

# ARCH ITAL UROL ANDROL

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

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

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

## XXIX Congresso Nazionale SIA

**LA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA**  
tra Cultura, Scienza e Comunicazione

**18-21 Settembre 2013**  
**Firenze - Auditorium CTO**

**Presidente SIA**  
**Furio Pirozzi Farina**

**Presidente del Congresso**  
**Paolo Turchi**

**Presidente Onorario**  
**Marco Carini**



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

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

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C35

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

Luigi Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

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

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

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

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

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C36

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

Tommaso Cai<sup>1</sup>, Nicola Mondaini<sup>2</sup>, Daniele Tiscione<sup>1</sup>, Francesca Meacci<sup>3</sup>, Gabriella Nesi<sup>4</sup>, Gianni Malossini<sup>1</sup>, Sandra Mazzoli<sup>3</sup>, Riccardo Bartoletti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Santa Chiara Hospital, Trento, Italy;

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

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

**Materiali e metodi.** Dal Maggio 2006 al Maggio 2008,

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

**P11**  
**STUDIO PILOTA SULLA CORRELAZIONE TRA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA E DE**

G. Sidoti<sup>1</sup>, C. Di Gregorio<sup>2</sup>, A. Di Guardo<sup>2</sup>, M. Catanuso<sup>2</sup>, M. Calvo<sup>2</sup>, S. Dinoto<sup>2</sup>, C. Crisafulli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna per il DEA - ARNAS "Garibaldi" - Catania;  
<sup>2</sup>Centro Medico "Le Zagare" - Catania <sup>3</sup>SIMG Catania

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

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

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

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

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

BPCO deve essere valutata la presenza o meno della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P12**  
**PREVALENZA DELLE ALTERAZIONI DEL MECCANISMO VENOCCLUSIVO IN 100 PAZIENTI CONSECUTIVI SOTTOPOSTI A DOPPLER PENIENO**

Luigi Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

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

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

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

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

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