

I SABATI DELL'UROLOGIA:

PRINCIPALI PATOLOGIE
UROLOGICHE E COMPLICANZE
DELLA TERAPIA.

30 NOVEMBRE 2013



AULA MAGNA
OSPEDALE "G. FORNAROLI"
MAGENTA (MI)

VIA AL DONATORE DI SANGUE, 50

Coordinatore scientifico: Prof. Sandro Sandri

Patrocini richiesti:
OMCeO
Siud
Comune di Magenta

A cura di :
S. Sandri, F. Fanciullacci, F. Catanzaro, C. Del Boca,
G.C. Comari, M. Mineroli, H. Fontanella, M. Mensi

MIRCO CASTIGLIONI

I disturbi della sfera sessuale maschile

Disfunzioni sessuali

**Disfunzione
erettile**

**Disfunzione
eiaculatoria**

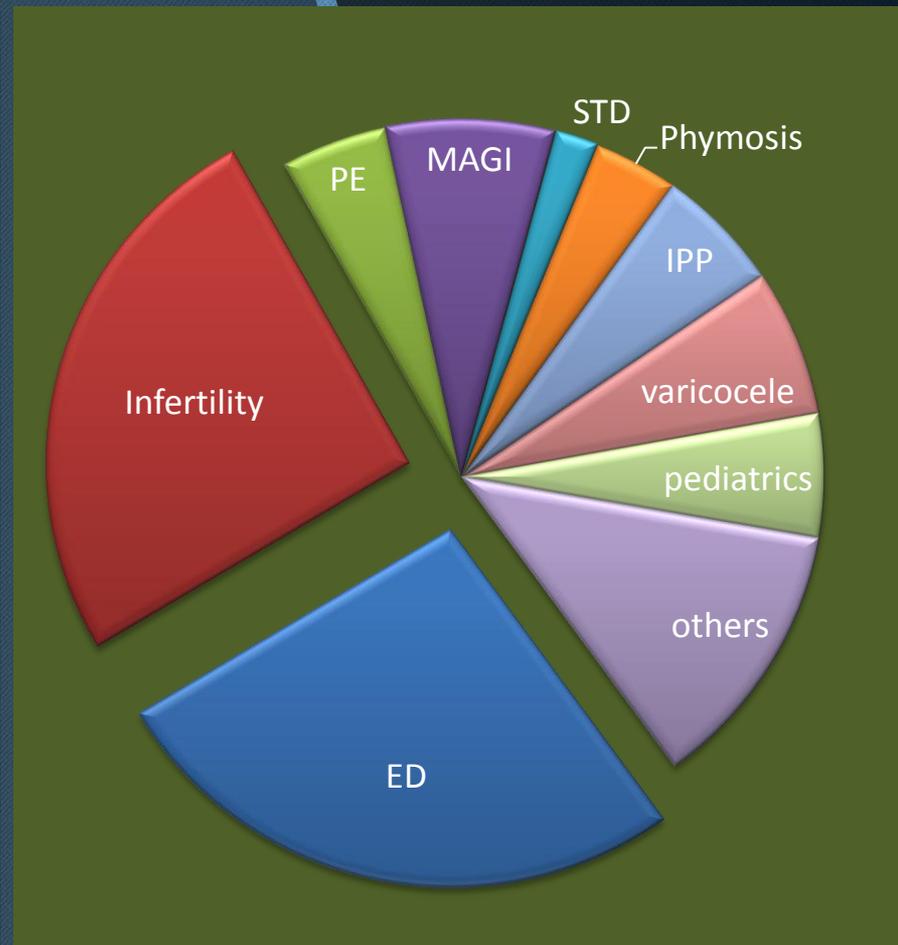
- Aneiaculazione
- Eiaculazione retrograda
- Eiaculazione precoce
- Eiaculazione ritardata



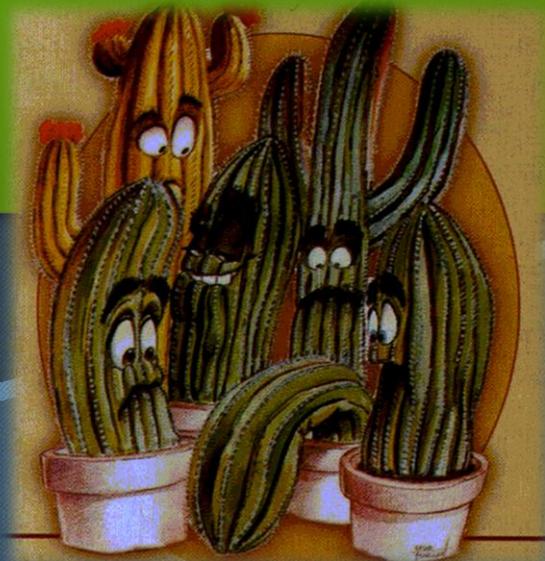
Year 2010: outpatients new admissions (according to disease or symptom)



Disease	New Cases	%
Erectile Dysfunction	610	26
Infertility	589	25
Prem. Ejaculation	109	5
Seminal Infections	174	7
Sexual Infections	44	2
Minor penile pathology	87	4
Peyronie Disease	131	6
Varicocele	153	7
Andro-pediatrics	129	6
others	283	12
	2309	100



la valutazione iniziale del paziente affetto da **disfunzione sessuale** (DS) deve includere l'anamnesi medica, sessuale, psicosociale e relazionale (partner) l'esame obiettivo e test di laboratorio idonei a indentificare condizioni di comorbidità che possono predisporre il paziente alla DS e che possono controindicare “certe terapie”



Prima visita

Esami Ematici Raccomandati

Testosterone

Glicemia a digiuno

Colesterolo e quadro lipidico

Test opzionali

LH

PRL

PSA

- (> 45 anni)

Funzionalità tiroidea

Emocromo

I dosaggi ormonali trovano soprattutto indicazione nella disfunzione erettiva associata a calo della libido.

A questo punto :

Trial con PDE5i

se non risponde



2° trial con PDE5i (dare il tempo per valutare efficacia ed effetti collaterali)..

Possibili cause di iniziale inefficacia

Carenza di stimolo erotico

Dosaggio insufficiente

Tono ansioso

- (es. timore di effetti collaterali).
- Eccessiva attenzione agli effetti del farmaco (scarsa spontaneità)

Somministrazione non corretta

- modi, tempi, alcool, ecc.

Comorbidity non trattate

Fattori relazionali paziente / partner

- es. ansia nel ripristino dell'attività sessuale dopo astinenza prolungata

Quando richiedere l'intervento dello Specialista?

Il test farmacologico orale non dà esito soddisfacente

Emergono alterazioni significative del quadro ormonale

Il paziente desidera approfondire le cause del problema

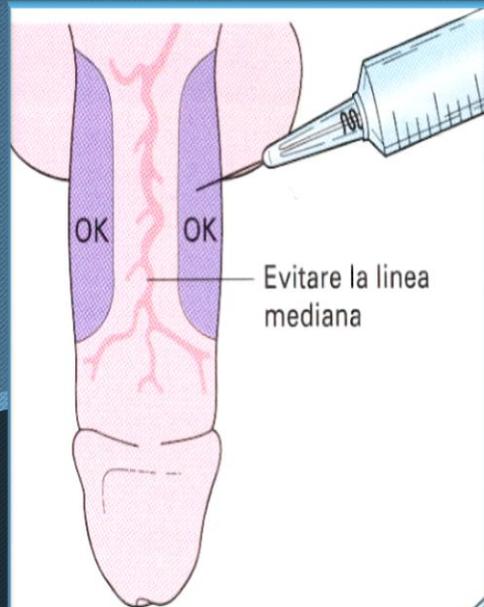
Paziente giovane con DE primaria

In presenza di patologie andrologiche associate, quali l'induratio penis plastica, l'eiaculazione precoce, le turbe della libido

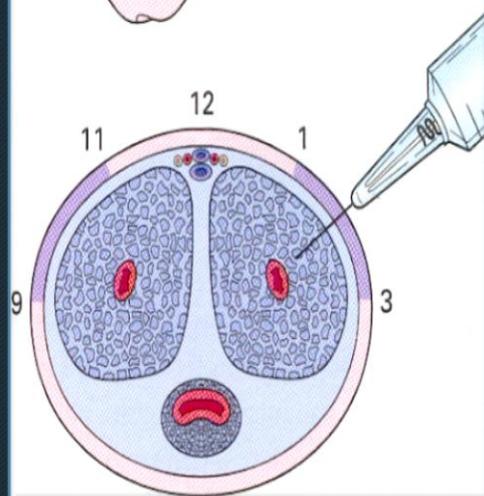
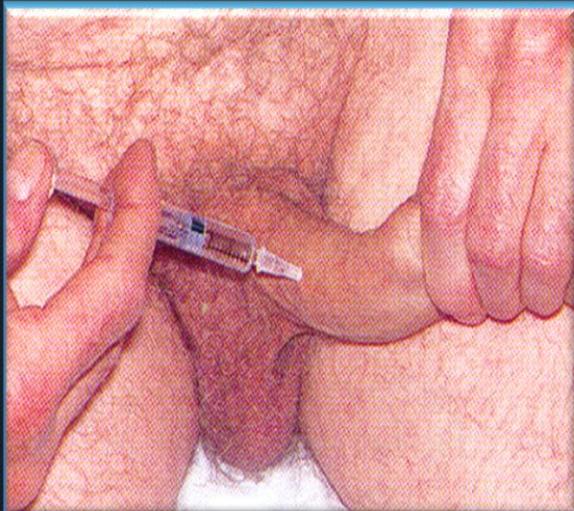
In presenza di evidenti e complesse problematiche psicologiche (consulenza psicosessuologica)

Test di farmacoerezione (PGE1)

1



2



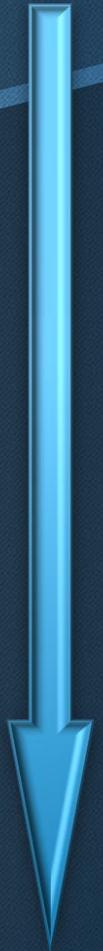
2,5

5

10

20

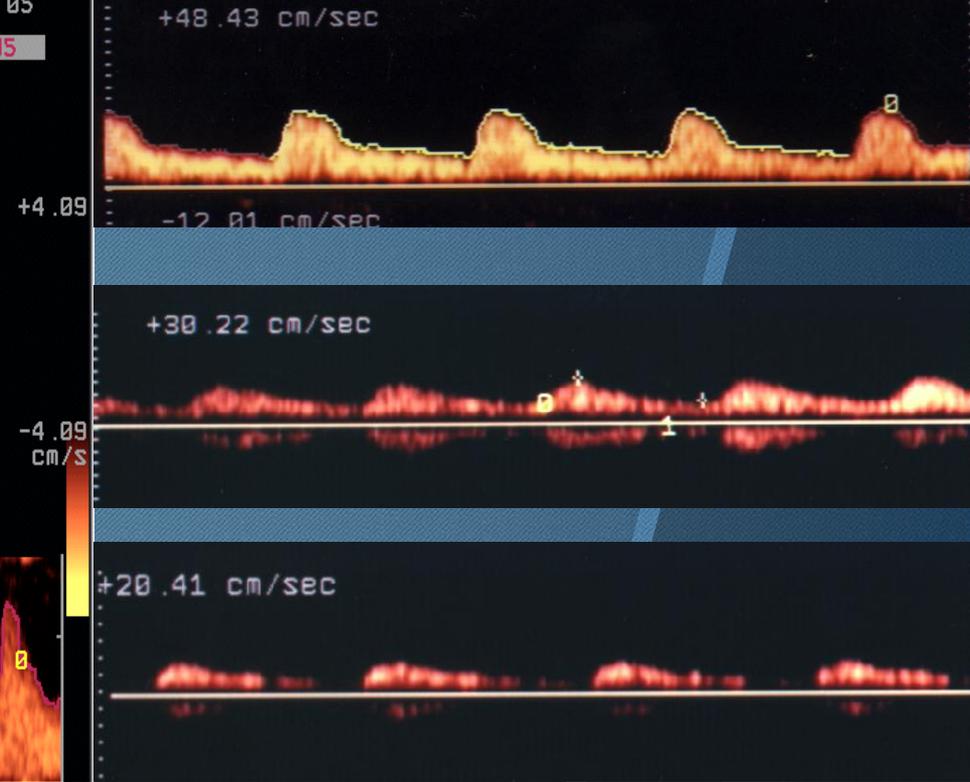
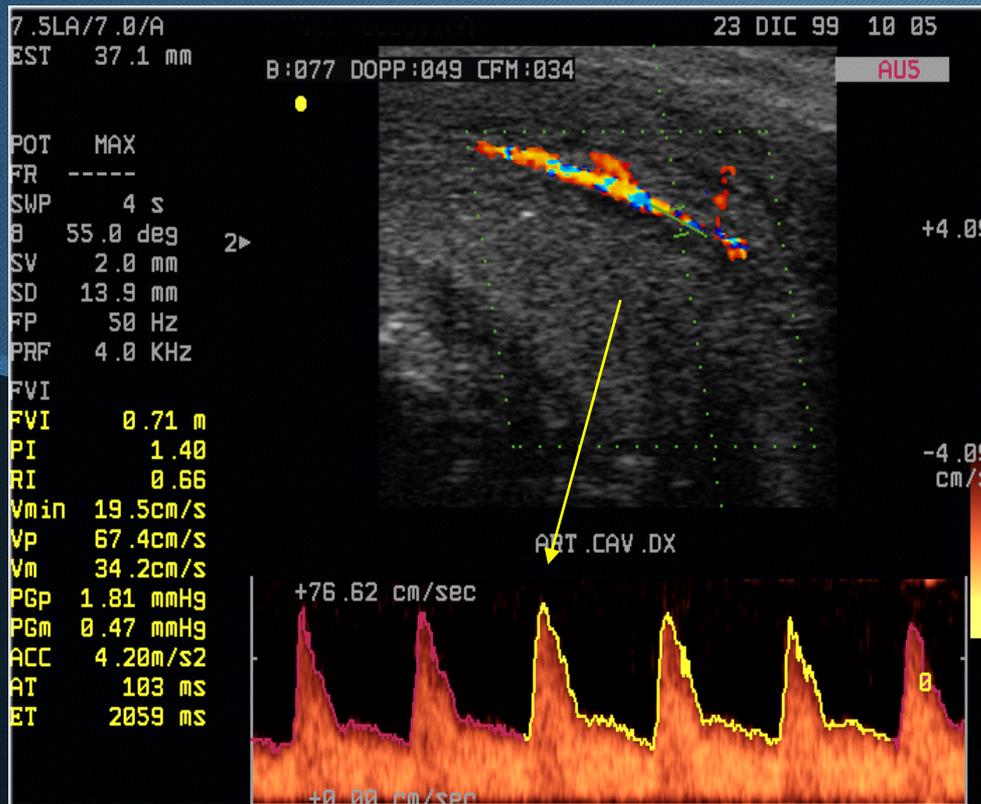
μg



Ecocolordoppler dinamico del pene

Normale

Patologico



La disfunzione erettile può essere un sintomo di una malattia vascolare sistemica

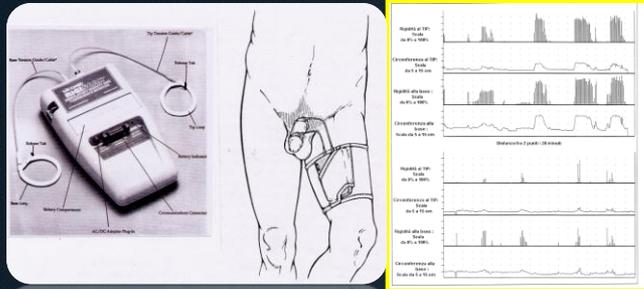
La DE precede la sintomatologia coronarica di circa 38 mesi

- *Montorsi, 2003*

Evoluzione ateromastica delle arterie cavernose



Test di 2° e 3° livello



RIGISCAN®

TONO-PERINEO-MANOMETRIA

Arteriografia

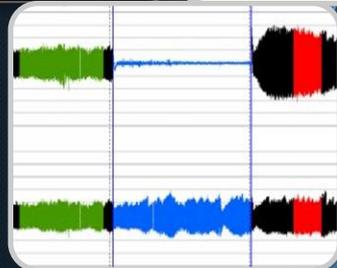
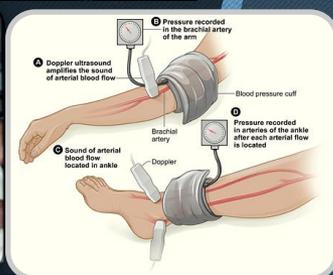
Cavernosografia/cavernosometria

Esame neurofisiologico

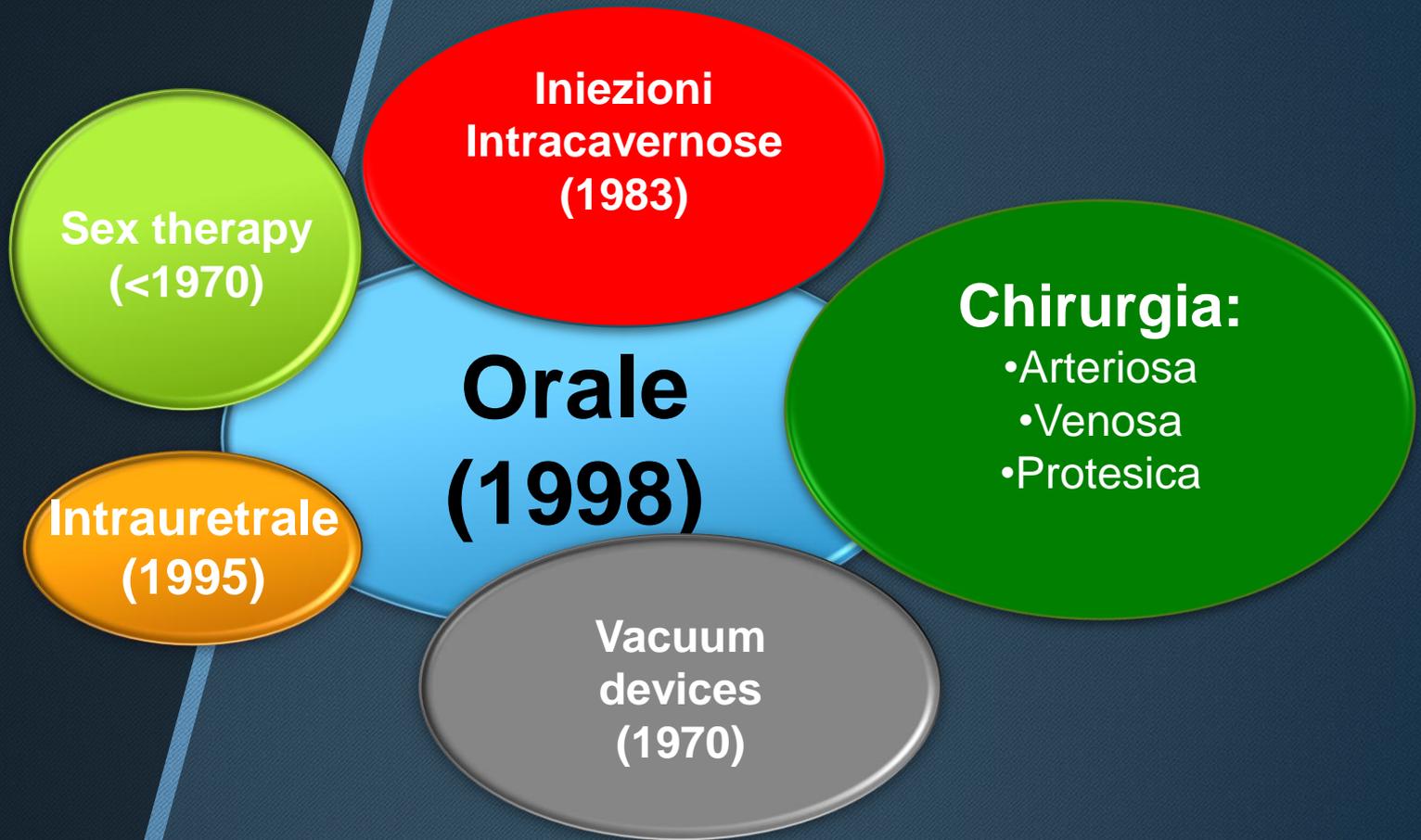
- **Biotesiometria:**
- **Risposte Evocate Sacrali (SER)**
- **Potenziali Evocati Somatosensoriali da nervo Dorsale (DN-SEP)**
- **Studio del riflesso bulbo-cavernoso**

Test di funzionalità endoteliale

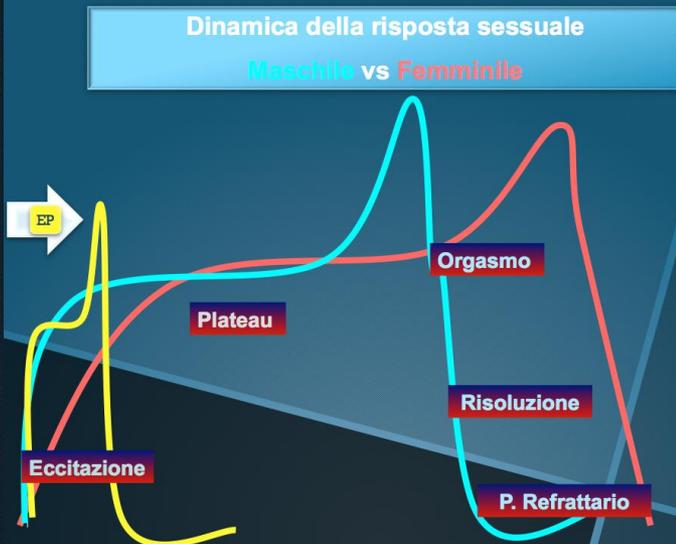
- **BAUS (brachial artery ultrasound scanning)**
- **PAT (Peripheral Arterial Tone) technology**



TERAPIE DISPONIBILI



L'eiaculazione precoce è il più comune problema sessuale nel maschio.



DEFINIZIONE

(2007)

Disfunzione sessuale maschile caratterizzata da eiaculazione che avviene sempre o quasi sempre prima o entro un minuto dalla penetrazione, e dalla incapacità di ritardare l'eiaculazione in tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali, e da conseguenze personali negative, come disagio, fastidio, frustrazione e/o l'evitamento dell'intimità sessuale"

Neurofisiologia

Emissione

Eiaculazione
p.d.

La maggior parte degli esperti ritiene realistico che circa il **25%-40%** di tutti gli uomini durante la vita è stato affetto da EP

Eziopatogenesi: teorie biologiche

ipersensibilità peniena da bassa soglia dei propriocettori penieni

Ipereccitabilità del riflesso eiaculatorio

Ridotta trasmissione di serotonina (5-HT) a livello del SNC

disfunzioni del piano perineale

maggiore rappresentazione corticale dell'area genitale

Potenziali fattori di rischio e comorbidità

Psicologici

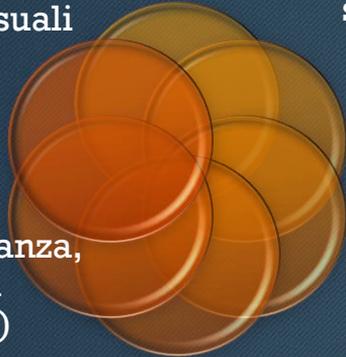
Scarsa conoscenza delle
risposte sessuali

Inesperienza
sessuale

Paura/ansia (gravidanza,
malattia, scarsa
"performance")

Rapporti
poco
frequenti

Problemi di coppia



Organici

Stupefacenti,
farmaci
dopaminergici

Malattie croniche
(diabete, IRC, tireopatie)

Frenulo
breve

Malattie neurologiche (SM,
neuropatie periferiche
es. da alcool)

Prostatite

DE (30% comorbidità)



CLASSIFICAZIONI DELLA EP

PRIMARIA

- presente fin dalle prime esperienze sessuali (con partner)

SECONDARIA

- precedente accettabile controllo eiaculatorio
- Possibili concause psicologiche e/o situazionali
- Associate condizioni di rischio: DE, prostatite, uretrite, farmaci o sostanze d'abuso

CLASSIFICAZIONI DELLA EP (situazionale)

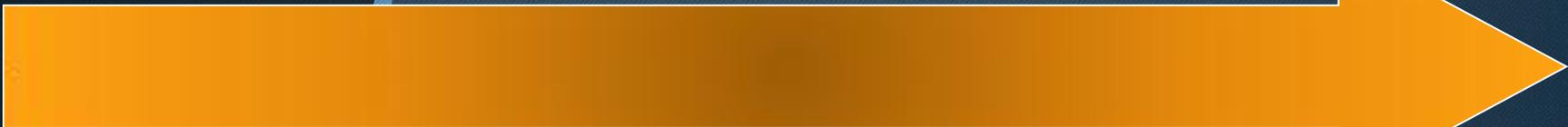
Tipo I : solo
con
penetrazione



Tipo II: anche
senza
penetrazione,
ma non con
MSS



Tipo III:
anche con
MSS



Ipotesi
psicologiche

Ipotesi
biologiche

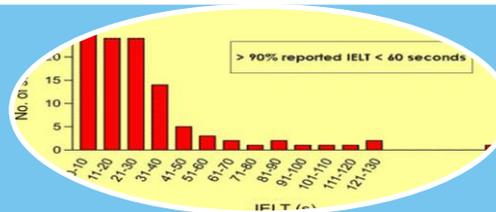
CLASSIFICAZIONI DELLA EP (temporale)

Prima della penetrazione
(ante portas)

Alla penetrazione

Prima di 1 min

Tra 1 e 2 min



IELT



anamnesi patologica

PATOLOGIE UROLOGICHE

uretro-prostato-vescicoliti

PATOLOGIE NEUROLOGICHE

Sclerosi multipla

Neuropatia periferica alcolica

Processi espansivi midollari

PATOLOGIE SISTEMICHE

Diabete mellito

IRC

Tireopatie

FORME IATROGENE

Sostanze stupefacenti

- anfetamine
- cocaina
- naloxone

Farmaci

- L-Dopa
- Apomorfina

ESAME OBIETTIVO ANDROLOGICO

PENE

frenulo breve

ipersensibilità del glande

balanopostiti

CONTENUTO SCROTALE

orchiepididimiti acute o cronicizzate

PROSTATA

congestione

prostatorrea

RIFLESSI

cremasterico

bulbo-cavernoso

TONO ANALE E CONTRAZIONE VOLONTARIA

inversione del comando

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E STRUMENTALE

EPS (citologico) ± Test di Stamey

TRUS (pre e post eiaculazione)

Biotesiometria (sensibilità pallestesica)

Test domiciliare con AL (sensibilità proprioceettiva)

Vibromassaggio penieno – VMP (latenza eiaculatoria)

EMG del piano perineale

Potenziali evocati somatosensoriali del N. Pudendo (PES)

TERAPIA

Trattare prima di tutto ogni causa di EP sintomatica

- es. EP secondaria a prostatite dove la terapia della prostatite cura anche il sintomo EP
- DE dove l'EP è solo un meccanismo di compensazione

Non esiste una sola forma di EP ed è quindi ovvio che non esista una "TERAPIA" per l'EP

TERAPIA DELLA EP

Terapia
psicosessuologica

Terapia
chirurgica

Riabilitazione
del piano
perineale

Terapia
farmacologica
orale

Terapia
topica



Due strategie di trattamento medico

Giornaliero

On demand

Serotoninergici

Triciclici

Clomipramina

- 25 mg 4-24 h prima (TA)
- 25-50 mg/die (TC)

SSRI

Fluoxetina

- 5-20 mg/die (TC)

Paroxetina

- 20 mg 3-4 h prima (TA)
- 10-20 mg/die (TC)

Sertralina

- 50 mg 4-8 h prima (TA)
- 25-100 mg/die (TC)

Dapoxetina

SSRI a rapida azione (T_{max} 1.5 ore, molto più veloce di tutti gli altri SSRI. Dopo assunzione orale viene rapidamente assorbita con un rapido declino delle concentrazioni ematiche.

Table 2 Pharmacokinetic characteristics of dapoxetine compared with paroxetine and sertraline

	Dapoxetine	Paroxetine	Sertraline
Dose (mg)	60	40	100
C _{max} (ng/mL)	386.0	19.0	22.7
T _{max} (h)	1.5	6.83	6.4
T _{1/2a} (h)	1.03	3.93	3.57
T _{1/2b} (h)	21.9	46.7	39.5
C24 (% of peak)	3.67	45.1	47.8
Accumulation	1.3	2.45	2.68

Derived from Gengo et al (2005), Hellstrom (2004), Hellstrom et al (2005), Anderson et al (2006).

Candidata ideale per
terapia on-demand

Eiaculazione retrograda

DEFINIZIONE

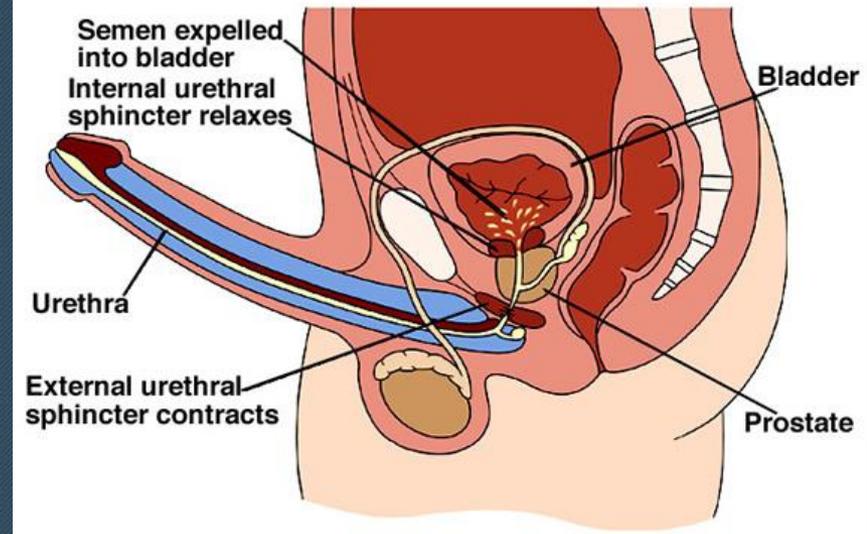
- Propulsione del liquido seminale dall' uretra posteriore in vescica
 - Completa (assenza di frazione anterograda)
 - Incompleta (minima frazione anterograda)

Murphy & Lipshultz,
1987

0.3-2% delle cause note di infertilità maschile

Vernon et al, 1988; Yavetz et al, 1994

Retrograde Ejaculation



DIAGNOSI

1. Emissione di eiaculato assente o intermittente
2. Orgasmo senza eiaculazione
3. Presenza di spermatozoi nel campione di urine post-orgasmo

Eiaculazione retrograda

• Trattamento medico

Aumento del tono simpatico o riduzione dell'attività parasimpatica

α -agonisti

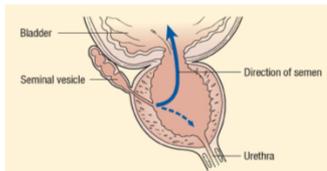
Anticolinergici
Antistaminici

Riduzione del tono dello sfintere

Benzodiazepine

Dantrolene

Baclofene



Studies involving medical treatment for reversal of retrograde ejaculation (modificata da "Kamischke & Nieschlag, 1999")

Farmaco	N° studi	Dose	Eiaculazione dopo	N° pazienti	N° successi (%)
Bromfeniramina	3	16-24 mg/die	12 h-2 sett	8	3(38%)
Bromfeniramina + fenilefrina	1	12 mg/die	2 sett	10	3(33%)
Clorfeniramina + fenilpropranolamina	7	50 mg/die	1-2h-10 gg	14	11(79%)
Efedrina	3	50-100 mg/die	2h-4 sett	30	6(20%)
Imipramina	14	25-75 mg/die	3 gg-2 sett	110	70(64%)
Midodrin	6	5-40 mg ev 15 mg (os)	20 min-2,5h	34	19(56%)
Fenilpropranolamina	1	150 mg/die	2h-4gg	1	1
Pseudofedrina	2	24mg/die	2h-2 sett	8	2(25%)
Sinefrina	1	60 mg ev	1 h	6	3(50%)

Quali soluzioni ?

Recupero degli spermatozoi dalla vescica previa alcalinizzazione delle urine

Altri trattamenti

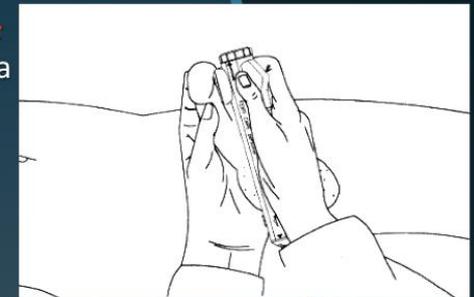
- Vibrostimolazione (EVS)

La maggior parte degli studi riguarda mielolesi affetti da aneiaculazione

“ In due studi ([Sobero et al , 1965](#); [Schellen, 1968](#)) è stata utilizzata la EVS in pazienti con ER idiopatica.

“ In 12/14 pazienti :
eiaculazione anterograda
dopo 1-12 min.

“ 9 gravidanze (6 con auto-IUI,
3 con IUI)



Eiaculazione ritardata

“ Persistenza oppure ricorrenza di difficoltà, ritardo o assenza nel raggiungimento dell'orgasmo, dopo un'adeguata stimolazione sessuale, con conseguente distress per il soggetto”

DSM IV – American Psychiatric Association, 1994

La maggior parte dei maschi eiacula entro 3-8 minuti dalla penetrazione

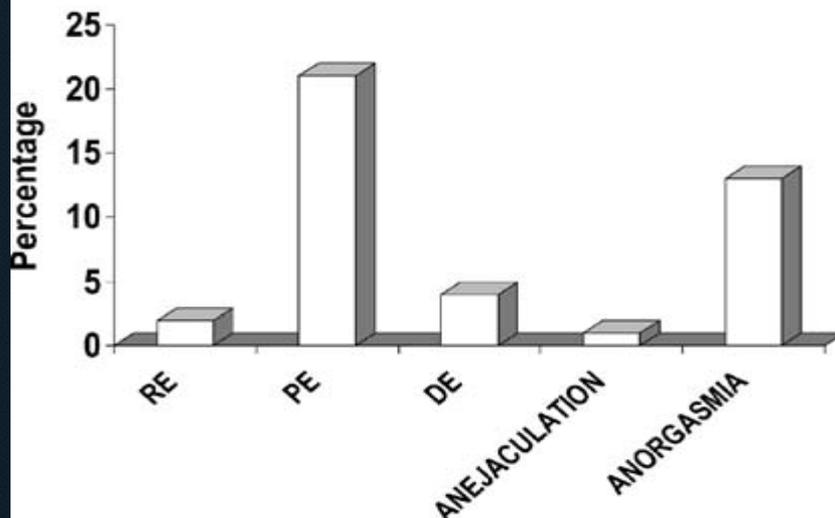
Maschi con tempi eiaculatori superiori a **20-30 minuti** o che **cessano l'attività sessuale a causa della mancata eiaculazione** vengono considerati affetti da **eiaculazione ritardata**.

Patrick et al, 2005

1-4 % dei maschi risulta affetto da ER

Jannini et al. 2002

Epidemiology of ejaculatory disorders



Jannini et al. 2005

LIEVE

Eiaculazione in vagina dopo coito lungo ed energico

MODERATA

Eiaculazione impossibile in vagina, viene raggiunta dopo masturbazione o rapporto orale

SEVERA

Aneiaculazione

Cause di ER

Cause neurologiche

- lesioni midollo spinale, della cauda equina e dei nervi periferici (politraumatismi)
- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- neuropatia autonoma (diabetica, alcolica)
- lesioni gangli simpatici paravertebrali (linfadenectomia retroperitoneale, chirurgia colorettales, chirurgia aorto-iliaca)

Cause farmacologiche

Antiipertensivi, Antidepressivi triciclici, Antidepressivi SSRI, Antipsicotici fenotiazinici, Alcool, THC

Cause psicologiche

Ipercontrollo del riflesso eiaculatorio
Timore della gravidanza (coito interrotto)
Ridotta eccitazione sessuale
Repulsione per la partner (e conseguente senso di colpa)
Narcisismo

Desiderio abnorme di successo
Disturbo ossessivo-compulsivo
Complesso edipico non superato
Paura della vagina
Senso di colpa di "sporcare" la partner

CONCLUSIONI

Il corretto iter diagnostico-terapeutico delle disfunzioni sessuali non può prescindere da una accurata anamnesi che valuti a 360° la storia medica, psicologica, sessuologica, sociale e relazionale del paziente nonché dall'esame obiettivo che orienteranno verso l'esecuzione dei test e dei trattamenti che si adatteranno come un vestito ad ogni singolo paziente.

Una procedura diagnostica e/o terapeutica utile per un paziente potrà risultare inutile oppure dannosa per un altro paziente.

La sensibilità e l'esperienza clinica del medico di fiducia dapprima e dello specialista in un secondo tempo giocano un ruolo chiave nella gestione di un paziente alla cui richiesta di aiuto non si può semplicemente rispondere con un “aiutino”.



Thanks