

Vol. 17 • No. 3 • September 2010

Journal of ANDROLOGICAL SCIENCES

Official Journal of the Italian Society of Andrology

Cited in
SCOPUS Elsevier Database

Past Editors

Fabrizio Menchini Fabris (Pisa)
1994-2004

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

Editors-in-Chief

Vincenzo Ficarra (Padova)
Andrea Salonia (Milano)

Editor Assistant

Ferdinando Fusco (Napoli)

Managing Editor

Vincenzo Gentile (Roma)

Delegate of Executive Committee of SIA

Giuseppe La Pera (Roma)

Section Editor – Psychology

Annamaria Abbona (Torino)

Statistical Consultant

Elena Ricci (Milano)

Editorial Board

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

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

Editorial Office

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

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

Publisher

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

PACINI
EDITORE
MEDICINA

www.andrologiaitaliana.it



Disturbi di identità di genere.....	24
TF 9. Variazioni neurofisiologiche pre- e post-intervento chirurgico di riassegnazione dei caratteri sessuali in soggetti MtoF: indagine pilota <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, S. Vighetti, L. Castelli, P. Perizzo, M. Molo, D. Fontana</i>	24
TF 10. Impianto di protesi peniena falloplastica: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i>	24
C 6. Il Genito Sensory Analyzer nella valutazione della sensibilità del neofallo per cambiamento di sesso gino-androide <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli.....</i>	25
C 5. Conservazione della sensibilità neoclitoridea nella chirurgia del transessualismo andro-ginoide: nostra esperienza <i>F. Colombo, A. Franceschelli, C.N. Bizzarri, C.V. Pultrone, M. Soli, E. Brunocilla, G. Martorana.....</i>	25
P 64. Complicanze dopo intervento di conversione andro-ginoide e loro prevenzione <i>G. Liguori, S. Bucci, G. Ollandini, B. De Concilio, R. Napoli, G. Mazzon, M. Petrovic, E. Belgrano, C. Trombetta</i>	25
C 1. Utilizzo di patch di SIS nella ricostruzione della neovagina di pazienti affetti da disturbo dell'identità di genere in senso <i>male to female</i> <i>L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana.....</i>	26
C 2. Utilizzo di patch di SIS per la risoluzione di stenosi dell'introito neovaginale in pazienti già sottoposte a riconversione dei caratteri sessuali in senso <i>male to female</i> <i>L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana.....</i>	26
P 67. Conversione androginoica: inversione di scalpo o flap bipeduncolato? Tecniche a confronto e trattamento di alcune complicanze morfofunzionali <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, G. Ghedini, G. Nanni</i>	27
C 3. Falloplastica con lembo libero radiale: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i>	27
C 4. Ricostruzione uretrale con lembo libero radiale: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i>	27
Eiaculazione precoce.....	29
P 41. Sensibilità peniena termica e vibratoria nei pazienti affetti da eiaculazione precoce <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli.....</i>	29
P 42. Risultati del test di vibrostimolazione peniena eseguito in soggetti con EP primitiva sotto effetto di dapoxetina 60 mg <i>A. Curreli, A. Pischedda, F. Pirozzi Farina</i>	29
P 44. Eiaculazione precoce: il sintomo sessuale della depressione <i>A.F. De Rose, R. Longo, G.M. Badano, M. Ennas.....</i>	29
P 46. Il ruolo del frenulo breve e gli effetti della frenulotomia sulla eiaculazione precoce <i>L. Gallo, A. Gallo, S. Perdonà, S. Pecoraro</i>	30

getti (72,7%) hanno riferito piena soddisfazione, con aumento significativo del tempo di latenza eiaculatorio ed acquisizione di una soddisfacente capacità di controllo del riflesso orgasmico. Altri successi sono stati riscontati in 3 soggetti (27,2%) trattati con XX gocce di paroxetina al bisogno e 3 con paroxetina 10 gocce (27,2%). Analogo risultato è stato osservato in 1 paziente del gruppo placebo.

Effetti collaterali

3 pazienti trattati con paroxetina XX gocce hanno lamentato nausea e irrequietezza, 2 paziente del primo gruppo e due del secondo gruppo modesta epigastralgia. Due soggetti di questo ultimo gruppo hanno abbandonato lo studio.

Discussione

La paroxetina, somministrata due volte al dì, alla dose di 10 gocce, ha assicurato un risultato positivo nel 72,7% dei casi. Per questo pensiamo che possa avere un ruolo importante nel combattere l'eiaculazione precoce. Questi soggetti, nella nostra esperienza, presentavano depressione e il disturbo sessuale potrebbe rappresentare un sintomo minore della depressione stessa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 46

Il ruolo del frenulo breve e gli effetti della frenulotomia sulla eiaculazione precoce

L. Gallo, A. Gallo*, S. Perdonà*, S. Pecoraro**

*Divisione di Andrologia "Studio Urologico Gallo" Napoli; *Divisione di Urologia "Fondazione Pascale" Napoli; **Alta specialità Nefro-Uro-Andrologica "Clinica Malzoni" Avellino*

Obiettivi

Scopi del presente studio sono: 1) valutare la prevalenza del frenulo breve in una popolazione di pazienti affetti da eiaculazione precoce (EP) primitiva; 2) studiare, in questo tipo di pazienti, il ruolo della frenulotomia come trattamento di prima linea per la EP.

Metodi

Abbiamo eseguito una frenulotomia nei pazienti sofferenti di EP in cui abbiamo riscontrato all'esame clinico la presenza di un frenulo breve. Abbiamo posto la diagnosi di frenulo breve in ogni caso in cui, applicando una pressione gentile, la lunghezza del frenulo impediva lo scorrimento del prepuzio

causando alla sua completa retrazione una curvatura ventrale di almeno 20°. La frenulotomia è stata eseguita secondo una variante tecnica consistente nella diatermocoagulazione del nervo frenulare. Abbiamo valutato il tempo di latenza di eiaculazione intravaginale (TLEI) e il punteggio di un ben noto questionario di cinque domande, validato, specifico per la EP, prima e dopo la frenulotomia.

Risultati

Da gennaio a dicembre 2008 abbiamo riscontrato la presenza di un frenulo breve in 59 su 137 (43%) soggetti afferenti al nostro centro per un problema di EP primitiva. L'età media della nostra casistica di pazienti è stata di 38,2 anni ($\pm 5,3$ SD). Alla valutazione iniziale la media dei TLEI era di 1,65 minuti ($\pm 1,15$ SD) e la media dei punteggi risultanti dal questionario per la EP era di 9,85 ($\pm 3,2$ SD). Dopo l'esecuzione della frenulotomia abbiamo assistito ad un allungamento del valore medio del TLEI di 2,46 minuti ($p < 0,0001$) e ad una riduzione della media dei punteggi del questionario per la EP di 5,95 punti ($p < 0,0001$).

Discussione

L'ipersensibilità del glande è oggi riconosciuta come uno dei fattori organici principali nel determinismo della EP. Un soggetto affetto da frenulo breve presenta EP sostanzialmente per due motivi. Prima di tutto perché questa anomalia del glande causa un fastidioso senso di trazione durante il rapporto che induce il paziente ad eiaculare prima. Secondo, perché, insieme alla corona, è l'area più sensibile del pene: la zona del frenulo è riccamente provvista di terminazioni nervose direttamente esposte alla stimolazione meccanica durante il coito. Nel nostro studio, dopo un intervento di frenulotomia, consistente nella completa rimozione del frenulo a cui abbiamo aggiunto una dia termocoagulazione selettiva del nervo frenulare, abbiamo assistito ad un miglioramento della sintomatologia sia in termini di allungamento del TLEI che di riduzione del punteggio derivante dal questionario per la EP.

Conclusioni

Nella nostra casistica, abbiamo riscontrato la presenza di un Frenulo breve nel 43% degli individui affetti da EP primitiva. In base ai nostri risultati suggeriamo sempre di escludere la presenza di un frenulo breve in tutti i pazienti sofferenti di EP e di proporre in questi casi la frenulotomia come trattamento di prima istanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No