fattori di rischio vascolari (FRV): fumo, dislipidemia, ipertensione, diabete, familiarità per infarto. È importante associare ad Eco-color-Doppler dinamico (ECPD), una Videocapillaroscopia Ottica (VCSO). Nelle DEV ci sono alterazioni della 'Microangiotettonica', distribuzione dei capillari, in presenza di FRV. I dati confermano che il danno micro è più frequente di quello sul macro-circolo, i cui parametri sono normali in alta percentuale. Lo studio dimostra che i pz affetti da patologia macro-microcircolatoria sono meno responder ai PDE5-I, rispetto a quelli con arteriopatia cavernosa isolata.

Materiali e metodi. 650 pz, età media 55.2 aa., DEV di grado medio (score IIEF fra 10 e 15), da almeno 6 mesi, sottoposti a ECDP e responder con rigido erezione, tutti con uno o più FRV. La velocità sistolica, è risultata nella media (24.2 cm/sec) (v.n. > 30 cm/sec), spessore medio-intimale > 0.3 mm. Tutti sottoposti a VCSO, 200 X (sec. Curri). Aspetti patologici ricercati: microaneurismi apicali, tortuosità capillari, alterazioni della 'Microangiotettonica', diminuita densità capillare, stasi. Tutti trattati con PDE5-I (vardenafil 20 mg.) on-demand, per un periodo di almeno 4 mesi.

Risultati. la concomitante microangiopatia è stata nel 40.1% dei casi (261/650). I pz affetti da sola arteriopatia cavernosa (389/650) hanno risposto positivamente nel 94.8% dei casi (369/389) alla terapia. I pz affetti da concomitante microangiopatia hanno risposto nel 60.1% (157/261).

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC35**RECUPERO PRECOCE DELLA FUNZIONE SESSUALE IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA NERVE-SPARING ROBOT-ASSISTITA CON TECNICA DI DISSEZIONE DEL FASCIO VASCOLO-NERVOSO 'A FREDDO' E CLIP-LESS: ESPERIENZA PRELIMINARE MONO-CENTRICA**Roberto La Rocca¹, Paolo Verze¹, Salvatore Scuzzarella², Carmine Sciorio², Ciro Imbimbo¹, Alessandro Palmieri¹, Vincenzo Mirone¹¹UOC Urologia, AOU Federico II - Napoli; ²UOC Urologia, Ospedale A Manzoni, Lecco (Mi)

Scopo dello studio: Valutare il recupero precoce della funzione sessuale in pazienti sottoposti a prostatectomia nerve-sparing robot-assistita con tecnica di dissezione del fascio vascolo-nervoso 'a freddo' e clip-less presso un singolo centro.

Pazienti e metodi: 32 pazienti con IIEF-5 pre-operatorio nella norma (> = 22), sottoposti all'intervento chirurgico da Gennaio a Luglio 2014 [5 casi (15,6%) nerve-sparing bilaterale (BNS), 14 (43,7%) monolaterale (MNS)]. Tutti i pazienti hanno assunto Tadalafil 5mg/die a partire dal giorno della rimozione del catetere vescicale e sono stati rivalutati (IIEF-EF) dopo 3 e 6 mesi.

Risultati: L'età media è risultata di 57.9 anni (DS 5.58 anni); il punteggio medio riportato all'IIEF-5 è stato di 22,9 (DS 1,12). Il punteggio medio di IIEF-5 riportato a 3 mesi dall'intervento è stato di 17,62 (DS 3,01), a 6 mesi il punteggio medio di IIEF-5 riportato è stato di 16,84 (DS 2,68). Una sub-analisi del punteggio riportato all'IIEF-5 a 6 mesi stratificata in base all'età (< 60 anni e > 60 anni) e alla tecnica chirurgica (BNS e MNS) ha evidenziato un incremento significativamente superiore per il gruppo di pazienti con età < 60 anni (+15,73 vs +6,42 pts p < 0,05) e per il gruppo BNS (+16,21 vs +8,93 pts p < 0,05).

Conclusioni: L'esecuzione di una tecnica chirurgica di dissezione del fascio vascolo-nervoso 'a freddo' e clip-less, associata alla terapia immediata con Tadalafil 5 mg/die risulta efficace nel recupero precoce della funzione sessuale dei pazienti sottoposti a prostatectomia nerve-sparing robot-assistita. In particolare l'efficacia è maggiore in pazienti con età inferiore a 60 anni e sottoposti a tecnica BNS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC36**CALCIFICAZIONI PROSTATICHE ED EIACULAZIONE PRECOCE: QUALE RUOLO E QUALI EVIDENZE?**Tommaso Cai¹, Daniele Tiscione¹, Paolo Verze², Nicola Mondaini³, Caola Iole⁴, Francesco Tassarolo⁴, Gianni Malossini¹, Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Riccardo Bartoletti³¹U.O. Multizonale di Urologia, Ospedale Santa Chiara, APSS, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli; ³Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

ze;⁴Sezione di Microscopia Elettronica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Ospedale Santa Chiara, APSS, Trento

Introduzione. L'interesse per il ruolo delle calcificazioni prostatiche è recentemente aumentato. Scopo di questo studio è stato quello di determinare le caratteristiche morfologiche, microbiologiche e patologiche di calcificazioni della prostata in pazienti con sintomi del basso tratto urinario.

Materiali e metodi. Dal novembre 2012 al marzo 2013, 58 pazienti afferenti alla stessa Unità di Urologia ed affetti da sintomi del basso tratto urinario, con o senza evidenza ecografica per calcificazioni della prostata, sono stati arruolati in questo studio prospettico di coorte. Al momento dell'arruolamento, tutti i pazienti sottoposti a valutazioni cliniche e microbiologiche per valutare la presenza di biofilm batterico. Inoltre, è stata valutata la presenza di linfociti nello sperma attraverso la citometria di flusso. Le calcificazioni prostatiche sono state raccolte ed analizzate con il microscopio a scansione elettronica da tutti i pazienti che erano stati sottoposti a biopsia prostatica. Ad ogni paziente è stato somministrato il questionario: PEDT, IPSS, IIEF-15. Tutti i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, in relazione o meno alla presenza di calcificazioni prostatiche: Gruppo A: pazienti con calcificazioni, Gruppo B: pazienti senza calcificazioni.

Risultati. 56 pazienti sono stati analizzati (età media 56,7). Due sono stati esclusi per mancanza di dati.

21 pazienti arruolati nel Gruppo A, mentre 35 nel Gruppo B.

I questionari erano: Gruppo A - IPSS 16.5 ± 1.2 ; Gruppo B - IPSS 18.1 ± 0.9 ; Gruppo A - IIEF-15 27.3 ± 2.1 ; Gruppo B - IIEF-15 28.1 ± 0.7 ; Gruppo A: PEDT 3.1 ± 2.2 ; Gruppo B: PEDT 16 ± 1.7 .

Il volume prostatico medio è stato di 45,3 cc (in tutti i pazienti). Nel gruppo A 13 su 21 (61.9%) ha mostrato risultati positivi in analisi micrbiological mentre nel Gruppo B 6 su 17 (35.2%) ($p < 0,003$). Nel gruppo A i pazienti hanno mostrato una più alta prevalenza di linfociti nel liquido seminale rispetto Gruppo B ($p < 0.001$).

Inoltre, nel gruppo A prevalenza di produttori fortemente biofilm era superiore nel gruppo B ($p < 0,003$). L'analisi al microscopio a scansione elettronica ha dimostrato che le calcificazioni prostatiche mostravano una struttura tri-dimensionale e morfologica molto simile alle biofilm batterici in vitro.

Discussione. Il presente studio dimostra che le calcificazioni prostatiche possono rivestire un ruolo preciso nei pazienti affetti da sintomatologia del basso apparato urinario e sessuale, in particolare per quanto riguarda l'eiaculazione precoce.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC37

LA PREVENZIONE ANDROLOGICA INIZIA NELLE SCUOLE

Giuseppe Benedetto¹, Giuseppe Abatangelo¹, Filippo Nigro¹, Giovanni Filippo Borso², Aandrea Tasca¹

¹UOC Urologia Ospedale San Bortolo Vicenza; ²Medico in formazione specialistica di medicina di base ULSS 3

Introduzione e scopi. da molti anni stiamo attuando un programma di prevenzione andrologica didattica e clinica nelle scuole della nostra ULSS dal titolo prevenzione andrologica dell'adolescente

Materiale e metodi. Il corso tenuto da un andrologo di riferimento, si articola in tre fasi: un questionario anonimo da noi elaborato, consegnato ad inizio anno agli studenti e mirante a valutare le conoscenze andrologiche e le abitudini di vita dei ragazzi; quindi svolgiamo durante l'anno un incontro di 2 ore con le classi III-IV delle scuole superiori (nell'anno 2014-2015 coinvolte 9 scuole per un totale di 1350 studenti di età media di 17 anni) dove sono illustrate le principali patologie andrologiche adolescenziali ed infine al termine dell'incontro i ragazzi, previo consenso informato dai genitori, vengono sottoposti a visita andrologica gratuita dove viene sottolineato l'importanza dell'autopalpazione del testicolo come diagnosi precoce della neoplasia

Risultati. Dai questionari raccolti abbiamo evidenziato che l'età media di un primo rapporto dei ragazzi è tra 13-16 anni. Iniziano prima gli studenti che frequentano istituti professionali e tecnici (13-14 anni), battesimo sessuale più tardivo per liceali (16 anni) L'esperienza della prima volta viene cercata e vissuta in base a desideri, valori, principi, status sociale diversi. Quasi tutti, invece, usano il profilattico come contraccettivo (93%). Il 56% dei ragazzi inizia a fumare intorno ai 15 anni per curiosità, emulazione degli amici e fumano in media 10 sigarette/die (8-15), ma meno del 5% di loro era a conoscenza del rapporto del fumo e disfunzione erettile. Il 37% aveva già effettuato una visita andrologica durante la visita medico sportiva, e il 31% di loro era a conoscenza dell'autopalpazione del testicolo e la effettuava anche se saltuariamente. Dei 1350 studenti hanno aderito alla visita andrologica 1100 studenti (94%) Dalla visita andrologica le patologie di più frequenti riscontro: il varicocele nel 30%, di vario grado, la fimosi nel 15% e ipogonadismo nel 1%, idrocele 1%.

Discussione. Nell'età adolescenziale le patologie andrologiche hanno un'incidenza del 30-40% e possono essere suddivise tra quelle diagnosticabili facilmente e altre più asintomatiche che, se non sono riconosciute e trattate per tempo, potranno causare problemi d'infertilità (è il caso del varicocele, infezioni urogenitali) oltre che neoplasie. È importante, quindi, offrire ai nostri giovani l'opportunità di riconoscere questi problemi prima che possano comportare dei danni per la loro vita riproduttiva. Oggi, che è venuto meno il sistema di controllo della visita medica di leva obbligatoria, una cultura che preveda lo screening tra gli adolescenti si rivela un'opzione

determinante per impedire che simili patologie possano sfuggire all'osservazione precoce.

Conclusioni. Sarebbe auspicabile che tali programmi di prevenzione potessero essere attuate da tutte le ULSS e le unità operative di Urologia/Andrologia sul territorio nazionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC38

EFFETTI DEL TRATTAMENTO DEL LIQUIDO SEMINALE CON MYO-INOSITOLI IN PAZIENTI CHE PRESENTANO VISCOSITÀ AUMENTATA ED IN PAZIENTI CON VARICOCELE DI II-III GRADO

Filomena Scarselli¹, Giorgio Franco², Erika Iovine¹, Mara Lobascio¹, Valentina Casciani¹, Donato Dente³, Maria Giulia Minasi¹, Ermanno Greco¹

¹European Hospital, Roma; ²Dip.to Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; ³Reparto Urologia, Abano Terme

Scopo del lavoro è valutare la capacità del MYO-inositolo (MYO) di aumentare la motilità degli spermatozoi in pazienti con 1) seme iperviscoso e 2) varicocele di grado II e III. È stato dimostrato che il trattamento con MYO-inositolo migliora la motilità degli spermatozoi nei pazienti che presentano oligoastenoteratozoospermia; inoltre in pazienti normospermici è stato osservato un aumento nel numero di spermatozoi dopo capacitazione.

Nella prima parte del nostro studio sono stati inclusi di 33 pazienti (GRUPPO VIS) astenozoospermici (età media 39.6 ± 1.15) con viscosità aumentata (filamento > 2 cm), concentrazione del liquido seminale (LS) > 2 ml/ml, motilità progressiva (PR) compresa tra 5% e 32% e assenza di varicocele.

Nella seconda parte, sono stati inclusi 30 uomini (GRUPPO VAR) astenozoospermici (età media 39.9 ± 0.89) con varicocele di grado II e III (classificazione secondo Sarteschi), concentrazione LS > 2 ml/ml, PR = 32% e viscosità nella norma. In entrambi i gruppi ogni campione seminale è stato diviso in due: una parte è stata trattata con MYO (15 μ l MYO/ml LS), l'altra senza MYO costituiva il controllo (CON). Nel GRUPPO VIS è stata riscontrata una differenza significativa della PR tra CON e MYO (rispettivamente $24.3\% \pm 2.41$ vs $38.9\% \pm 3.00$; $p < 0.0001$).

Nel gruppo VAR non è stata invece trovata una significativa differenza nella PR tra CON e MYO (rispettivamente $22.7\% \pm 2.07$ vs $26.7\% \pm 3.31$; $p = 0.085$). Abbiamo inoltre suddiviso i campioni in categorie in base alla risposta dopo trattamento con MYO-inositolo in termini di PR: 1) high responders (HR): aumento della PR dal 61% al 100%; 2) medium responders (MR): aumento della PR dal 31% al 60%; 3) low responders (LR): aumento della PR dal 1% al 30% e 4) no responders (NR): nessun aumento della PR.

HR (61-100%) MR (31-60%) LR (1-30%) NR (0%)
VIS 19/33(57.6%) 8/33 (24.2%) 4/33(12.1%) 2/33 (6.1%)
VAR 6/30 (20%) 5/30 (16.7%) 8/30(26.7%) 11/30(36.7%)

Da questo studio emerge che nei pazienti con iperviscosità del liquido seminale l'incubazione con MYO-inositolo sembra aumentare la motilità degli spermatozoi e ridurre la viscosità. Gli spermatozoi dei pazienti con varicocele, invece, presentano una ridotta sensibilità al MYO-inositolo extracellulare. Dato che l'emivita del MYO-inositolo è molto breve (10-15 minuti), il suo utilizzo nella preparazione del liquido seminale potrebbe portare ad un miglioramento della qualità spermatica in cicli di inseminazione intrauterina.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC39

LA MICROARCHITETTURA OSSEA VERTEBRALE IN MASCHI IPOGONADICI: UNO STUDIO DEL TRABECULAR BONE SCORE

Angelo Gioia¹, Rossella Manco², Marika Caruso², Dario Del Biondo², Roberto De Thomasis², Claudia Petini², Simona Di Francesco², Giancarlo Balercia¹, Raffaele Lanfranco Tenaglia²

¹Clinica Endocrinologica, Università Politecniche delle Marche, Ancona, Italia; ²Clinica Urologica, Università G. D'Annunzio, Chieti

Introduzione. Nella popolazione maschile e femminile è stato riportato un rischio di frattura indipendente dalla Bone Mineral Density (BMD) e correlato ad un indice della microarchitettura dell'osso: il Trabecular Bone Score (TBS). Noi abbiamo studiato il TBS nella popolazione ipogonadica maschile.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati 13 maschi ipogonadici con nuova diagnosi, comparabili per età e BMI con 10 soggetti sani utilizzati come controllo. Sono stati sottoposti a valutazione clinica, biochimica e ad una DEXA per la valutazione della BMD vertebro-femorale e del TBS vertebrale.

Risultati. I soggetti ipogonadici ed i controlli sono confrontabili per età, BMI, abitudine tabagica, assunzione di alcool e prevalenza di attività fisica. I soggetti ipogonadici rispetto al gruppo di controllo presentano livelli significativamente ridotti di testosterone totale (TT) ($p < 0,001$), estradiolo (E2) ($p < 0,01$), 25-OH D vitamina ($p < 0,05$), BMD, T-score, Z-score e TBS vertebrali (rispettivamente $p < 0,05$). Tra i soggetti ipogonadici, 6 sono risultati affetti da ipogonadismo primario (IP) e 7 da ipogonadismo secondario (IS). I pazienti con IS, rispetto al gruppo di controllo, hanno valori inferiori di: LH, E2, TT, (rispettivamente $p < 0,05$), 25-OH D vitamina ($p = 0,05$), BMD, T-score, Z-score vertebrali (rispettivamente $p < 0,01$) e TBS vertebrale ($p = 0,01$). I pazienti con (IP) ed il gruppo di controllo non differiscono per i parametri ossei studiati. Suddividendo la popolazione ipogonadica in terzi di BMD vertebrale, si riscontra un valore di TBS più basso nel I terzile vs II terzile ($p = 0,05$), vs III terzile ($p < 0,05$) e vs il gruppo di controllo ($p < 0,01$); i livelli di 25-OH D vitamina sono risultati inferiori nel I terzile rispetto al II terzile e rispetto al gruppo di controllo (rispettivamente $p <$

0,05); tra i terzili di BMD non sono state riscontrate differenze significative per TT ed E2.

Conclusioni. l'ipogonadismo maschile, in particolare la forma secondaria, si caratterizza per bassi livelli di 25-OH D vitamina, per una compromissione della densità minerale ossea e della microarchitettura trabecolare valutata con TBS. Nei soggetti ipogonadici, valori di vitamina D marcatamente ridotti contribuiscono ad alterare non solo la densità minerale ossea ma anche la microarchitettura trabecolare indipendentemente da altri fattori di confondimento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC40

MODIFICAZIONE DELLA VISCOSITÀ (DETERMINATA ANALITICAMENTE) DEL PLASMA SEMINALE E DI PARAMETRI DI STRESS OSSIDATIVO (ROS, IL-1, TNF-ALFA, IL-6) IN FUNZIONE DELLA RISPOSTA ALL'ANTIBIOTICO TERAPIA IN PAZIENTI CON PROSTATITE CRONICA MICROBICA

Roberto Castiglione¹, Giuseppe Sidoti², Beatrice O. Vicari¹, Enzo S. Vicari¹

¹UOC Andrologia e Endocrinologia, AOU Policlinico-Vitt Emanuele, Dip. Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Catania; ²UOSD Medicina Interna Ambulatorio Andrologia e Endocrinologia ARNAS Garibaldi, Catania.

Recentemente abbiamo dimostrato una iperviscosità nel plasma seminale associata a stress ossidativo espresso da iperproduzione di ROS, citochine e leucitospermia in pazienti con prostatite cronica batterica. In questo studio abbiamo valutato come la risposta alla levofloxacina (500mg/die per 2 sett./mese per tre mesi) in 80 pazienti (età media 33 aa, range 25-38) con prostatite batterica (germi > 10⁵ CFU/mL, n = 75; Chlamydia, n = 5) in termini di eradicazione vs. poor-responsività si riflettesse su modifiche della iperviscosità (determinata con strumentazione analitica per viscosimetria) e di altri markers (ROS, IL-1, TNF-alfa, IL-6) di stress ossidativo.

Risultati. Il protocollo delineò due subgruppi: 50 (65%) pazienti erano responsivi e 30 (35%) erano poor-responders (germi < 10³ CFU/mL, n = 28; Chlamydia, n = 2). Rispetto ai valori medi di pre-trattamento della viscosità (13 mPas/sec.), e di altri parametri spermatici e markers di stress ossidativo, il sub-gruppo con eradicazione microbica esibì miglioramento significativo dei valori medi della motilità spermatica progressiva (28% vs. 17% del pre-trattamento), dei valori della viscosità (6.8 mPas/sec.), e del pannello dei markers pro-ossidanti valutati. Il sottogruppo parzialmente responsivo alla levofloxacina fece osservare un peggioramento di tutte le variabili analizzate compresi i valori della viscosità (23 mPas/sec.).

Conclusioni. Una parziale rimozione delle noxae microbiche sembra alimentare una maggiore risposta infiammatoria sia in termini chimico-fisici che biochimici di stress ossidativo (meccanismi plurimi e di incerta interpretazione).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC41

ASPETTI PSICOLOGICI E SESSUOLOGICI NEI GIOVANI PAZIENTI AFFETTI DA COMPLESSO ESTROFIA VESCICALE - EPISPADIA: DIFFERENZE E SIMILITUDINI TRA SESSO MASCHILE E FEMMINILE

Massimo di Grazia¹, Sandra Pellizzoni¹, Michele Rizzo², Paolo Umari², Giovanni Chiriaco¹, Giovanni Liguori², Carlo Trombetta², Waifro Rigamonti¹

¹IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, Università di Trieste, Trieste, Italy; ²Ospedale di Cattinara, Università di Trieste, Trieste, Italy.

Introduzione. Il complesso estrofia-epispadia (EEC) è una rara malformazione congenita che colpisce il sistema genito-urinario, la parete addominale e le strutture pelviche di 1 su 35.000 bambini nati vivi. L'aspetto psico-sessuologico di questi giovani pazienti è estremamente complesso ed ancora gran parte sconosciuto. Bambini di ambedue i sessi vengono sottoposti a complessi trattamenti chirurgici volti ad ottenere una buona continenza urinaria ed un soddisfacente aspetto estetico con l'obiettivo di aumentare la loro qualità della vita. In passato, per i migliori risultati chirurgici ottenibili nei pazienti di sesso femminile, si reputava questa patologia più disabilitante per i pazienti di sesso maschile, in particolare per quanto riguarda l'aspetto psico-sessuologico. La comprensione dell'aspetto psico-sessuologico nei pazienti affetti da EEC è l'elemento fondamentale che ci permette di migliorare la loro qualità della vita. L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare e comprendere meglio l'aspetto psico-sessuologico dei giovani pazienti affetti da EEC, evidenziando le principali similitudini e differenze tra i due sessi.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato una coorte di 40 pazienti con EEC (20 maschi e 20 femmine) con età che variavano da 18 a 51 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico ed hanno ottenuto buoni risultati funzionali ed estetici. L'analisi è stata eseguita mediante l'utilizzo del questionario validato sulla popolazione italiana, Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring-SESAMO.

Risultati. Diversamente da quello che si pensava in passato, i dati ottenuti da SESAMO ci permettono di affermare che, i pazienti di entrambi i sessi, soffrono in modo molto simile la loro condizione patologica, sia dal punto di vista emotivo che psico-sessuologico.

Conclusioni. In passato si pensava che l'impatto psico-sessuologico nei pazienti di sesso maschile affetti da EEC fosse maggiore rispetto a quello nei pazienti di sesso femminile. I dati ricavati dimostrano che, come succede nei maschi, anche le femmine vivono negativamente la loro condizione patologica sia dal punto di vista emotivo che psico-sessuologico. La patologia compromette seriamente la qualità della vita delle pazienti e, alla luce dei dati ottenuti, pensiamo che il trattamento di questa condizione debba includere un significativo supporto psico-sessuologico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC42**LA FUNZIONE ORGASMICA CORRELA CON I LIVELLI DI TESTOSTERONE – RISULTATI DI UNO STUDIO TRASVERSALE IN UOMINI AFFETTI DA DISFUNZIONE ERETTILE**

Angela Pecoraro², Eugenio Ventimiglia¹, Paolo Capogrosso^{1,2}, Luca Boeri¹, Alessandro Serino¹, Giovanni La Croce^{1,2}, Giulia Castagna^{1,2}, Marco Paciotti^{1,2}, Roberta Scano¹, Dana Kuefner¹, Rocco Damiano³, Francesco Montorsi^{1,2}, Andrea Salonia^{1,3}

¹Divisione di Oncologia/Unità di Urologia; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italia; ²Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; ³Dottorato di Ricerca in Urologia, Università Magna Graecia, Catanzaro, Italia

Introduzione and obiettivi. Abbiamo cercato di individuare i predittori clinici della funzione orgasmica (FO) nella vita quotidiana in una coorte di pazienti affetti da disfunzione erettile (DE) che si sono presentati per la prima volta dal medico specialista per la comparsa di disfunzione sessuale.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati completi, sia socio demografici che clinici di 410 pazienti affetti da DE. Le comorbidità sono state definite con il Charlson Comorbidity Index (CCI). Tutti i pazienti hanno completato i domini del questionario International Index of Erectile Function (IIEF) e del Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ). La funzione orgasmica è stata definita normale per valori inferiori alla mediana del punteggio del dominio OF dell'IIEF. Il testosterone totale sierico (tT) è stato dosato per ogni paziente. L'ipogonadismo è stato definito per valori di tT < 3 ng/ml. Sia le analisi statistiche descrittive sia i modelli di regressione logistica hanno testato l'associazione tra i parametri clinici e la FO.

Risultati. La media (mediana) dei punteggi per il dominio della funzione orgasmica dell'IIEF (IIEF-OF) è stata di 6.9 (8.0). Complessivamente, 182 (44.4%) pazienti avevano dei punteggi dell'IIEF-OF al di sotto della mediana; di questi, uno su quattro presentava un'età inferiore ai 40 anni. Il valore della media (mediana) del tT è stato di 4.7 (4.5) ng/mL. L'ipogonadismo è stato osservato in 81 (19.8%) pazienti. I pazienti con punteggi più bassi del dominio IIEF-OF presentavano un'età [età media (SD): 47.4 (13.0) vs. 50.1 (15.4) anni; $p < 0.01$] e un CCI più alto [valore medio (SD): 0.42 (0.9) vs. 0.63 (1.0); $p = 0.003$]. All'analisi della regressione lineare multivariata (MVA), l'IIEF-OF decresceva linearmente con i valori del tT ($\Delta\hat{Y}$ 0.195; $p = 0.027$) e con i punteggi del MSHQ-EF ($\Delta\hat{Y}$ 0.36; $p < 0.001$), tenuto conto dell'età e del CCI. Inoltre sempre la MVA ha mostrato come l'ipogonadismo (OR 3.99; $p = 0.007$) e i punteggi del dominio MSHQ-EF (OR 0.86; $p = 0.004$) siano fattori predittivi indipendenti per un ridotto IIEF-OF, sempre in base all'età e al CCI.

Conclusioni. Una ridotta FO, interpretata oggettivamente tramite i domini dell'IIEF, è molto frequente in individui affetti da DE nella vita quotidiana, interessando un paziente giovane ogni 4 uomini affetti. IIEF-

OF decresce linearmente con i punteggi dell'EF totale. Inoltre, l'ipogonadismo e i punteggi dell'MSHQ-EF sono risultati predittori indipendenti per un'alterata funzione orgasmica all'IIEF-OF.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC43**IPOGONADISMO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA: TRATTAMENTO CON TESTOSTERONE GEL**

Maurizio Carrino, Luigi Pucci, Clemente Meccariello, Fausto Monaco, Gaetano Battaglia, Francesco Chiancone, Paolo Fedelini

A.O.R.N. A. Cardarelli - U.O.S.D. Andrologia Chirurgica, Napoli

Introduzione e obiettivi. L'efficacia della terapia sostitutiva con testosterone (T.R.T.) in pazienti selezionati secondo i criteri del Massachusetts Male Aging Study è ampiamente supportata dalla letteratura degli ultimi cinque anni. Contemporaneamente numerosi autori ne hanno certificato la sicurezza in termini di presunto induttore del carcinoma prostatico. Come regolarsi nei pazienti trattati con prostatectomia radicale sierologicamente stabile con ipogonadismo?

Materiali e metodi. Dal gennaio 2011 al Dicembre 2012 sono stati selezionati 24 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale e con sintomi di ipogonadismo a cui è stata proposta terapia con testosterone gel al 2% informando sui benefici e sui rischi. 6 pazienti hanno rifiutato il trattamento. I criteri di inclusione nei 18 pazienti sono stati: sintomi di ipogonadismo, testosterone < 300 ng/dl, PSA < 0,1 ng/dl, malattia pT2N0 con margini negativi, Gleason Score ?7. Tutti sono stati sottoposti a valutazione clinica completa per escludere altre controindicazioni alla terapia (apnea notturna, policitemia, epatopatia cronica, ipertensione grave e scompenso cardiaco). PSA, emocromo e testosterone totale sono stati ripetuti al 3°, 6° e 12° mese. La T.R.T. ha avuto inizio in media al 26° mese post operatorio ed è stata condotta con testosterone gel 2% 60mg/die in tre somministrazioni.

Risultati. In 15 su 18 pazienti al 12° mese è stato riscontrato un miglioramento significativo dello score di qualità di vita ed un incremento medio del testosterone totale da 255 ng/dl a 427 ng/dl. In 3 pazienti non si è osservato miglioramento dello score nonostante valori normali di testosterone. In nessun paziente è stata riscontrata progressione sierologica di malattia. In 1 paziente è stato riscontrato un aumento transitorio del PSA al 3° mese (0,02-0,05) rientrato spontaneamente nei parametri pre-trattamento.

Conclusioni. La T.R.T. in pazienti già sottoposti a prostatectomia radicale per adenocarcinoma prostatico localizzato è tuttora controversa. È stato calcolato che per riscontrare un incremento del 20% del tasso di recidiva con un'affidabilità dell'80% ed una significatività del 5% sarebbe necessario un campione di 85862 pazienti osservati per almeno 12 mesi. Nonostante i nostri risultati in linea con quelli di numerosi autori

riteniamo che la T.R.T. vada attentamente discussa con il paziente ed al momento utilizzata esclusivamente in pazienti con buona prognosi con basso rischio di recidiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC44

CONNESSIONE TRA SINTOMI DELLE BASSE VIE URINARE SECONDARI AD IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA E SINDROME METABOLICA: UNA REVIEW SISTEMATICA CON META-ANALISI

Giorgio Ivan Russo, Vincenzo Favilla, Salvatore Privitera, Tommaso Castelli, Eugenia Fragalà, Sebastiano Cimino, Giuseppe Morgia

Clinica Urologica, Università degli Studi di Catania

Introduzione ed obiettivi. La sindrome metabolica (SM) rappresenta una condizione clinica con forte impatto socio-economico, associata ad aumentata morbilità e mortalità. Diversi studi hanno evidenziato un legame tra SM, ingrossamento della ghiandola prostatica (BPE), iperplasia prostatica benigna (IPB) e sintomi del basso tratto urinario (LUTS). Sebbene una recente meta-analisi ha evidenziato che nei pazienti affetti da SM, il volume prostatico (PV) è maggiore rispetto ai soggetti sani, tuttavia una stretta correlazione fra BPE, SM e severità dei LUTS non è ancora ben definita. L'obiettivo di questa revisione sistematica con meta-analisi è quello di valutare le connessioni tra LUTS, BPE e SM.

Materiali e metodi. È stata eseguita una ricerca su Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed, EMBASE, the Cochrane Database of Systematic Review, e Web of Science, aggiornata a Dicembre 2014. È stata condotta una meta-analisi per determinare le differenze medie (MD) e gli intervalli di confidenza dei punteggi IPSS totale, IPSS-voiding, IPSS-storage e il volume prostatico (PV) in soggetti sani e in pazienti affetti da sindrome metabolica. È stato, infine, calcolato l'odds-ratio per stimare il rischio di avere LUTS moderati-severi (IPSS = 8) nei pazienti con sindrome metabolica e determinare il ruolo che ha ogni singola componente della SM ha nel determinare i LUTS stessi.

Risultati. Sono stati identificati 20 studi comprendenti 18.476 pazienti: 5554 (30.06%) affetti da SM e 12922 (69.94%) soggetti sani. L'analisi dei dati non ha mostrato differenze significative tra IPSS, IPSS-voiding e IPSS-storage negli uomini con o senza SM; il volume prostatico, invece, si associa con l'aumento del punteggio IPSS (MD = 2.18; p = 0.03). La presenza di SM non era significativamente correlata alla presenza di LUTS moderati-severi (odds ratio = 1.13; p = 0.53) mentre l'ipertrigliceridemia, il diabete e l'insulino-resistenza si associano ad un aumentato rischio di Sindrome Metabolica.

Conclusioni. L'associazione tra SM e LUTS-IPB correlati è ancora poco chiara, ulteriori studi osservazionali, al fine di valutare l'impatto che tale condizione clinica ha sul basso tratto urinario, sono necessari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC45

STORIA NATURALE DELL'INFEZIONE DA HPV NEL MASCHIO AFFETTO DA PROSTATITE CRONICA: COSA DOBBIAMO ASPETTARCI?

Tommaso Cai¹, Daniele Tiscione¹, Paolo Verze², Nicola Mondaini³, Gianni Malossini¹, Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Sandra Mazzoli⁴, Francesca Meacci⁴, Riccardo Bartoletti³

¹U.O. Multizonale di Urologia, Ospedale Santa Chiara, APSS, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli;

³Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ⁴Centro MTS, Ospedale Santa Maria Annunziata, ASL 10, Firenze

Introduzione. Un recente studio italiano ha dimostrato come la prevalenza di HPV nei giovani maschi affetti da sintomatologia dolorosa pelvica e/o prostatite cronica è di circa il 12%. Al momento, però, poco si conosce sulla storia naturale di questa infezione nei giovani maschi. Scopo di questo studio è la valutazione della storia naturale dell'infezione in una coorte di pazienti affetti da HPV e seguiti per oltre 7 anni.

Materiali e metodi. Nel periodo compreso tra Gennaio 2006 e Dicembre 2007 sono stati selezionati 115 pazienti da una coorte di 1,009 pazienti. Questi pazienti sono stati valutati test specifici per HPV-DNA e genotipizzazione. HPV 16 era presente nel 20,7% dei positivi, HPV 18 nel 31,1%; HPV 31, 33, 45 e 58, 10,9%, 9,1%, 6,2% ed il 10,4%. 69 pazienti sono risultati non genotipizzabili. L'associazione 16 18 si è evidenziata nel 6,1% dei casi. Questi pazienti sono stati seguiti nel tempo con analisi microbiologici e questionari specifici per la valutazione della sintomatologia (NIH-CPSI, IPSS).

Risultati. Dei 115 pazienti identificati nelle coorte, 10 sono stati persi nel follow-up e 105 sono stati valutati. Ad un follow-up medio di 79.4 mesi, 74 pazienti sono andati incontro ad una negativizzazione dei test per HPV (70.5%), con un tempo medio alla negativizzazione di 24.3 mesi, mentre 31 sono risultati positivi ai test. Dei 74 pazienti andati incontro a clearance dell'infezione, 31 non erano genotipizzabili, mentre 14 erano positivi ad HPV 16, 9 ad HPV 31 e 20 ad altri HPV. I pazienti con infezione persistente erano positivi ad HPV 16 in 2 casi, HPV 18 in 3 casi, non genotipizzabili in 14 casi, e gli altri 12 a ceppi a basso rischio. Non c'è stata nessuna correlazione tra la clearance dell'infezione e la sintomatologia. Inoltre, abbiamo notato come i ceppi a basso rischio oncogeno sono quelli a maggiore prevalenza di clearance (p = 0.003).

Conclusioni. Il presente studio dimostra per la prima volta la storia naturale dell'infezione da HPV in giovani maschi affetti da sintomatologia dolorosa pelvica e/o prostatite cronica. Tale studio ha dimostrato come la clearance completa dell'infezione è del 70.5% ed in particolare modo quando l'infezione è sostenuta da ceppi a basso rischio. La questione ancora aperta è questa: la clearance dell'infezione è dovuta all'attivazione del sistema immunitario e quindi dell'eliminazione del virus dall'organismo ospite o è dovuta anche ad una

integrazione del materiale genetico del virus HPV in quello dell'ospite?

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC46

TRATTAMENTO DEL LICHEN GENITALE CON POLIDESOSSIRIBONUCLEOTIDE (PLACENTEX INTEGRO)

Alessandro Zucchi¹, Carlo Porrozzi¹, Luca Lepri¹, Tommaso Villirillo¹, Manuel Dibiasi¹, Giuseppe Dachille²

¹Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia; ²Urologia, Ospedale S. Giacomo, Monopoli

Introduzione. In questo studio proponiamo l'utilizzo del Polidesossiribonucleotide (PDRN) nel trattamento del lichen genitale maschile. Tale farmaco svolge 3 azioni fondamentali: stimolazione dei fibroblasti e dei fattori costituenti la matrice dermica; favorisce il meccanismo di 'Salvage' del DNA; stimola il fattore di crescita endoteliale (VEGF). L'effetto finale è lo stimolo alla rigenerazione cellulare che può essere utilizzato o nella riparazione delle perdite di sostanza o, in caso di cute integra, nel miglioramento del trofismo cutaneo

Materiali e metodi. Dal dicembre 2013 al dicembre 2014 abbiamo arruolato in questo studio pilota prospettico non randomizzato 21 pazienti di età compresa tra 34 e 77 anni (media 56) affetti da Lichen Sclerosus del glande e/o prepuzio.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a trattamento mediante infiltrazioni sottocutanee locoregionali (pomfi) con PLACENTEX INTEGRO (polidesossiribonucleotide mg 5,625) eseguite mediante una normale siringa da 5 ml ed ago da insulina o mesoterapia (27/30 Gauge). Tutti i pazienti sono stati rivalutati alla fine del trattamento mediante esame obiettivo clinico, questionario DLQI e IIEF pre- e post-trattamento. Inoltre ai pazienti veniva somministrato questionario PGI-I per una valutazione soggettiva riguardo al trattamento.

Risultati. Ad un follow-up medio di 6 mesi (3-14 mesi) tutti i pazienti riferivano un miglioramento soggettivo caratterizzato da una maggiore elasticità del prepuzio e riduzione dei sintomi irritativi locali. La valutazione statistica dei risultati ottenuti al DLQI hanno dimostrato chiaramente come ci sia stato un netto miglioramento in termini di qualità di vita del paziente dopo il trattamento con una variazione media dello score da 15 (5-30) a 4 (2-30) $p < 0.0001$. Al contrario non c'è stata una variazione statisticamente significativa in termini di funzione sessuale all'IIEF. Infine c'è stato un miglioramento soggettivo caratterizzato da una maggiore elasticità del prepuzio e riduzione dei sintomi irritativi locali nell'80% dei casi (questionario PGI-I)

Conclusioni. Non esistono allo stato attuale terapie standard per il trattamento del lichen genitale. Il PDRN (placentex integro) può rappresentare una nuova realtà, anche se ulteriori studi con casistiche più ampie saranno necessari per trarre conclusioni definitive.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC47

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

Pasquale Fele¹, Paolo Verze¹, Tommaso Cai², Daniele Tiscione², Irene Tamanini², Alessandro Palmieri¹, Roberto La Rocca¹, Marco Franco¹, Vincenzo Mirone¹

¹Dipartimento di Urologia, Università degli studi di Napoli Federico II; ²UOC Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

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

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

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

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

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC48**L'ESTRATTO DI POLLINE ASSOCIATO A VITAMINE (DEPROX 500®) È IN GRADO DI RIDURRE LE RECIDIVE SINTOMATICHE IN PAZIENTI AFFETTI DA CP/CPSS: RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO DI COORTE**

Tommaso Cai¹, Paolo Verze², Daniele Tiscione¹, Lorenzo Giuseppe Luciani¹, Nicola Mondaini³, Gianni Malossini¹, Alessandro Palmieri², Vincenzo Mirone², Riccardo Bartoletti³

¹U.O. Multizonale di Urologia, Ospedale Santa Chiara, APSS, Trento; ²Dipartimento di Urologia, Università Federico II, Napoli; ³Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione. La terapia di pazienti affetti da prostatite cronica /dolore pelvico cronico (CP/CPSS) non è soddisfacente, sia per la scarsa efficacia nella riduzione della sintomatologia in acuto che per la scarsa efficacia nel prevenire le recidive. Recentemente, è stata dimostrata l'efficacia dell'associazione estratto di polline e vitamine gruppo B (DEPROX 500®) nel ridurre la sintomatologia e migliorare la qualità di vita nei pazienti affetti da CP/CPSS. Scopo di questo studio prospettico di coorte è valutare l'efficacia dell'associazione estratto di polline e vitamine gruppo B (DEPROX 500®) nella prevenzione delle recidive sintomatiche in pazienti affetti da CP/CPSS.

Materiali e metodi. Dal Marzo all'Ottobre 2012, sono stati arruolati 78 pazienti affetti da CP/CPSS in uno studio randomizzato e controllato. I pazienti erano stati sottoposti a trattamento di DEPROX 500® o ibuprofene. I pazienti sono stati seguiti nel tempo con valutazioni semestrali per la valutazione della sintomatologia e delle recidive utilizzando questionari dedicati (NIH-CPSI, IPSS) e visita urologica. A Dicembre 2014 (22.1 mesi di follow-up) sono stati analizzati i dati e confrontati i due gruppi (Pazienti sottoposti a DEPROX 500® e pazienti sottoposti a ibuprofene).

Risultati. Dei 78 pazienti arruolati nel precedente studio, 71 sono stati analizzati (7 sono stati persi al follow-up), gruppo DEPROX 500® 34, gruppo ibuprofene 37. Nel Gruppo DEPROX 500® abbiamo osservato che 8 su 34 (23.5%) hanno dimostrato almeno una recidiva sintomatologica (NIH-CPSI 23.73 ± 0.6), mentre 14 nel gruppo ibuprofene (37.8%) (NIH-CPSI 25.93 ± 1.3). I due gruppi hanno dimostrato una differenza statisticamente significati in termini di recidive sintomatologiche ($p < 0.001$); inoltre, i pazienti nel gruppo ibuprofene hanno dimostrato delle recidive sintomatologiche con un maggiore impatto sulla qualità di vita (score sintomatologici, $p < 0.001$).

Discussione. Il presente studio dimostra che l'utilizzo di DEPROX 500® nei pazienti affetti da CP/CPSS è in grado di ottenere benefici anche in termini di riduzione del numero delle recidive sintomatologiche, quando confrontato con ibuprofene. Tale effetto è probabilmente dovuto all'efficacia dell'estratto di polline che è in grado di determinare un effetto non solo anti-infiammatorio ma anche antiossidante che potrebbe

avere un effetto maggiorante duraturo sul parenchima prostatico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

VIDEO**V01****SCROTOPLASTICA RIDUTTIVA PER AMARTOMA MUSCOLARE GIGANTE DELLO SCROTO E CONTESTUALE RICOPERTURA DEL PENE CON INNESTO DERMOEPIDERMICO**

Luigi Rolle¹, Paolo Bogetti², Massimiliano Timpano¹, Carlo Ceruti¹, Omid Sedigh¹, Marco Falcone¹, Mirko Preto¹, Mattia Sibona¹, Bruno Frea¹

¹AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Sede Molinette - Clinica Urologica; ²AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Sede San Lazzaro, Divisione di Chirurgia Plastica

Introduzione. L'amartoma per definizione è una formazione tumorale benigna che dal punto di vista istopatologico riunisce in sé elementi cellulari di varia origine che appartengono comunque ai normali tessuti dell'organismo.

Materiali e metodi. Presentiamo il caso di un uomo di 70 anni giunto alla nostra osservazione a Gennaio 2015 per la comparsa di un notevole aumento volumetrico della borsa scrotale tale da impedire la deambulazione e l'assunzione della posizione ortostatica per tempi prolungati. All'esame obiettivo risultava evidente il quadro di 'linfedema gigante dello scroto' con multiple aree cutanee eritematose ed ulcerate. La TC eseguita durante la valutazione preoperatoria descriveva un quadro di marcato idrocele corpuscolato bilaterale escludendo eventuali ernie inguino-scrotali. Il paziente veniva quindi sottoposto a scrotoplastica riduttiva e contestuale innesto cutaneo autologo del pene. Si procedeva ad incisione a V rovesciata sullo scroto; i testicoli risultavano immersi in un tessuto lardaceo, edematoso, ipervascolarizzato che avvolgeva anche il pene. Si isolavano pene e testicoli e si procedeva ad asportazione della massa con la cute scrotale iperrappresentata conservandone una porzione sufficiente alla ricostruzione dello scroto; il pene, privo di tegumenti, veniva quindi ricoperto con un innesto dermo-epidermico prelevato dalla coscia.

Risultati. Non sono state registrate complicanze peri e post-operatorie. La porzione di scroto asportata, del peso di circa 6 Kg, alla valutazione anatomopatologica è risultata essere un amartoma muscolare dello scroto. A 2 mesi dalla procedura chirurgica l'innesto cutaneo autologo applicato all'asta peniena risulta trofico, buoni gli esiti cicatriziali a livello peno-scrotale e nella sede di prelievo dell'innesto dermoepidermico. Il paziente riferisce un netto miglioramento della sua qualità di vita sia dal punto di vista dell'autonomia per-

sonale (deambulazione ed ortostasi) che da quello estetico-funzionale dell'area genitale.

Conclusioni. L'approccio combinato di scrotoplastica riduttiva e contestuale innesto cutaneo autologo del pene ha permesso di asportare la lesione amartomatosa e di correggere, in un unico tempo, le alterazioni estetiche e le limitazioni funzionali che influenzavano in modo significativo la vita del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V02

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA IN QUADRO DI PIODERMA GANGRENOSO ACUTO DELL'ASTA PENIENA

Omid Sedigh, Marco Falcone, Mirko Preto, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Ettore Dalmaso, Guglielmo Melloni, Mattia Sibona, Bruno Frea, Luigi Rolle

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Sede Molinette - Clinica Urologica

Introduzione. Il pioderma gangrenoso è una rarissima dermatosi caratterizzata da eritema, ulcere cutanee dolorose ed essudato emorragico o muco-purulento. Il pioderma gangrenoso generalmente si associa ad una malattia infiammatoria viscerale, una malattia ematologica o reumatica oppure ad un tumore maligno.

Materiali e metodi. Presentiamo il caso di un uomo di 32 anni giunto in Pronto Soccorso per la repentina comparsa di una lesione ulcerata interessante la cute dell'asta peniena. Alla visita il paziente riferiva di essere stato sottoposto ad un intervento di postectomia pochi mesi prima presso un altro centro e di essere affetto da Emofilia C. L'esame obiettivo dimostrava un'ampia lesione necrotica cutanea dell'asta peniena dorsale compatibile con un quadro di Pioderma Gangrenoso. Sulla base dei dati disponibili in letteratura, veniva quindi suggerita dal consulente dermatologo una terapia medica a base di corticosteroidi a medie-alte dosi. Dopo circa 6 ore dall'inizio della terapia il quadro locale risultava nettamente peggiorato per cui si rendeva necessario intervenire chirurgicamente. Il paziente veniva quindi sottoposto ad una ricostruzione peniena in due tempi con messa 'a balia' dell'asta nello scroto e successiva scrotoplastica in allungamento sec. Shamsodini (Complications of penile augmentation by use of nonmedical industrial silicone. Shamsodini et al. J Sex Med. 2012 Dec.)

Risultati. Non sono state registrate complicanze peri e post-operatorie. A 6 mesi dal secondo tempo della procedura chirurgica il paziente riferisce un ottimo grado di soddisfazione sia dal punto di vista estetico che funzionale.

Conclusioni. Attraverso la suddetta procedura di chirurgia ricostruttiva è stato possibile risolvere il quadro di Pioderma Gangrenoso non responsivo alla terapia medica limitando al massimo le conseguenze estetiche e funzionali che avrebbero altrimenti influenzato in modo significativo la vita del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V03

VASO-VASOSTOMIA MICROCHIRURGICA A LIVELLO DELLA PORZIONE CONVOLUTA DEL DEFERENTE

Matteo Sampalmieri, Mario Ciletti, Claudia Caliolo, Alessandra Runci, Gabriele Tuderti, Paolo Maria Michetti, Carlo De Dominicis, Giorgio Franco

Dip.to Urologia, Policlinico Umberto I, Roma

Le tecniche microchirurgiche di reversal della vasectomia prevedono l'effettuazione di un doppio strato di sutura muco-mucoso e muscolo-avventiziale con l'ausilio di microscopio operatore. In alcuni casi la vasectomia viene erroneamente effettuata nella porzione convoluta più prossimale del deferente. In questi casi l'anastomosi in corso di reversal risulta di esecuzione più difficile perchè il moncone testicolare presenta un lume ellissoidale e molto più ampio di quello distale. Di particolare importanza sarà perciò la confezione dello strato mucoso interno con sei o più punti non riassorbibili in modo tale da rendere congrui i due lumi deferenziali. Nel video vengono mostrati i dettagli della tecnica originale di Silber in doppio strato, interno in nylon 10/0 ed esterno in nylon 9/0, effettuata con l'ausilio di microscopio operatore Zeiss Opmi 6H, in un paziente azoospermico di 46 anni vasectomizzato 15 anni prima in Iran. La vasectomia era stata effettuata bilateralmente a livello della porzione convoluta del deferente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V04

RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEI CARATTERI SESSUALI IN SENSO ANDROGINOIDE CON COMPLESSO URETRA-NEOCLITORIDE E GRAFT DI CUTE PENIENA

Giovanni Liguori¹, Gaetano Chiapparrone¹, Nicola Pavan¹, Paolo Umari¹, Michele Rizzo¹, Salvatore Scozzese¹, Giovanni Chiriaco¹, Stefano Bucci¹, Milos Petrovic², Carlo Trombetta¹

¹Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, Trieste; ²Clinica Urologica, Lubiana

Introduzione ed obiettivi. I tempi chirurgici della riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androgenoide sono definiti e ben noti a chi si occupa della problematica: creazione di un perineo esteticamente simile a quello femminile, creazione di una neovagina adeguata per rapporti sessuali soddisfacenti e confezionamento di un neoclitoride che consenta un orgasmo clitorideo. Sebbene la tecnica sia ben standardizzata presso i centri che eseguono questi interventi, i continui affinamenti della tecnica stanno dando risultati sempre più soddisfacenti sia per le pazienti che per il chirurgo; tuttavia questa tecnica è ancora perfezionabile.

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

Materiali e metodi. La tecnica descritta prevede i seguenti tempi operatori: orchietomia, asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, preparazione del moncone uretrale, creazione della neovagina,

formazioni delle grandi labbra e del cappuccio clitorideo, confezionamento dello pseudoclitoride, inserimento del gettone neoclitorideo nell'ambito di una Y di mucosa uretrale e nell'anastomosi in due piani a costituire il complesso uretra-clitoride. L'ultima innovazione è costituita dall'inserimento sul tutore vaginale di un graft di tessuto prepuziale.

Risultati. Le pazienti si sono dimostrate nel complesso soddisfatte del risultato estetico ed hanno riferito una buona sensibilità e lubrificazione del neoclitoride.

Conclusioni. I vantaggi riscontrati nelle pazienti operate con la nostra nuova tecnica, sono una miglior lubrificazione della zona neoclitoridea ed una maggior soddisfazione delle pazienti per il valido risultato estetico ottenuto. L'uretra viene utilizzata per il confezionamento di un ambiente mucoso che circonda il clitoride. La sutura in due piani permette una perfetta compatibilità delle strutture anastomizzate in quanto la sutura del tessuto uretrale con tessuto glandulare è una vivida riproduzione di quella che è la normale anatomia. L'innovazione del graft prepuziale mira ad epitelizzare anche il fondo della neocavità al fine di ridurre le stenosi terminali del canale stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V05 PLASTICA PENO-SCROTALE IN LINFEDEMA GENITALE

Giovanni Liguori¹, Gaetano Chiapparrone¹, Nicola Pavan¹, Stefano Bucci¹, Vittorio Ramella², Paolo Umari¹, Michele Rizzo¹, Carlo Trombetta¹, Emanuele Belgrano¹
¹Clinica urologica, Ospedale di Cattinara, Università di Trieste, Trieste, Italy; ²Chirurgia Plastica, Ospedale di Cattinara, Università di Trieste, Trieste, Italy

Introduzione. Il linfedema peno-scrotale è una condizione che se grave può compromettere in modo significativo la qualità della vita del paziente. L'unica terapia possibile è quella chirurgica e rappresenta una vera e propria sfida per l'operatore.

La correzione chirurgica consiste nella rimozione completa del tessuto edematoso con ricostruzione della cute peniena e della borsa scrotale. Anche se il linfedema genitale ha diverse cause conosciute spesso i pazienti che ne soffrono sono obesi.

Materiali e metodi. Mostriamo qui il caso di un uomo di 56 anni affetto da massivo linfedema peno-scrotale secondario a puntura di un insetto. L'anamnesi patologica risultava negativa per patologie di rilievo ed il suo BMI era pari a 25.8. Al momento della visita l'esame obiettivo ha evidenziato la presenza di abbondante tessuto linfo-edematoso che sovratteneva completamente l'anatomia del pene e dello scroto. Tale condizione comprometteva gravemente la funzionalità sessuale del paziente che presentava un valore di IIEF pari a 6. Durante la fase demolitiva il tessuto edematoso genitale è stato completamente asportato con l'esposizione completa del pene e dei testicoli. La ricostruzione dei tegumenti genitali è stata eseguita in collaborazione

con i colleghi chirurgici plastici mediante l'apposizione di un innesto cutaneo delle dimensioni di 12 x 18 cm. Il tempo operatorio è stato di 1 ora e 40 minuti circa; il decorso postoperatorio è stato regolare ed esente da complicanze. La degenza è durata 8 giorni. Nel periodo postoperatorio la guarigione della ferita e l'attaccamento dell'innesto sono stati ottimali. Il risultato estetico è risultato soddisfacente ed a 3 mesi dall'intervento chirurgico il paziente ha recuperato completamente la funzionalità sessuale con un' IIEF score di 18.

Conclusione. Il linfedema è una condizione caratterizzata dalla ritenzione localizzata di liquidi con aumento del volume dei tessuti dovuto ad un alterato drenaggio linfatico. L'intervento chirurgico è l'unica soluzione possibile e prevede la demolizione massiva dei tegumenti dei genitali e la loro successiva ricostruzione. Sebbene tale procedura possa sembrare rischiosa a 3 mesi dall'intervento chirurgico abbiamo potuto osservare un ottimo risultato sia estetico che funzionale con un miglioramento significativo della qualità di vita del paziente e dell' IIEF.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V06 MOBILIZZAZIONE RETROPERITONEALE DEL DEFERENTE NELLE VASOVASOSTOMIE COMPLESSE CON ACCESSO PELVICO-SCROTALE

Giovanni Liguori, Stefano Bucci, Michele Rizzo, Paolo Umari, Gaetano Chiapparrone, Giovanni Chiriaco, Francesca Vedovo, Nicola Pavan, Riccardo Boschian, Grazia Bianchi, Carlo Trombetta
Clinica Urologica Ospedale di Cattinara Trieste

Introduzione. Le lesioni iatrogene dei dotti deferenti sono complicanze ben documentate degli interventi di ernioplastica inguinale. Spesso queste lesioni compromettono una porzione del dotto deferente tanto lunga da rendere inapplicabili le comuni tecniche di ricanalizzazione della via seminale. Presentiamo un intervento di ricanalizzazione microchirurgica mediante ampia mobilizzazione della porzione pelvica del dotto deferente in paziente precedentemente sottoposto ad ernioplastica inguinale.

Materiali e metodi. Uomo di 39 anni sottoposto a 20 anni ad ernioplastica inguinale bilaterale con rete di polipropilene. In seguito all'incapacità di ottenere un concepimento è stata posta indicazione ad intervento ricanalizzazione microchirurgica della via seminale.

L'intervento è stato eseguito in anestesia generale. L'inguinotomia sulla pregressa cicatrice ha permesso di identificare rapidamente il deferente che per buona parte del suo tratto inguinale risultava incarcerato da tenaci aderenze alla parete ed alle altre strutture del funicolo. In tali condizioni l'isolamento del deferente andrebbe evitato per l'alto rischio di lesionare l'arteria testicolare. Le condizioni locali non hanno permesso il reperimento di monconi deferenziali di lunghezza adeguata al confezionamento di un'anastomosi.

Attraverso l'accesso alla cavità addominale è stata

identificata la porzione pelvica del deferente che previa apertura del peritoneo parietale è stata isolata e mobilizzata dall'anello inguinale interno sino all'incrocio con i vasi iliaci. Tali manovre hanno consentito il recupero di un moncone distale sano e sufficientemente lungo per la realizzazione di un bypass del tratto ostruito e di un'anastomosi microchirurgica tension free. La vaso-vasostomia è stata confezionata con microscopio operatore ad ingrandimento variabile 12/30X mediante il posizionamento di 6 suture a tutto spessore e 6 suture interposte a spessore parziale con filo Ethicon 9/0.

Risultati. Lo spermogramma eseguito a 6 mesi ha dimostrato la presenza di spermatozoi mobili e vitali nell'eiaculato; 14 mesi dopo l'intervento il paziente ha ottenuto una gravidanza.

Conclusioni. Le estese ostruzioni deferenziali spesso rendono inapplicabili le comuni tecniche di ricanalizzazione microchirurgica. L'isolamento della porzione pelvica del deferente consente di ottenere monconi sani e sufficientemente lunghi da permettere il bypass del tratto ostruito e la realizzazione di una vasovasostomia tension-free.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V07

PENE SOMMERSO IN ESITI DI CORREZIONE DI LICHEN SCLEROATROFICO CON LEMBO SCROTALE

Stefano Bucci, Gaetano Chiapparrone, Giovanni Ligouri, Michele Rizzo, Paolo Umari, Francesca Vedovo, Giovanni Chiriaco, Riccardo Boschian, Grazia Bianchi, Carlo Trombetta

Clinica Urologica Ospedale di Cattinara, Trieste

Introduzione. Paziente di 38 anni sottoposto a circoncisione con trasposizione di lembo scrotale per lichen scleroatrofico imponente, giunge alla nostra attenzione con un quadro di pene sommerso e conseguente impossibilità al normale svolgimento di una attività sessuale.

Materiali e metodi. Si procede ad intervento chirurgico di penoplastica. Liberazione dell'asta peniena dalle numerose sinechie, sino a livello del legamento sospenditore. L'asta, quasi del tutto disepitelizzata, viene riepitelizzata mediante due innesti dermo-epidermici di forma rettangolare dalla coscia sinistra (spessore 0,3 mm) fissati con punti Vicryl 5-0 alla base del pene e a livello del residuo del solco balano-prepuziale.

Risultati. La lunghezza del pene sommerso in estensione risultava di 4cm. Dopo liberazione dell'asta, questa risulta lunga 11cm. Al controllo dopo due settimane, il trofismo dell'innesto appare soddisfacente ed il paziente riferisce erezioni conservate.

Conclusioni. Nei casi di pene sommerso post traumatico o iatrogeno, la adesiolisi e successiva riepitelizzazione mediante innesto cutaneo a spessore parziale risulta essere una valida opzione chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V08

RICOSTRUZIONE DEI CORPI CAVERNOSI DOPO NECROSI MASSIVA, SECONDARIA AD IMPIANTO PROTESICO E CHIRURGIA DI ALLUNGAMENTO DEL PENE

Fulvio Colombo¹, Giorgio Gentile², Alessandro Franceschelli¹, Dijnovic Rados³

¹SSD Andrologia, Az-Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna; ²Clinica Urologica, Università di Bologna, Az-Osp. S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna; ³Sava Perovic Foundation, Center for Genito-Urethral Reconstructive Surgery, Belgrade, Serbia

Questo video illustra la ricostruzione dei corpi cavernosi (CC) dopo necrosi massiva, in esiti di progressiva corporoplastica a slitta per allungamento del pene associata ad impianto di protesi idraulica tricomponente in paziente (pz) affetto da Malattia di La Peyronie in stadio avanzato, disfunzione erettiva non responsiva ai farmaci e severo accorciamento del pene.

Storia clinica progressa. L'esito intraoperatorio del primo intervento risultava brillante (allungamento di oltre 3 cm). Dopo circa 20 giorni, l'incompleta cicatrizzazione coronale e la comparsa di un'area necrotica a tale livello rendeva necessaria la revisione chirurgica. Si evidenziava uno stato di diffusa sofferenza ischemica a carico dei CC con albuginea grigiastria e di scarsa consistenza. Si decideva per l'espanto dei cilindri e della pompa protesica con conservazione del serbatoio addominale. Al termine di questa fase chirurgica, i CC sembravano aver mantenuto l'allungamento iniziale. La cute inspessita e retratta non risultava però sufficiente a rivestire l'asta e si rendeva necessario un innesto dermo-epidermico full-thickness, prelevato dalla regione inguinale sinistra. Nelle settimane successive, l'attaccamento parziale dell'innesto rivelava una perdita completa dei CC, al loro terzo distale, cui faceva seguito la comparsa di una micro-fistola uretrale. Veniva eseguita una messa a piatto uretrale distale (circa 2 cm) con conservazione del tratto navicolare, e uretrografia in duplice strato.

Intervento ricostruttivo. A circa 11 mesi di distanza dal primo intervento, si è provveduto a estesa lisi dei CC residui dal tessuto cicatriziale, escissione di micro-tramite fistoloso uretrale, posizionamento di tutori soffici all'interno delle crura e dei residui apici cavernosi, rivestimento di questi ultimi con rete sagomata di materiale sintetico parzialmente riassorbibile (Utra-pro), trasposizione di lembo dartoico con riconfigurazione del setto intercavernoso, copertura della rete sintetica con tegumenti ben vascolarizzati, ottenuti da scrotoplastica di avanzamento.

Risultati. A 6 mesi dall'intervento, il risultato estetico è del tutto convincente, la sensibilità del glande consente capacità orgasmica. È in corso fisio-terapia con apparecchio vacuum. È in programma la ricanalizzazione uretrale. Una eventuale sostituzione dei tutori con cilindri protesici idraulici è in fase di valutazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V09**ALLUNGAMENTO E INGRANDIMENTO DI PENE PROTESIZZATO IN DUE PAZIENTI**

Oreste Varriale, Aldo Maffucci

U.O.C di Urologia Ospedale dei Colli Presidio V. Monaldi, Napoli

Introduzione ed obiettivi. A distanza di oltre un anno dall'impianto protesico malleabile in uno per D.E., comparsa sin da giovane, e l'altro in età matura per diabete giovanile, si è proceduto all'incremento volumetrico del pene protesizzato su richiesta dei pazienti. Con le protesi avevano frequenti e soddisfacenti rapporti con le partner ma lo sarebbero stati di più se il loro pene fosse stato più grande.

Materiali e metodi. In entrambi i pazienti si è attuata la tecnica con incisione sovrapubica, lipectomia, interruzione legamento sospensore, scuoiamento dell'organo dagli involucri dartoici e innesto di un grosso patch, esuberante di un terzo, dal glande al pube. Il patch comprende derma e molta adipe adiacente. L'uretra non viene ricoperta dal patch. Sutura dei punti cardinali con prolene 4/0 e la rimanente sutura con vicryl 2/0. Il patch è prelevato dall'area adiacente alla spina iliaca anterior superiore. Essa ha la stessa elasticità della pelle peniena e scrotale. Riposizionamento degli involucri dartoici. La presenza delle protesi impedisce il riconsolidarsi del legamento sospensore. Puboplastica di allungamento.

Risultati. Prima dell'ingrandimento il pene era lungo 11,5 cm e con circonferenza di 10,5 cm, dopo l'intervento di incremento circonferenziale ed in lunghezza il pene è lungo 15 cm con circonferenza di 14,2 cm. La parte del pene esclusa dall'ingrandimento è il glande.

Conclusioni. L'ingrandimento circonferenziale è stato del 35% e dopo un anno del 22%. La lunghezza è rimasta di 15 cm. Siamo e sono stati soddisfatti dei risultati i due pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V10**PLICATURA DELL'ALBUGINEA: TIPS & TRICKS**

Matteo Sampalmieri, Mario Ciletti, Gabriele Tuderti, Enrico Santagata, Paolo Maria Michetti, Costantino Leonardo, Carlo de Dominicis, Giorgio Franco

Dip.to Urologia, Policlinico Umberto I, Roma

Tra le diverse tecniche chirurgiche descritte per la correzione di un incurvamento dell'asta, la plicatura dell'albuginea presenta numerosi vantaggi, tra i quali la rapidità di esecuzione, la conservazione dell'integrità della tunica albuginea e l'immediata reversibilità in caso di eccessiva o insufficiente correzione. Nel video vengono illustrati alcuni dei 'trucchi del mestiere' che possono essere utilizzati nell'esecuzione di questo intervento nei pazienti con incurvamento congenito dell'asta: 1) utilizzo di pinze di Allis per la localizzazione delle sedi di plicatura e per la simulazione del risultato ottenibile; 2) Cruentazione della superficie dell'albuginea con lama di bisturi nelle aree da plicare delimitate

dai segni lasciati dalle pinze di Allis; 3) Utilizzo di suture non riassorbibili intrecciate in materiale sintetico o seta per la plicatura; 4) Esecuzione di un doppio punto introflettente con nodo nascosto nella plicatura che eviti rilievi sulla superficie dell'albuginea; 5) punti di rinforzo sui margini della plicatura in materiale riassorbibile; 6) Erezione idraulica di controllo al termine dell'intervento con possibilità di tagliare e riposizionare i punti in caso di inadeguata correzione dell'incurvamento.

A seconda del grado e della direzione dell'incurvamento potranno essere posizionati uno o più doppi punti introflettenti nelle aree di maggiore convessità fino ad ottenere un raddrizzamento ottimale.

Utilizzando questi dettagli tecnici chirurgici i risultati delle plastiche di raddrizzamento per plicatura appaiono non inferiori alle tecniche alternative (Nesbit, Yachia etc). Inoltre questa tecnica non espone a rischi di recidiva per cedimento della plicatura e garantisce un risultato estetico e funzionale ottimale con riduzione dei rischi e dei tempi operatori.

La soddisfazione dei pazienti appare molto alta anche dopo lungo follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V11**IMPIANTO PROTESICO TRICOMPONENTE COMPLICATO DA EROSIONE APICALE: POSSIBILITÀ RICOSTRUTTIVE**

Francesco Sasso, Carmine Servello, Paolo Menchinelli, Giuseppe Gentile

U.O. Andrologia Chirurgica, Complesso Integrato Columbus U.C.S.C., Roma

Introduzione. La chirurgia protesica rappresenta il trattamento definitivo per le forme severe di DE. Le protesi tricomponenti sono il 'gold standard' della implantologia ma in virtù dell'alterazione anatomo-patologica tissutale-cavernosa secondaria al danno ipossico, possono andare incontro a inconvenienti di tipo meccanico e ad estrusioni dalla sede di innesto con gravi conseguenze sia sul piano estetico-funzionale che sul piano urologico.

Materiali e metodi. Riportiamo il caso di un paziente con grave deficit erettivo secondario a nefropatia diabetica ed insufficienza renale cronica per la quale si rendeva necessario un periodo dialitico ed un successivo trapianto renale da donatore. Precedentemente al trapianto renale veniva posizionata protesi tricomponente come trattamento del deficit erettivo. Nel corso degli anni si manifestava un danno meccanico della protesi e soprattutto una estrusione apicale del cilindro di destra. Si segnalava inoltre un'infezione uretrale con difficoltà minzionali tali da rendere necessario il posizionamento di un catetere vescicale.

Risultati. Il video riproduce l'intervento di espianto delle protesi tricomponenti risultato estremamente difficoltoso per la presenza di tenaci aderenze soprattutto a carico dei raccordi con il reservoir che mal posizio-

nati risultavano essere stenosi per il tratto di uretra bulbare al punto di creare un tramite fistoloso uretro-scrotale. Si rendeva inoltre necessario l'utilizzo di patch in SIS (COOK) per la riparazione dell'apice del corpo cavernoso di destra. In considerazione delle condizioni locali e di un possibile re intervento per un nuovo trapianto di rene, si è optato per il posizionamento di protesi malleabili tipo GIS. Tale scelta è stata ampiamente condivisa dal paziente stesso.

Conclusioni. Il video mette in evidenza alcune tra le complicanze più gravi dell'implantologia protesica e dimostra come sia possibile una sostituzione dei materiali anche in pazienti immunodepressi e suscettibili di infezioni importanti. Il risultato finale si correlava ad una risposta funzionale, estetica e sessuologica di livello soddisfacente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V12

ASPORTAZIONE DELLE VESTIGIA CAVERNOSE IN PAZIENTE AFFETTA DA SINDROME ADRENO-GENITALE (SAG)

Fulvio Colombo, Giorgio Gentile, Alessandro Franceschelli

SSD Andrologia, Az. Osp-Univ. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Il video illustra il caso di una paziente (pz) di 28 anni (aa) affetta da Sindrome Adreno-Genitale (SAG) giunta alla nostra osservazione come step finale di un lungo percorso, iniziato alla nascita nel proprio Paese natale (Moldavia) e proseguito in Italia.

Alla nascita, veniva diagnosticata SAG classica 'simple-virilizing' (deficit enzimatico 21-idrossilasi). A 18 mesi di vita, veniva sottoposta ad intervento correttivo per genitali ambigui, in Moldavia (non disponibile alcuna documentazione). Dai 18 mesi ai 12 aa, assumeva terapia a base di Prednisone, sospesa autonomamente, con successivo peggioramento progressivo del quadro clinico. All'età di 24 aa veniva presa in carico dall'Endocrinologia di Bologna.

La pz presentava amenorrea primaria, irsutismo severo, alopecia androgenica marcata, insufficienza surrenalica severa, iper-androgenismo.

La RMN encefalo rivelava un micro-prolattinoma.

Veniva impostata terapia con Decadron 0,375 mg/die, con progressiva normalizzazione ormonale e miglioramento del quadro clinico.

2010: La pz richiedeva valutazione ginecologica per insufficiente calibro del canale vaginale. Veniva sottoposta a deflorazione chirurgica con incisione longitudinale mediana del pavimento vulvare ed allargamento parziale dell'introito vaginale. Veniva eseguita isteroscopia intraoperatoria che visualizzava utero regolare ed osti tubarici presenti bilateralmente.

Nel Marzo 2012, la pz giunge alla nostra osservazione lamentando ostruzione dell'introito vaginale in occasione dei rapporti sessuali, da verosimile inturgidimento di corpi cavernosi (CC) residui. All'esame obiettivo, si riscontravano: assenza di clitoride, meato uretrale

intravaginale (a 3-4 cm dall'introito), verosimile presenza di vestigia cavernose a livello della commissura vaginale superiore, ricoperte da cute.

Si eseguivano RMN e TC dello scavo pelvico che dimostravano la presenza sottocutanea di un micropene, con porzione crurale che aggettava nell'introito vaginale; utero, tube ed ovaie risultano regolari benché atrofici. Il video illustra l'intervento di cavernosectomia totale e plastica di riconfigurazione vulvare.

L'accurata ricerca di un abbozzo del glande e/o del fascio neuro-vascolare è risultata infruttuosa pertanto non è stato possibile preservare il clitoride.

A 2 mesi dall'intervento, la pz riferisce scomparsa della sintomatologia ostruttiva secondaria a stimolazione sessuale con ripresa di rapporti penetrativi del tutto soddisfacenti con orgasmia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V13

PROSTATECTOMIA RADICALE EXTRAPERITONEALE CON SIMULTANEO IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE AL FINE DI EVITARE LA RIDUZIONE DELLE DIMENSIONI PENIENE

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

UO Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze

La prostatectomia radicale rappresenta il gold standar nella terapia del carcinoma prostatico organo-confinato. La metodica quando eseguita senza il risparmio dei bundles o pur risparmiandoli in un paziente con gravi comorbidità determina un disfunzione erettile grave, risolubile o con la terapia intracavernosa caratterizzata da percentuali di drop-out dal 40-70% o dall'inserimento di una protesi peniena che solitamente avviene 2-3 anni dopo l'intervento quando la fibrosi post chirurgica ha determinato un sostanzioso accorciamento penieno.

Riportiamo, per la prima volta al mondo, il posizionamento di una protesi tricomponente ams 700 cx inibizione in contemporanea all'intervento di prostatectomia radicale eseguito per via laparoscopica extraperitoneale. Precedentemente altri autori avevano riportato il contemporaneo posizionamento del solo reservoir. Trattasi di uomo di 58 anni con gleason 3 più 3, con disfunzione erettile comparsa già un anno prima della diagnosi di carcinoma della prostata. PSA 9,3; partner di 47 anni. Al termine prostatectomia una rivolta rimossa la prostata tramite l'accesso del trocar di Hasson si procede a posizionamento manuale del reservoir. Si procede quindi a incisione penoscrotale, utilizzando la via classica per il posizionamento della protesi ed individuando l'anello inguinale interno tramite pinza a punta fine sotto visione laparoscopica si recupera tubo di collegamento al reservoir. Si procede a posizionamento protesi con tecnica classica. Posizionamento drenaggio pelvico che sarà rimosso in prima

giornata e bendaggio compressivo con protesi in erezione per 24-48 ore. In quarta giornata si dimette il paziente, in decima cistografia con conseguente rimozione catetere vescicale. Attivazione protesi in 21-28 giornata. Le dimensioni peniene a 18 mesi di follow-up sono rimaste invariate.

Tale metodica consente di evitare la riduzione delle dimensioni peniene e una ripresa sessuale già a 21-28 giorni dopo l'intervento evitando una seconda procedura chirurgica al paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V14

MINACCIA DI ESTRUSIONE DISTALE BILATERALE CAUSATA DA TUTORI ASSIALI SOFFICI SOVRADIMENSIONATI IN UN CASO DI IPP: CORREZIONE MEDIANTE PROTESI TRICOMPONENTE RI-TUNNELIZZATA DISTALMENTE

Edoardo S. Pescatori¹, Barbara Drei¹, Nicola Ghidini², Paolo Pisi³

¹Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; ²U.O. Urologia, Hesperia Hospital, Modena; ³Diagnostica per Immagini, Hesperia Hospital, Modena

Introduzione. Nell'implantologia protesica peniena la minaccia di estrusione di un cilindro rappresenta una complicanza seria: se non prontamente corretta oltre a determinare dolore è a rischio elevato di franca estrusione, con conseguente infezione dell'impianto protesico. Il video descrive il trattamento di un caso che si caratterizza per la bilateralità della minaccia di estrusione distale. **Caso clinico.** Ragazzo di 24 anni, a seguito di trauma penieno sviluppava a 18 anni IPP con curvatura laterale sinistra e disfunzione erettile. In altra sede veniva sottoposto a impianto di tutori soffici sovradimensionati con incisione rilasciante dell'albuginea e patch con vena safena. Per tutori in eccessiva tensione dopo un

anno sempre in altra sede: revisione chirurgica con accorciamento bilaterale dei tutori, non meglio definita 'apicoplastica', e rinforzo con Gore-Tex[®] bilateralmente. Si presentava a noi a 24 aa con dolore apicale, minaccia di estrusione laterale destra subcoronale e mediale sinistra in fossa navicolare, modica curvatura laterale sinistra. Veniva sottoposto a RMN peniena che dettagliava sede e disponibilità di tessuto cavernoso residuo: nel corpo cavernoso destro medialmente alla capsula del cilindro protesico, nel corpo cavernoso sinistro dorsalmente alla capsula. Correzione chirurgica: accesso scrotale mediano con estrusione di tutore sinistro (percepito più a rischio estrusione). Incisione circumferenziale sottocoronale e degloving. Isolamento completo del fascio neurovascolare dorsale (indaginoso a sinistra). Corporotomia sinistra e re-tunnellizzazione distale, successivo accesso a capsula protesica. Corporotomia destra, rimozione tutore destro, incisione di aspetto mediale di capsula, sviluppo di piano mediale tra capsula e setto. Obliterazione di terzo distale di capsula protesica bilateralmente. Inserimento di protesi idraulica 700CXR Inibizione per accesso scrotale. Verifica corretto posizionamento. Chiusura.

Risultati. Al follow-up di 2 mesi: RMN di controllo che dimostra apici protesici normoposizionati. A 1 anno f.u.: protesi normoposizionata, paziente che utilizza impianto con piena soddisfazione.

Conclusioni. Le protesi malleabili hanno rischio di decubito cronico non presente nelle protesi idrauliche, la RNM è fondamentale per la pianificazione di un re-intervento, la dissezione della NVB è disagiata dopo uso di safena, è strategico poter disporre intraoperativamente dell'opzione di protesi a sezione ridotta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

INDICE DEGLI AUTORI

- Abatangelo Giuseppe, 40
 Alei Giovanni, 23, 26
 Ansaloni Anna, 20
 Antonini Gabriele, 17
 Arcaniolo Davide, 24
 Arduino Carlo, 18
 Arena Giampaolo, 29
- Balercia Giancarlo, 41
 Barassi Alessandra, 38
 Barberi Marzia, 32
 Bartoletti Riccardo, 19, 39, 44, 46, 51
 Battaglia Gaetano, 18, 37, 43
 Belba Arben, 36
 Belgrano Emanuele, 48
 Belli Serena, 20
 Benedetto Giuseppe, 40
 Berdondini Elisa, 16, 17
 Bergamo Paolo, 33
 Bianchi Grazia, 48, 49
 Bilali Jehona, 28
 Bitelli Marco, 22
 Boeri Luca, 29, 35, 37, 43
 Bogetti Paolo, 46
 Bongini Andrea, 51
 Borso Giovanni Filippo, 40
 Boschian Riccardo, 48, 49
 Bucci Stefano, 15, 31, 47, 48, 48, 49
- Cafarelli Abgelo, 16, 33
 Cai Tommaso, 19, 22, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 46
 Caliollo Claudia, 47
 Cantoro Ubaldo, 27
 Capogrosso Paolo, 29, 35, 37, 43
 Cappa Emanuele, 16, 33
 Caraceni Enrico, 26
 Carani Cesare, 20
 Caroppo Ettore, 30
 Carrino Maurizio, 18, 37, 43
 Caruso Marika, 41
 Casarico Antonio, 21
 Casciani Valentina, 32, 41
 Castagna Giulia, 29, 35, 37, 43
 Castelli Tommaso, 44
 Castiglione Roberto, 31, 42
 Castiglioni Fabrizio M., 20
 Castiglioni Mirco, 20, 30
 Catanzariti Francesco, 27
 Cavallini Giorgio, 22, 24
- Ceruti Carlo, 18, 21, 22, 25, 34
 Ceruti Carlo, 46, 47
 Chiancone Francesco, 18, 37, 43
 Chiapparrone Gaetano, 15, 31, 47, 48, 48, 49
 Chiodo Giulio, 29
 Chiriaco Giovanni, 15, 31, 42, 47, 48, 49
 Ciletti Mario, 15, 32, 47, 50
 Cimino Sebastiano, 25, 36, 44
 Colombo Fulvio, 26, 49, 51
 Colpi Elisabetta M., 30
 Colpi Giovanni M., 20, 30, 38
 Cortelazzo Alessio, 36
 Cosentino Marco, 17
 Costanzi Antonio, 51
 Cozza Pietro Paolo, 29
 Cucchiarale Giuseppina, 16, 17
- Dachille Giuseppe, 22, 45
 Dalmaso Ettore, 47
 Damiano Rocco, 29, 35, 37, 43, 16
 Dandrea Matteo, 33
 De Dominicis Carlo, 47, 50
 De Grande Gaetano, 22
 De Thomas Roberto, 41
 Dehò Federico, 26
 Del Biondo Dario, 41
 Dente Donato, 16, 33, 41
 Di Francesco Simona, 41
 Di Grazia Massimo, 42
 Di Pierro Giovanni Battista, 16, 17
 Dibiasi Manuel, 45
 Drei Barbara, 52
- Fabrizi Adele, 19
 Falcone Marco, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
 Farina Umberto, 51
 Farinelli MariaLuisa, 28
 Favilla Vincenzo, 22, 25, 36, 44
 Fedelini Maurizio, 37
 Fedelini Paolo, 37, 43
 Fele Pasquale, 45
 Ferrando Ugo, 16, 17
 Filippini Claudia, 22
 Filippini Francesco, 23, 26
 Fiorino Livio, 25
 Florio Mirko, 16, 17
 Fragalà Eugenia, 36, 44
 Franceschelli Alessandro, 49, 51
 Franco Giorgio, 15, 16, 17, 19, 22, 26, 32, 32, 41, 47, 50

- Franco Marco, 35, 38, 45
 Frea Bruno, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
- Galletto Elisa, 18
 Gallo Natalina, 29
 Gastaldi Carlo, 28
 Gentile Giorgio, 49, 51
 Gentile Giuseppe, 50
 Ghidini Nicola, 52
 Giannella Riccardo, 37
 Giansanti Andrea, 36
 Gioia Angelo, 41
 Gontero Paolo, 21
 Granata Antonio R.M., 20
 Grande Pietro, 16
 Greco Ermanno, 15, 32, 32, 41
 Greco Maria Chiara, 15, 32
 Gruppo Campano Progetto di Ricerca EcoFoodFertility, 33
 Guerranti Roberto, 36
 Guidi Alessandro, 20
- Iannuzzi Leopoldo, 33
 Iazzolino Elena, 30
 Imbimbo Ciro, 39
 Iole Caola, 39
 Iovine Erika, 41
 Ippolito Silvia, 29
 Isidori Andrea, 15
- Kara Elda, 20
 Kuefner Dana, 37, 43
 Kurbatov Dmitry, 25
- La Croce Giovanni, 29, 35, 37, 43
 La Rocca Roberto, 35, 38, 39, 45, 24
 Lasagna Marco, 22
 Leonardo Costantino, 50
 Leone Angela, 38
 Lepri Luca, 45
 Letizia Piero, 23, 26
 Liguori Giovanni, 15, 22, 31, 42, 47, 48, 48, 49
 Linori Linda, 29
 Lobascio Annamaria, 32
 Lobascio Mara, 41
 Loda Gabriella, 28
 Luciani Lorenzo Giuseppe, 46
 Luciani Lorenzo, 34
 Luongo Diomira, 33
- Maffucci Aldo, 50
 Malossini Gianni, 19, 34, 39, 44, 46
 Manco Rossella, 41
 Maretti Carlo, 24
 Maurizio Fedelini, 18
 Mazzoli Sandra, 19, 44
 Meacci Francesca, 19, 44
 Meccariello Clemente, 43
 Meliani Enrico, 51
 Melloni Guglielmo, 47
- Melone Franco, 51
 Melzi d'Eril Gianvico, 38
 Menchinelli Paolo, 50
 Michetti Paolo Maria, 19, 32, 47, 50
 Milan Gianluca, 16, 17
 Minasi Maria Giulia, 15, 32, 41
 Mirasole Cristiana, 36
 Mirone Vincenzo, 19, 24, 34, 35, 38, 39, 39, 44, 45, 46
 Moiso Andrea, 27, 30
 Monaco Fausto, 43
 Mondaini Nicola, 19, 39, 44, 46, 51
 Montano Luigi, 33
 Montorsi Francesco, 29, 35, 37, 43
 Moreno David, 17
 Moretti Marcella, 28
 Morgia Giuseppe, 25, 36, 44
 Morrone Giancarlo, 29
 Musy Marco, 23
 Muzzonigro Giovanni, 27
- Nastri Gianluca, 32
 Nicola Arrighi, 28
 Nigro Filippo, 40
 Notari Tiziana, 33
- Ollandini Giangiacomo, 31
- Paciotti Marco, 29, 35, 37, 43
 Paladini A., 36
 Palmieri Alessandro, 19, 24, 34, 35, 38, 39, 39, 44, 45, 46
 Palminteri Enzo, 16, 17
 Paolo Fedelini, 18
 Pavan Nicola, 15, 47, 48, 48
 Pecoraro Angela, 29, 35, 37, 43
 Pelliccione Fiore, 20, 38
 Pellizzoni Sandra, 42
 Peluso Giuseppina, 29
 Peraza Maria Fernanda, 17
 Perri Carlo, 29
 Persico Francesco, 18
 Pescatori Edoardo S., 26, 52
 Petini Claudia, 41
 Petrovic Milos, 47
 Pezzoni F., 39
 Pignatti Elisa, 20
 Pisi Paolo, 52
 Polito Massimo, 27
 Polledro Patrizio, 27, 30
 Ponchietti Roberto, 36
 Porreca Angelo, 16, 33
 Porrozzi Carlo, 45
 Pozza Carlotta, 23
 Pozza Diego, 23
 Pozza Mariangela, 23
 Preto Mirko, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
 Principi Emanuele, 27
 Privitera Salvatore, 25, 36, 44
 Pucci Luigi, 18, 37, 43
 Puppo Paolo, 21

- Rados Dijnovic, 49
Raimondo Salvatore, 33
Ramella Vittorio, 48
Rigamonti Waifro, 42
Rizzo Michele, 15, 31, 42, 47, 48, 48, 49
Roli Laura, 20
Rolle Luigi, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
Rossi Mauro, 33
Rossi Roberta, 19
Rosso Diego, 27, 30
Runci Alessandra, 47
Russo Giorgio Ivan, 25, 36, 44
- Salamone Costanza, 25
Salonia Andrea, 29, 35, 37, 43
Salvaggio Antonio, 16, 33
Sampalmieri Matteo, 47, 50
Sanchez Josvany, 17
Sansalone Salvatore, 25
Santagata Enrico, 50
Santi Daniele, 20
Sarquella Joaquim, 17
Sarti Enrico, 51
Sasso Francesco, 50
Scano Roberta, 29, 35, 37, 43, 34
Scarselli Filomena, 15, 32, 32, 41
Schiavina Riccardo, 16, 33
Sciorio Carmine, 39
Scozzese Salvatore, 47
Scuzzarella Salvatore, 39
Sedigh Omid, 34, 46, 47
Sedigh Omidreza, 18, 21, 22, 25
Serino Alessandro, 29, 35, 37, 43
Servello Carmine, 50
Sibona Mattia, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
Sidoti Giuseppe, 31, 42
Silvaggi Marco, 19
Silvani Mauro, 22
Simonelli Chiara, 19
Simoni Manuela, 20
Sterchele Daniela, 30
- Tamanini Irene, 34, 35, 38, 45
Tarsitano Mariagrazia, 15
Tasca Andrea, 40
Telò Paola, 28
Tenaglia Raffaele Lanfranco, 41
Tessarolo Francesco, 39
Timpano Massimiliano, 18, 21, 22, 25, 34, 46, 47
Tiscione Daniele, 19, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 46
Trenti Tommaso, 20
Trombetta Carlo, 15, 31, 42, 47, 48, 49
Tuderti Gabriele, 47, 50
- Umari Paolo, 15, 31, 42, 47, 48, 48, 49
- Vaccalluzzo Liborio, 20, 30, 38
Vaccari R., 39
Valentina Comisso, 22
Valentino Francesco, 16, 17
Varriale Oreste, 50
Vedovo Francesca, 15, 31, 48, 49
Ventimiglia Eugenio, 29, 35, 37, 43
Venturino Luca, 35, 38
Verze Paolo, 19, 24, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 46
Vezzani Silvia, 20
Vicari Beatrice O., 42
Vicari Enzo S., 42
Villirillo Tommaso, 45
Viscusi Vincenzo, 24
Vives Álvaro, 17
Volpe Maria Grazia, 33
- Zampieri Andrea Edoardo, 26
Zani Danilo, 28
Zazzaro Vincenzo, 32
Zerbino Ezio, 30
Zolla Lello, 36
Zucchi Alessandro, 22, 45



STRESA

28/31 Maggio 2016

HOTEL REGINA PALACE



ARRIVEDERCI AL XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIA

SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

Presidente SIA

Giorgio Franco

Presidente del Congresso

Mauro Silvani



Coordinamento

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



Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting
evcongressi@emiliviaggi.it
www.emiliviaggi.it



SIAMO GRANDI

I NOSTRI PRIMI 40 ANNI

40