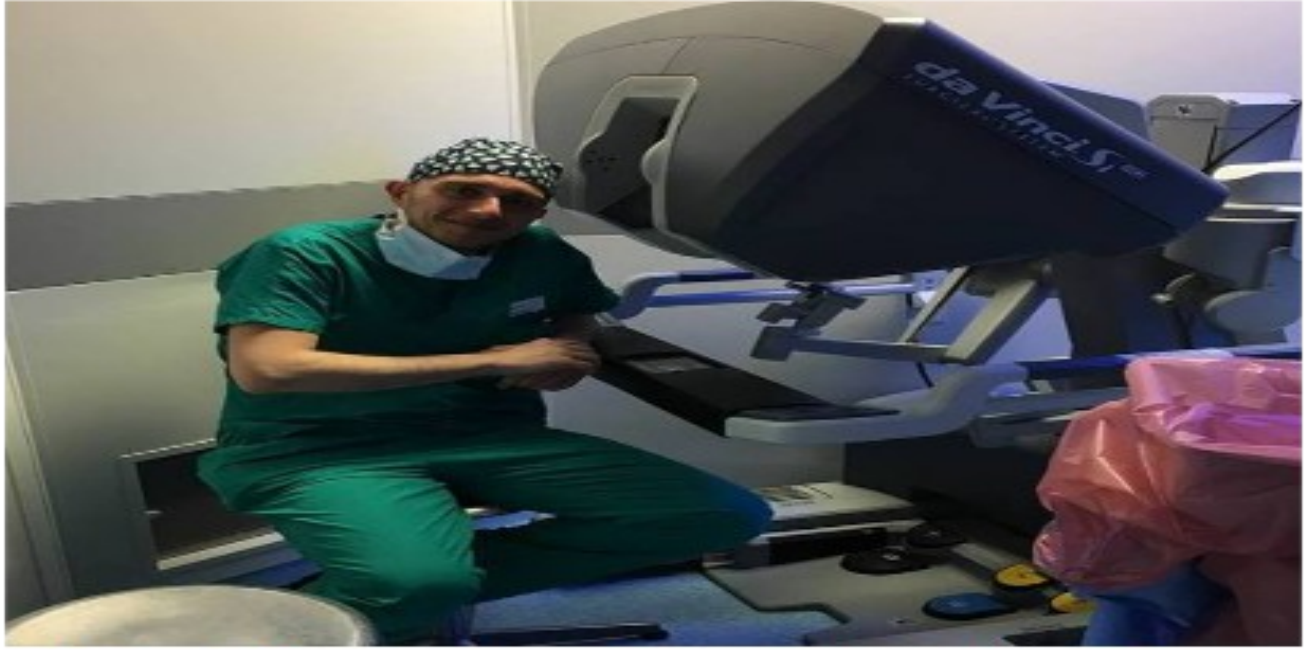
Terapia medica e chirurgica delle patologie andrologiche



www.pierandreadellacamera.it
pierandreadellacamera@gmail.com

Dr Pier Andrea Della Camera

Disclosures

I certify that I have no conflicts of interest and no economic relationship with the companies mentioned in the presentation and that I have not received any fees for my presentation

pierandreadellacamera.it/sezione/30190_didattica.html

Bookmarks | Gmail: l'email di Go | (135) webmail UniFI... | App Suite. Posta in... | Facebook | SIA | EAU - guidelines | PubMed | Previsioni Meteo: le... | rotary 1 | Altri Preferiti

DIDATTICA

PROTESI PENIENA BICOMPONENTE

PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE

PROTESI PENIENA BICOMPONENTE PARTE 2

FATTORE MASCHILE INFERTILITÀ DI COPPIA

DOCENZA FESTIVAL DELLA SESSUOLOGIA

DOCENZA CORSO DI PSICOLOGIA SESSUALE E TERAPIA MEDICA E CHIRURGICA MALATTIE ANDROLOGICHE

CHIRURGIA PROTESICA PENIENA

CHIRURGIA DEI TEGUMENTI CIRCONCISIONE E SCROTOPLASTICA

TERAPIA MEDICA INFERTILITÁ. Lezione ordine dei medici

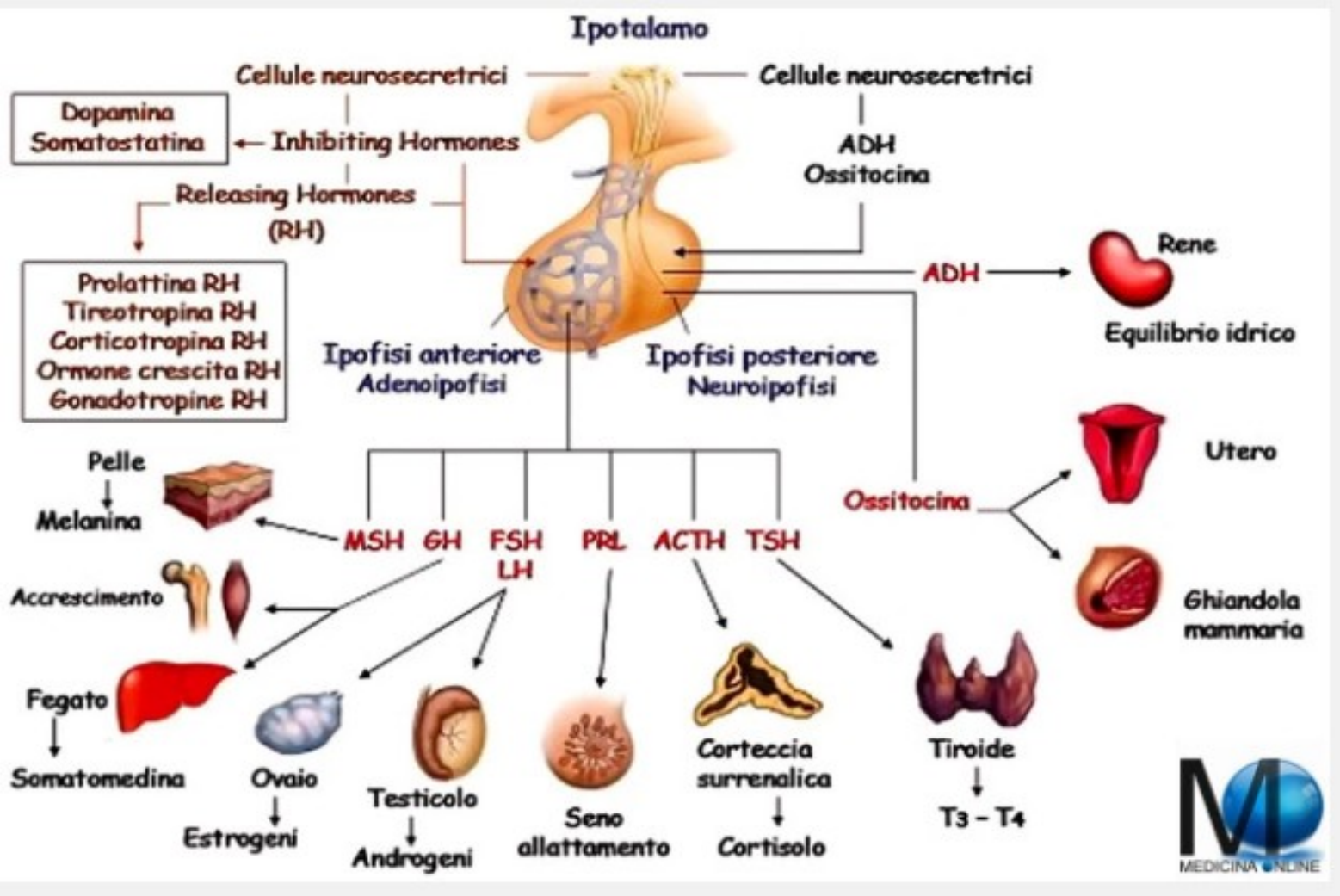
NOVITÁ IN CAMPO UROLOGICO

CHIRURGIA DI PLACCA

INQUADRAMENTO DI RITARDI PUBERALI

GINECOMASTIA

Riduzione della Libido, Anorgasmia, e Disfunzione erettile da cause ormonali



Esami ematici

- Emocromo, creatinina, azotemia, elettroliti, esame urine ed urinocoltura
- Psa tot e F/t (attenzione alla palpazione prostatica)
- Alt, Ast, Gamma Gt, Hba1, Ldl, Colesterolo tot, Trigliceridi,Hdl
- Fsh,Lh, Testosterone totale, SHBH (sexual hormone binding globuline), Dheas, estradiolo, Inibina
- Prolattina
- Tsh,t3,t4

Sex Hormon Binding Globulin (SHBG)

- Aumento

- Farmaci:
  - antiepilettici,
  - estrogeni,
  - ormoni tiroidei
- Ipertiroidismo
- Malattie epatiche
- Età

- Diminuzione

- Obesità
- Insulino-resistenza
- Ipotiroidismo
- acromegalia

TESTOSTERONE BIODISPONIBILE:
(FRAZIONE LIBERA + FRAZIONE LEGATA A ALBUMNA)

= **40-50%** DEL TOTALE

https://www.nebido.com/en/hcp/research/testosterone-tools/conversion-tool.php

Gmail: l'email di Goo | (133) webmail UniFI : | App Suite. Posta in ar | Facebook | SIA | EAU - guidelines | PubMed

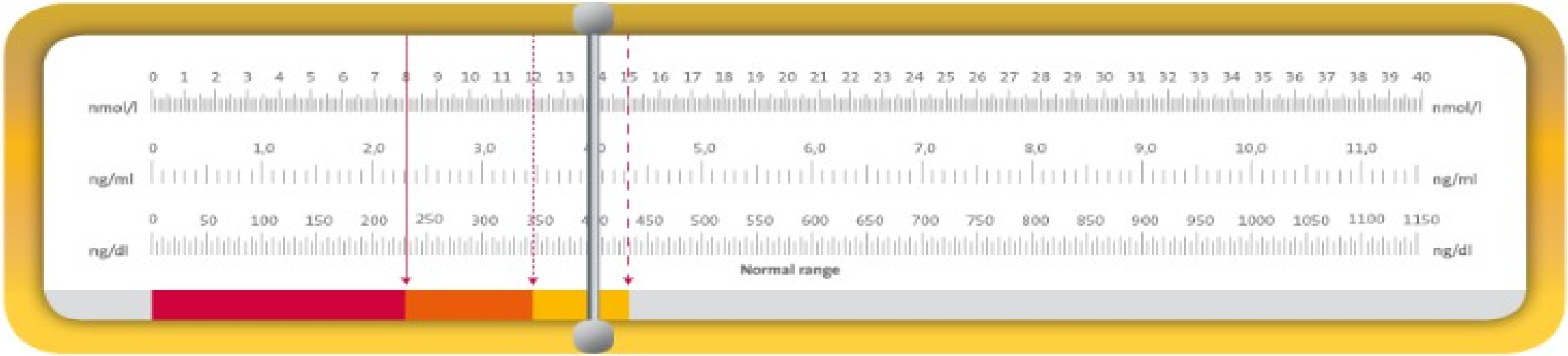
NEBIDO® Testosterone Undecanoate

Consistent testosterone management for the long-term

Contact | Sitemap | Search » Bayer AG

BAYER

Home | Hypogonadism | Diagnosis | Therapy | Research & Education | Product Information | Your patients | Go to Patient Area



Or type the unit to be selected:

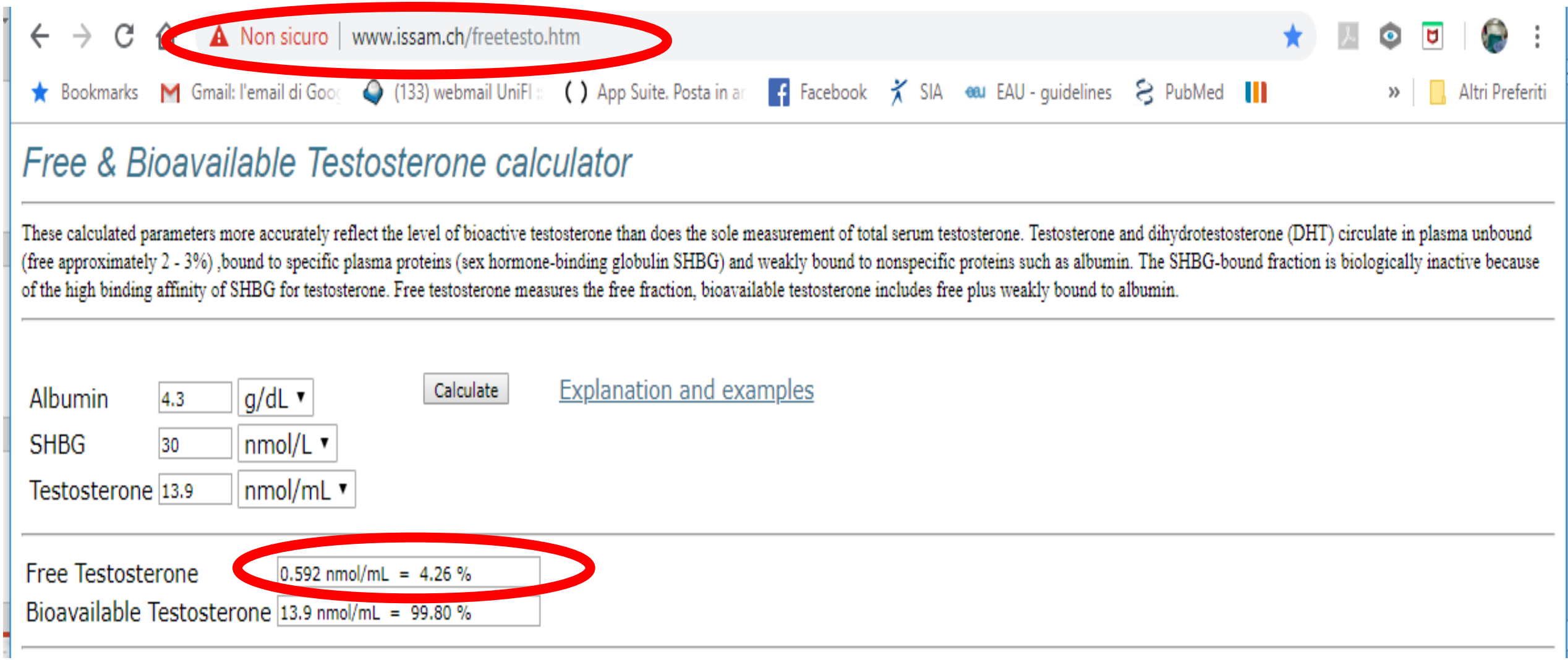
4 | ng/ml | show

Conversion results:

13.9 nmol/l

4 ng/ml

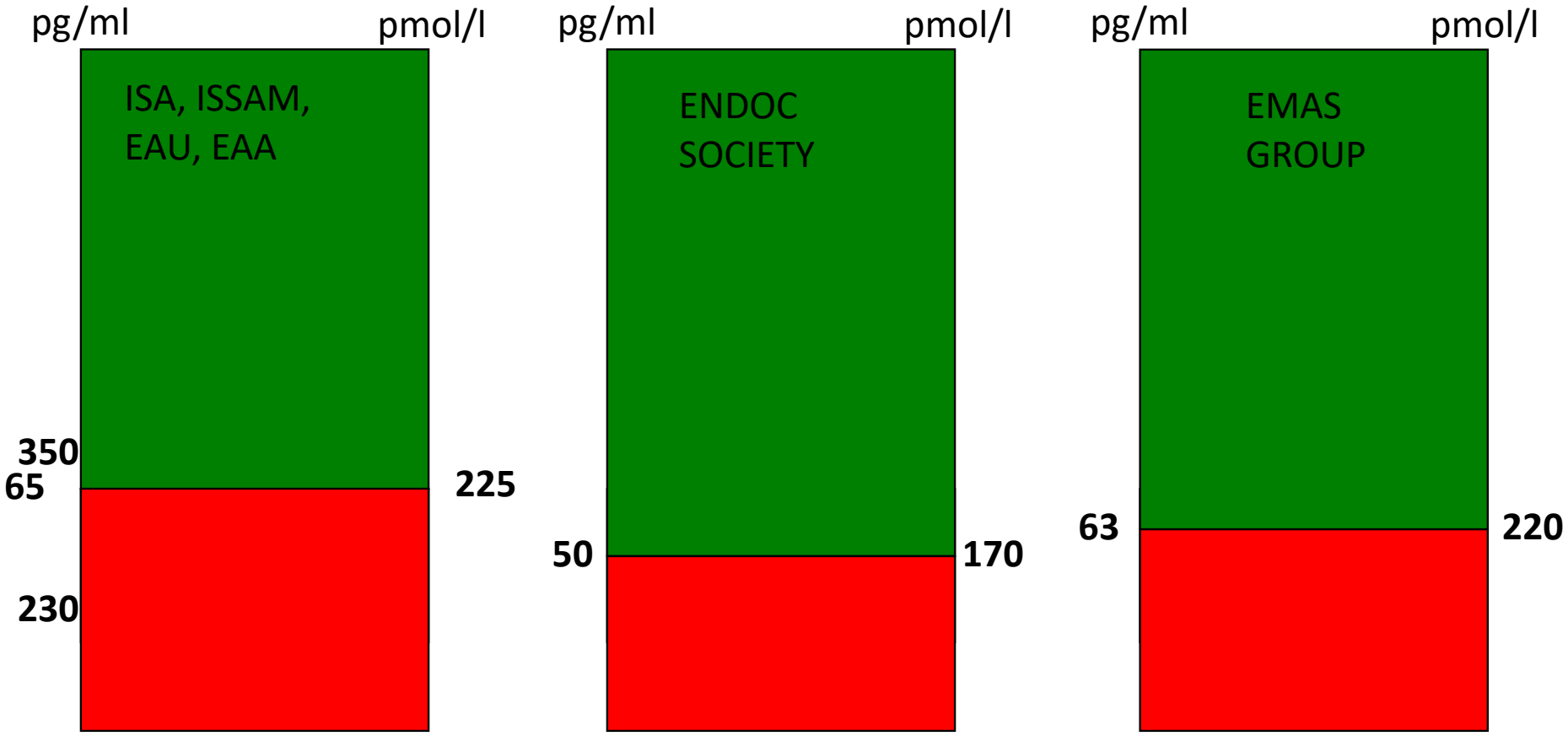
400 ng/dl



Normogonadico >0,225

Ipogonadico <0,225

LOH: diagnosi biochimica



LIVELLI PLASMATICI DI **FREE T**

Wang et Al, EJE 2008

The Endo Society Clinical Guidelines 2009

Wu et Al, NEJM 2010

Classificazione

VEOH: (Very Early Onset Hypogonadism)

- Compare in età fetale
- Maschi con normale cariotipo 46XY
- Mutazioni del recettore per gli androgeni o per deficit di uno egli enzimi coinvolti nella sintesi del testosterone
- Alla nascita genitali esterni ambigui o completamente femminili
- Alla pubertà amenorrea

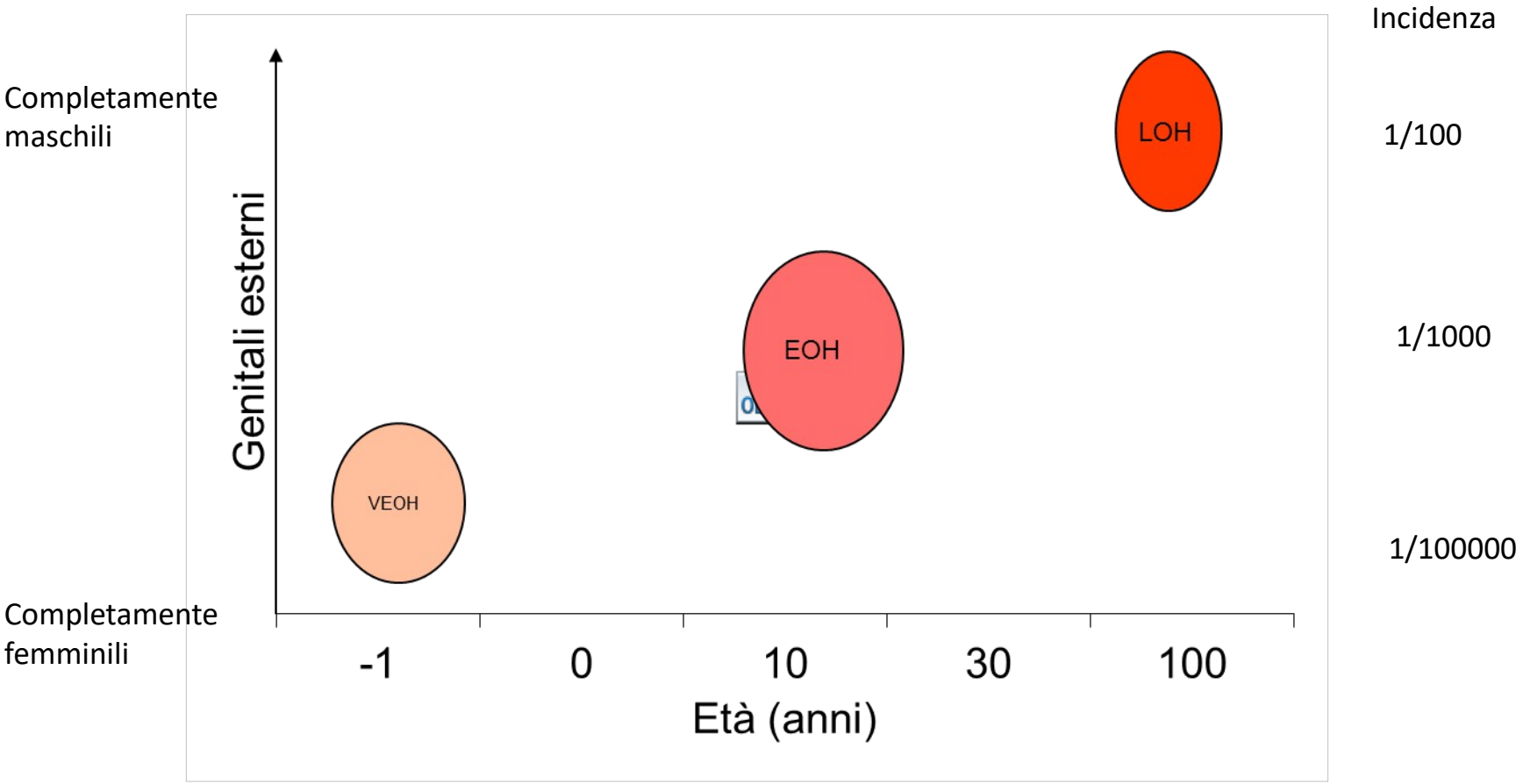
EOH: (Early Onset Hypogonadism)

- Compare nell'infanzia per conseguenza di danni ipofisari o per cause genetiche
- I genitali possono presentare deficit di completa virilizzazione e vi è ritardo puberale

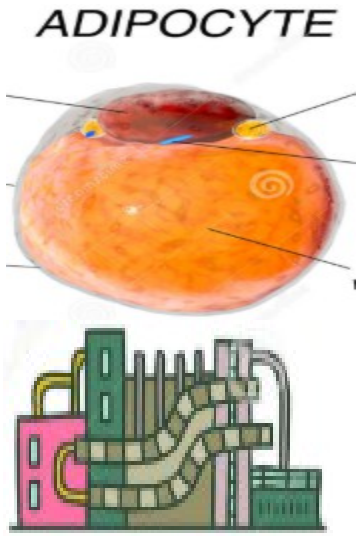
LOH: (Late Onset Hypogonadism)

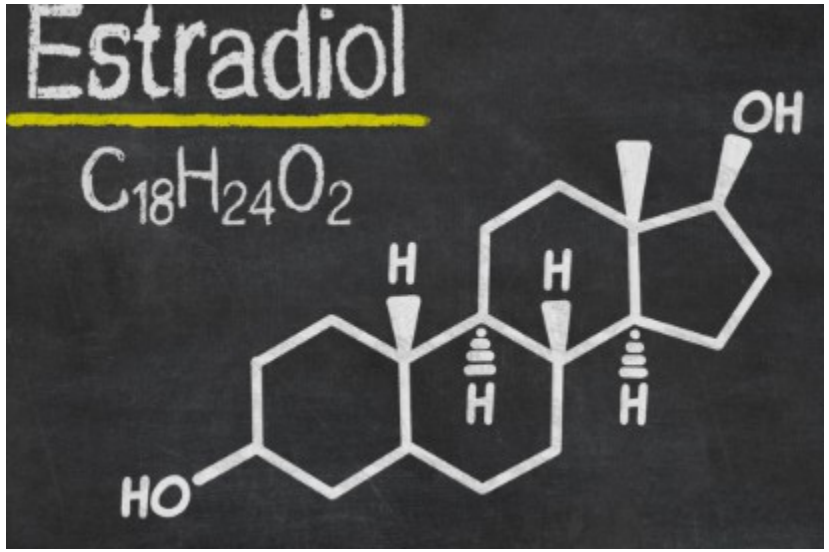
- Sindrome clinica e biochimica associata all'invecchiamento e caratterizzata da ridotti livelli di testosterone.
- Può determinare un peggioramento della qualità della vita e influenzare la funzione di molti organi.
- Numerose comorbidità (diabete, sindrome metabolica, IRC, cirrosi epatica) possono influenzare la produzione di testosterone.

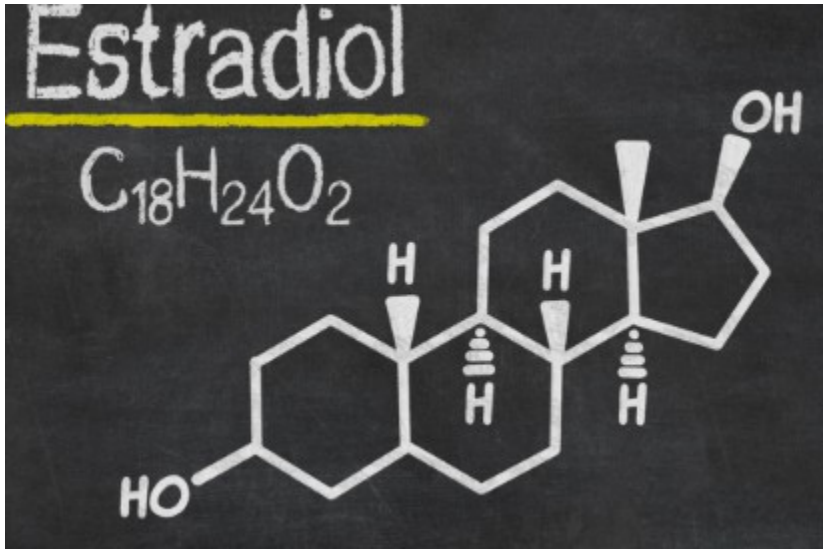
Ipogonadismo



Testosterone
$C_{19}H_{28}O_2$
OH
H
H
O


ADIPOCYTE

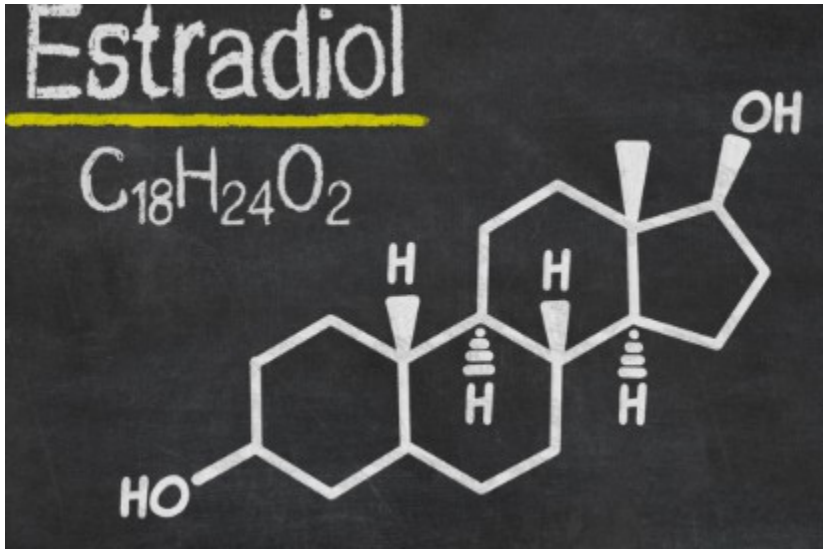

Estradiol
$C_{18}H_{24}O_2$
OH
H
H
H
HO



Ginecomastia

Disfunzione erettile

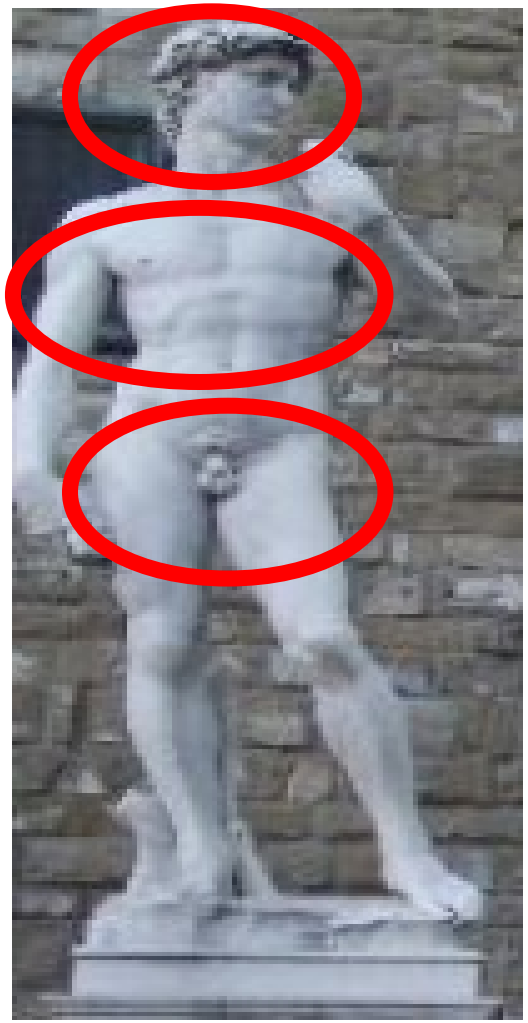
www.pierandreadellacamera.it

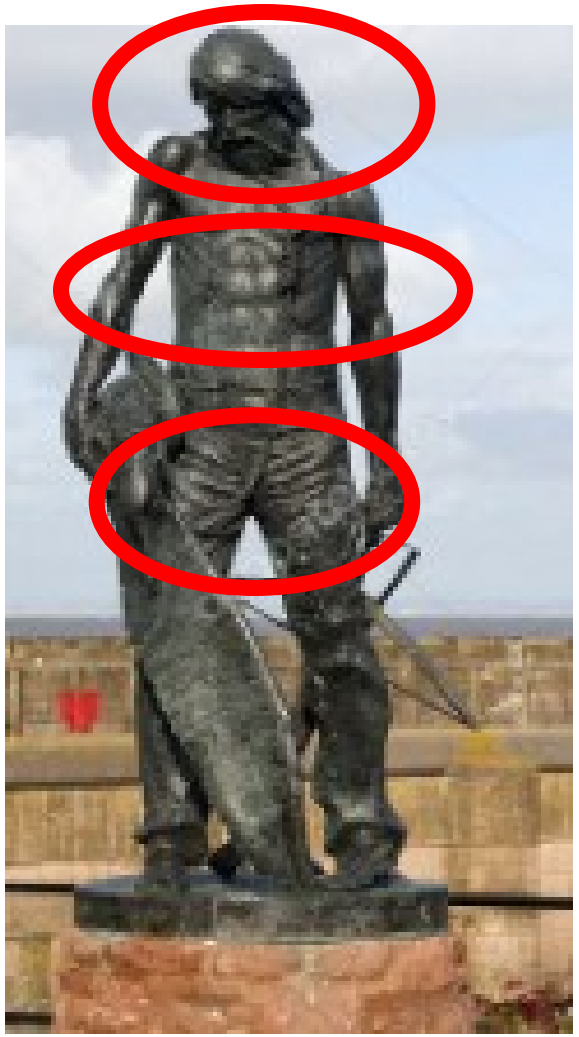


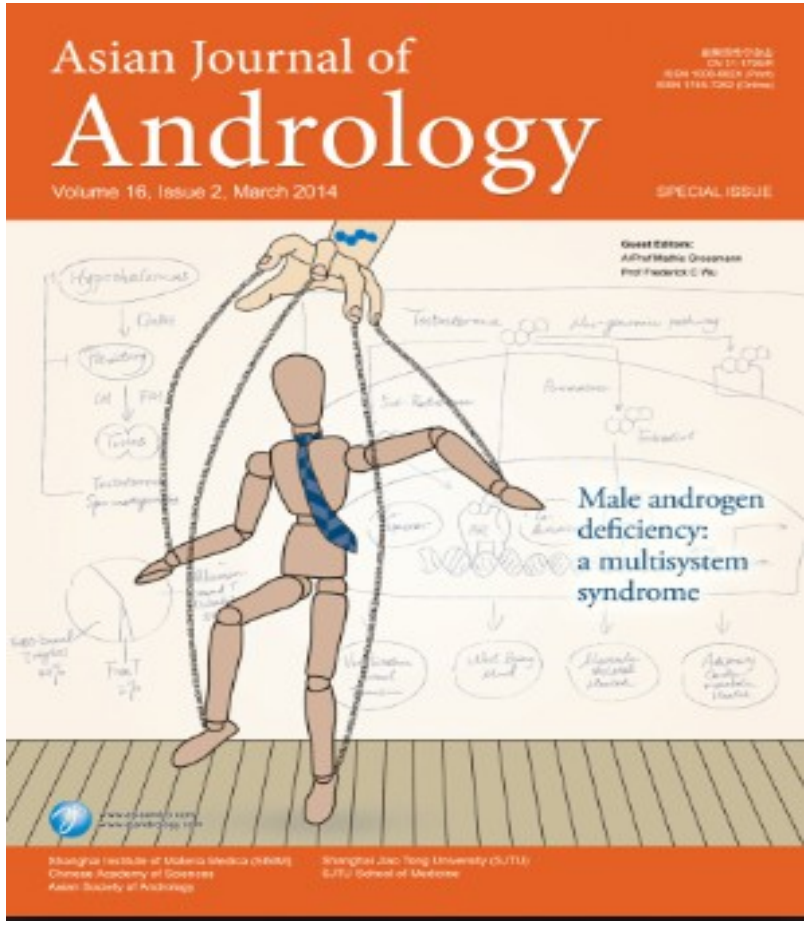
Correggere le cause

Farmaco antiestrogeni per carcinoma mammella

In genere pero c’e’ una carenza di testosterone……







In genere pero c’e’ una carenza di testosterone……

Inietivi

Gel

In genere pero c’e’ una carenza di testosterone……

- Da cospargere piu volte al giorno
- Sostanza oleosa
- Assorbimento variabile in base al clima (estate/inverno)

Gel

Testosterone: Target Organs

brain
libido, aggression

skin
hair growth, balding,
sebum production

muscle
increase in strength
and volume

liver
synthesis of serum proteins

kidney
stimulation of
erythropoietin production

male sexual organs
penile growth
spermatogenesis
prostate growth and function

bone marrow
stimulation of stem cells

bone
accelerated linear growth
closure of epiphyses

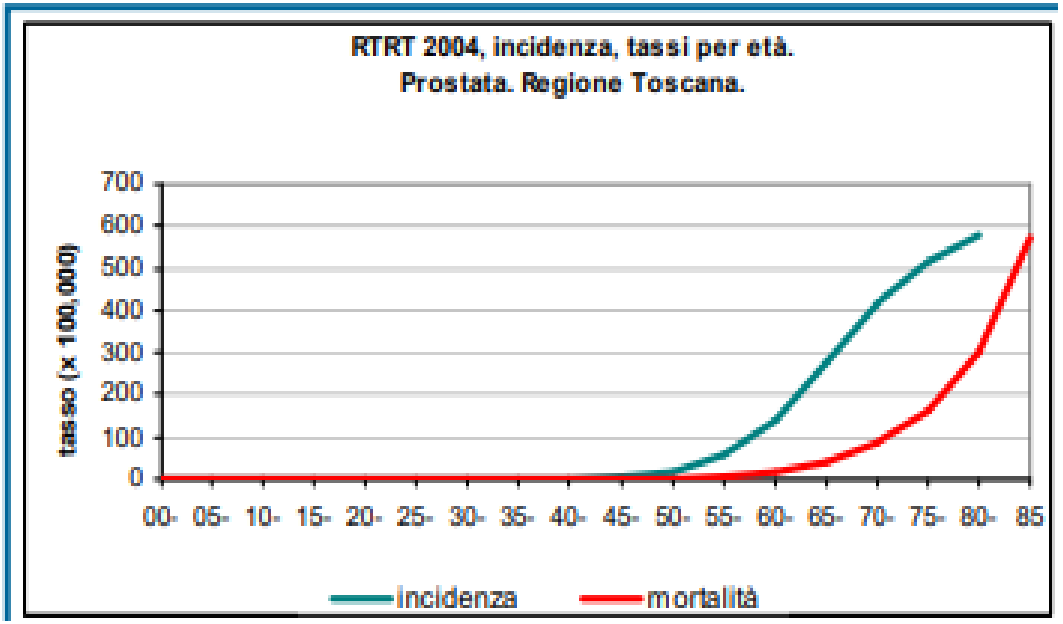
TESTOSTERONE

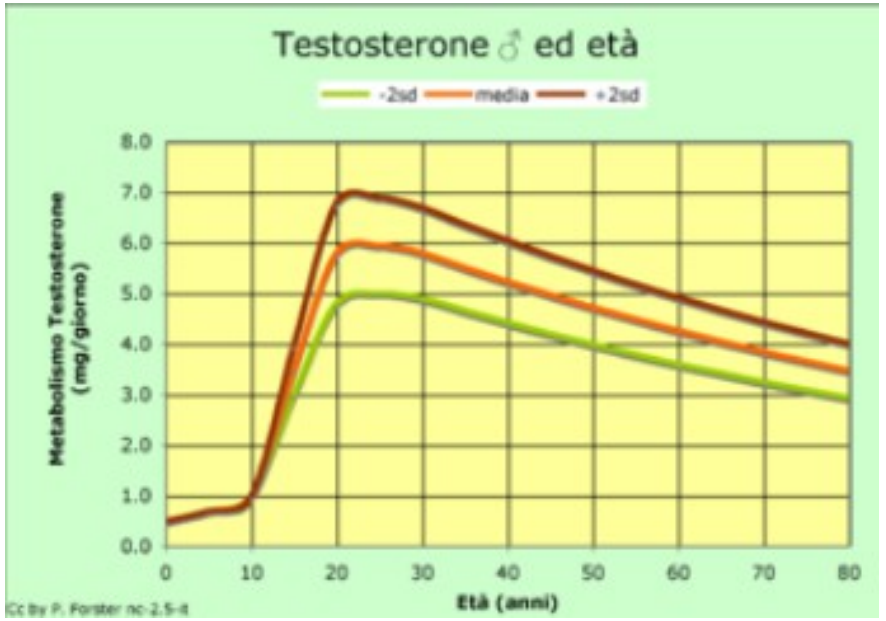
Terapie ormonali che comportino la somministrazione esogena di testosterone vanno riservate a pazienti sintomatici per deficit di testosterone (<230 ng/dl) e a coloro i quali abbiano un'evidenza biochimica di ipogonadismo

Diversi studi hanno dimostrato come il trattamento con testosterone oltre a migliorare la funzione sessuale HA EFFETTI BENEFICI

- **SUL PROFILO LIPIDICO**
- **SUL RISCHIO DI**
- **IPERGLICEMIA**
- **PUO' RIDURRE LA PRESSIONE ARTERIOSA**
- **PUO' RIDURRE L'INDICE DI MASSA CORPOREA**

Carcinoma prostatico



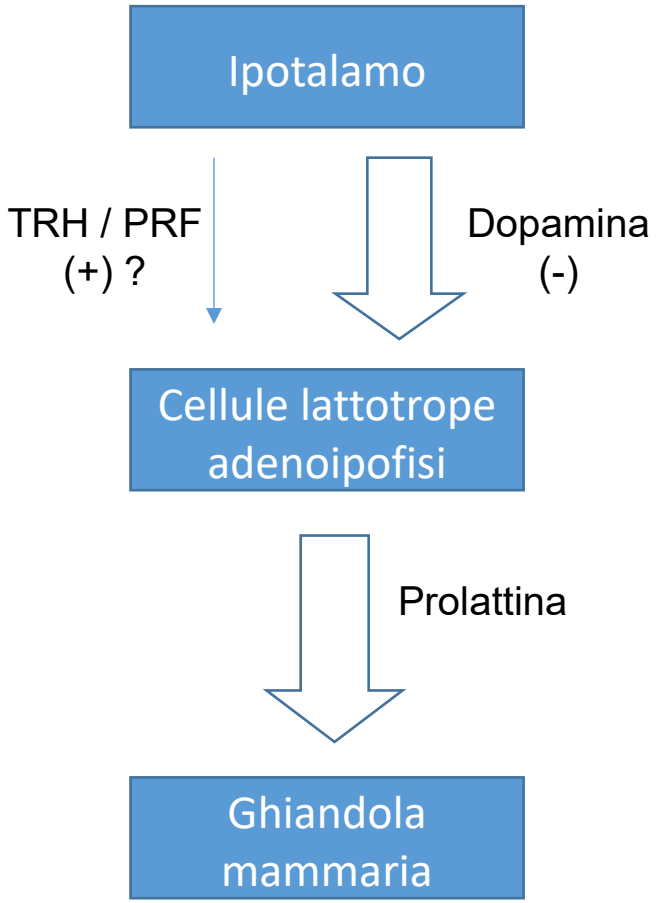


Fisiologia

- Sintesi di prolattina da parte delle cellule lattotrope nell'adenoipofisi sotto il controllo inibitorio della dopamina rilasciata dall'ipotalamo

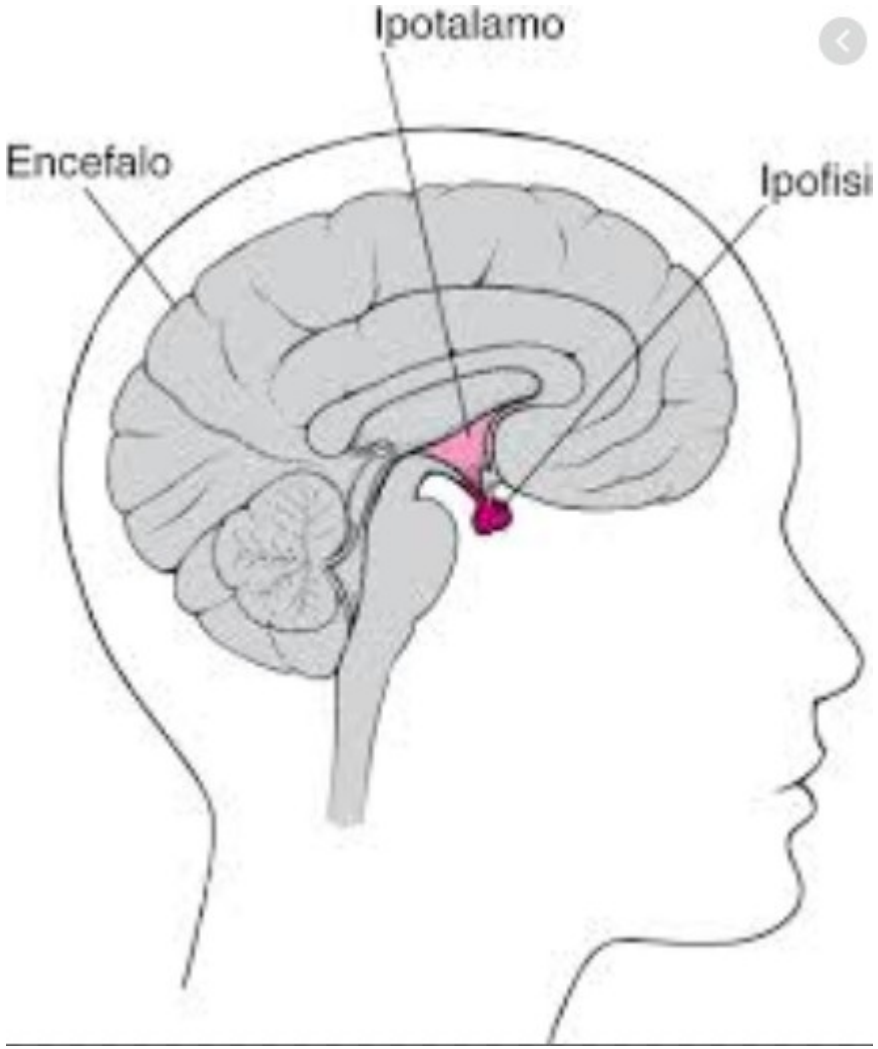
- Cause di aumento della prolattina sono pertanto solitamente dovute ad una riduzione dei livelli o dell'effetto della dopamina

- Azione fisiologica di induzione e mantenimento della produzione di latte da parte della ghiandola mammaria; concomitante induzione di ipogonadismo ipogonadotropo in caso di iperprolattinemia sostenuta e prolungata



Cause di iperprolattinemia nel maschio

- **Fisiologiche**
  - Stimolazione del capezzolo
  - Sonno
  - Attività fisica, stress, coito
- **Malattie ipotalamiche**
  - Tumori ipotalamici: craniofaringiomi, meningiomi, metastasi
  - Lesioni infiltrative: istiocitosi, sarcoidosi, ipofisite, TBC
  - Malformazioni arterovenose (aneurismi)
  - Danni al peduncolo ipofisario . Traumi cranici
- **Malattie ipofisarie**
  - Prolattinoma
  - Altri adenomi ipofisari secernenti o non clinicamente funzionanti
  - Empty sella syndrome
- **Iatrogene**
  - Radiazioni del cranio
  - Interventi neurochirurgici
  - Farmaci
- **Altre cause**
  - Ipotiroidismo primario
  - Insufficienza renale cronica, epatica cronica
  - Traumi o chirurgia della parete toracica
  - Sindromi paraneoplastiche



Prolattinoma

- L'adenoma ipofisario prolattino-secernente è la lesione neoplastica più frequente e rappresenta circa il 60% delle lesioni tumorali della regione ipotalamo-ipofisaria

- Colpisce maggiormente le donne (circa 70%), ma gli uomini presentano adenomi più grandi e a maggiore invasività e aggressività

- I prolattinomi vengono distinti in rapporto a:
  - dimensioni: microadenomi (< 1 cm) e macroadenomi (>1 cm);
  - compressione o meno dei tessuti circostanti;

- L'ipersecrezione di prolattina può essere isolata o associata a ipersecrezione di altri ormoni (tumori misti), prevalentemente GH (cellula mammo-somatotropa)

NB: **pseudo-prolattinoma**: elevati livelli di PRL in presenza di un adenoma ipofisario possono anche essere secondari alla deviazione o lesione del peduncolo ipotalamico e al conseguente mancato controllo inibitorio da parte della dopamina.

Iperprolattinemia secondaria a farmaci

- Bloccanti dopaminergici: metoclopramide, sulpiride, domperidone, risperidone, neurolettici (aloperidolo, fenotiazine)
- Anestetici, Oppiacei, morfina
- Anti-istaminergici H2: cimetidina ev
- Agenti psicotropi
- Anti-depressivi triciclici (imipramina, amitriptilina), inibitori specifici del re-uptake della serotonina (paroxetina, citalopram), inibitori delle monoamino ossidasi (pargilina/clorgilina, olanzapina)
- Antiipertensivi: verapamil, α-metilDOPA, reserpina
- Estrogeni

Manifestazioni cliniche nel maschio

- Disfunzione erettile, ipoposia
- Calo della libido
- Ginecomastia, galattorrea (meno del 30%)
- Osteoporosi

EVENTUALI EFFETTI COMPRESSIVI

- Cefalea
- Ipopituitarismo
- Emianopsia temporale, diplopia
- Apoplessia

Diagnosi di iperprolattinemia

- **Anamnesi**: escludere terapie farmacologiche interferenti, ipotiroidismo non compensato, insufficienza renale o epatica, tumori parasellari

- **Esame obiettivo**: galattorrea spontanea o alla spremitura del capezzolo, ginecomastia, segni di ipogonadismo

- **Esami di laboratorio**: dosaggio singolo di prolattina preferibilmente senza stress (a riposo e dopo alcuni minuti dalla venopuntura); in caso di dubbi, pulsatilità di prolattina: 2-3 prelievi seriati a distanza di circa 20 minuti con agocannula inserita. Se farmaci interferenti, ridosare la prolattina dopo 72 ore dalla sospensione del farmaco

Prolattina >150 ng/ml	Microprolattinoma
Prolattina >250 ng/ml	Macroprolattinoma

- **Esami strumentali**: RMN ipofisi con mezzo di contrasto (gold standard se sospetta vera iperprolattinemia)

NB: possibili interferenze di laboratorio

Se discrepanza tra grandi dimensioni della lesioni e ipofisaria e lieve aumento di prolattina, possibile **hook effect** (effetto gancio):

- con alcune metodiche immuno-radiometriche, gli alti livelli di prolattina saturano gli anticorpi con conseguente sottostima del dato;
- Ripetere il dosaggio previa diluizione del campione di plasma.

Se discrepanza tra elevati livelli di prolattina e assenza di sintomi correlati, possibile presenza di **macroprolattinemia**:

- presenza di elevate concentrazioni di macromolecole di prolattina (dimeri o polimeri), biologicamente inattiva, che possono dare falsi aumenti di prolattina attiva (monomerica);indurre valori falsamente elevati di PRL.
- Ripetere il dosaggio con uso di polietilenglicole (PEG), che fa precipitare gli aggregati, e porta a un ridotto recupero di prolattina (< 40% del valore precedente prima di PEG).

Cenni di terapia dell'iperprolattinemia

- Se iperprolattinemia iatrogena da farmaci valutare la modifica del farmaco

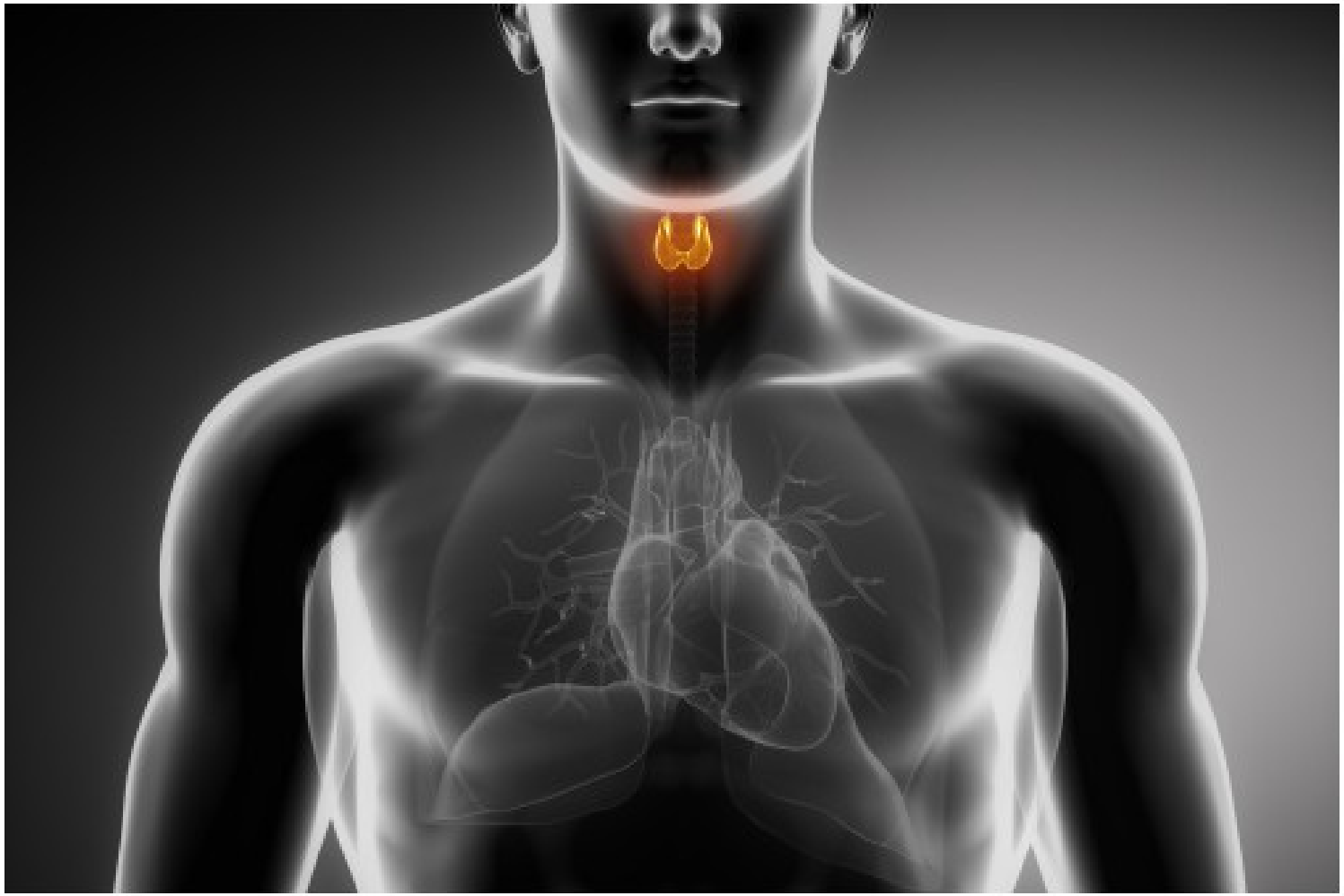
- Se prolattinoma, terapia medica con dopamino-agonisti (cabergolina): effetto sulla riduzione sia dei livelli di prolattina sia della massa

- Se prolattinomi resistenti alla terapia medica (soprattutto macroadenomi e pazienti maschi), considerare aumento della terapia medica, eventuale cambio del dopamino-agonista e valutare la neurochirurgia (raramente radioterapia)

- Se iperprolattinemia secondaria ad altre condizioni patologiche non correggibili valutare la terapia ormonale sostitutiva in caso di ipogonadismo di lunga durata
  → terapia con testosterone nell'uomo

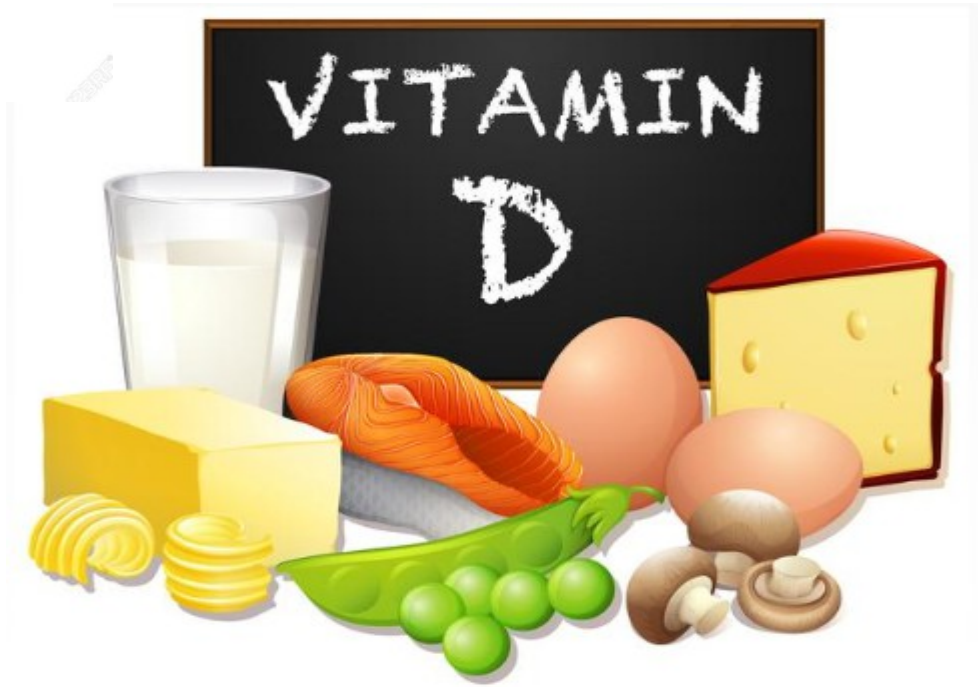
Melmed S, et al. J Clin Endocrinol Metab 2011

Disfunzioni tiroidee e sessualita

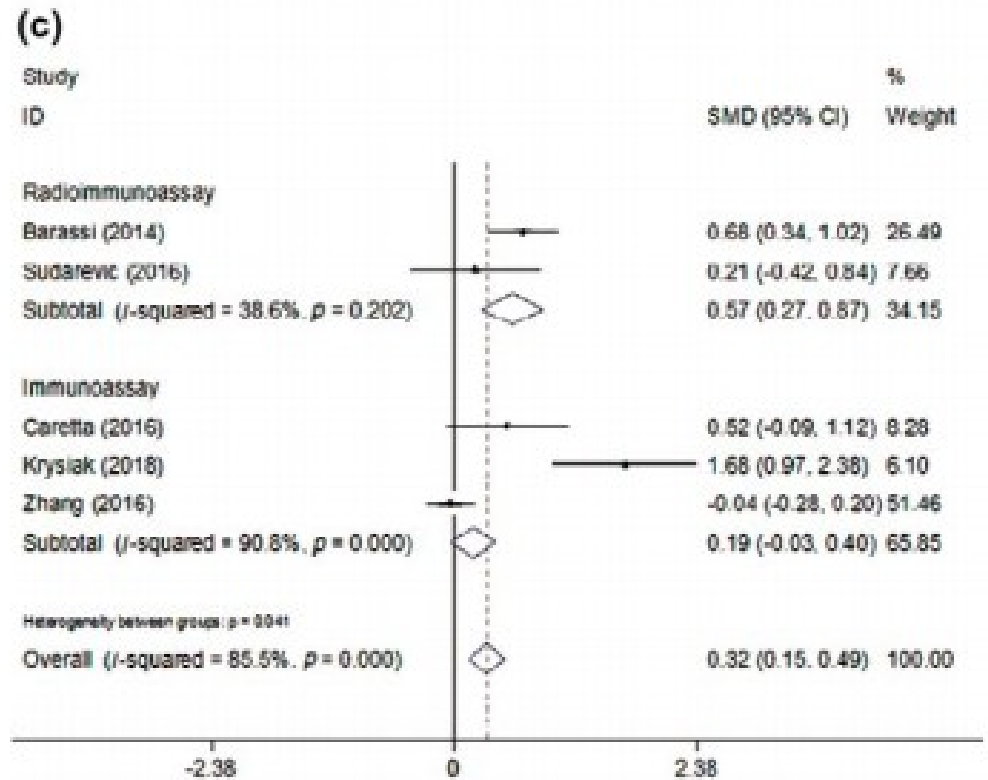


	Ipotiroidismo	Ipertiroidismo
Funzione erettile	Disfunzione erettile	Disfunzione erettile
Funzione eiaculatoria	Eiaculazione ritardatta	Eiaculazione precoce
Volume e funzione testicolare prepuberale	Aumentata	Diminuita
Conta nemaspermica	Aumentata	Diminuita
Motilità	Diminuita	Diminuita

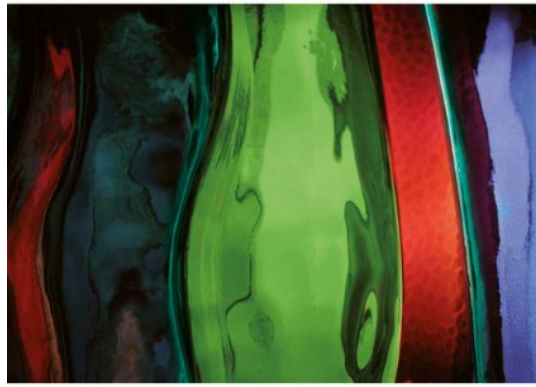
Vitamine
D
FAT
Cholecalciferol


VITAMIN
D

Group	Subgroup	I^2 (%)	SMD (95%CI)	*p* value	Begg (Pr>|z|)	Egger (P>|t|)
Comparison on vitamin D level for subjects without ED versus with ED	Radioimmunoassay	98.9%	3.293 (3.180–3.405)	0.000	1.000	0.003
	Immunoassay	64.1%	0.365 (0.010–0.721)	0.044		
	Sample size<1,000	53.3%	0.267 (−0.052 to 0.585)	0.101		
	Sample size>1,000	-	3.379 (3.265–3.492)	0.000		
	Overall	99.1%	3.027 (2.920–3.134)	0.000		
Comparison on IIEF-5 scores for subjects without vitamin D deficiency versus with vitamin D deficiency	Radioimmunoassay	38.6%	0.573 (0.275–0.870)	0.000	0.462	0.478
	Immunoassay	90.8%	0.189 (−0.025 to 0.404)	0.084		
	Sample size <100	70.3%	0.702 (0.452–0.952)	0.000		
	Sample size >100	-	−0.040 (−0.283 to 0.203)	0.747		
	Overall	85.5%	0.320 (0.146–0.494)	0.000		



UJ Urologia Journal



WICHTIG

Urologia. 2017 Oct 25;84(4):221-225. doi: 10.5301/uj.5000255. Epub 2017 Jul 14.

Sexual health, adherence to Mediterranean diet, body weight, physical activity and mental state: factors correlated to each other.

Della Camera PA[1], Morselli S[1], Cito G[1], Tasso G[1], Cocci A[1], Laruccia N[1], Travaglini F[1], Del Fabbro D[2], Mottola AR[1], Gacci M[1], Serni S[1], Carini M[1], Natali A[1].

Author information

Abstract

INTRODUCTION: Mediterranean diet has shown a protective role against cardiovascular disease, diabetes, cancer onset, microvascular damage and dementia in many trials. Our purpose is the assessment of a correlation between physical activity, Mediterranean diet, body mass index (BMI), depression and erection disorder (ED).

METHODS: After having signed disclaimer to the study participation, we administered the IIEF 15 questionnaire (International Index of Erectil Function), the Hamilton questionnaire for major depression, the Med-Diet Questionnaire, the Ipaq Questionnaire (International Index of Physical Activity) to 245 patients and calculated the BMI. Only 141 were eligible. We excluded patients with a history of smoking, with obesity from the second grade to rise, anorexia, hyperlipidemia, Induratio Penis Plastica, diabetes, cardiovascular and neurological disease, hypogonadism, prostatitis, diabetes, hypertension, psychiatric diseases and the history of radical prostatectomy and finally age >72 and <50 years or who were taking cholesterol-lowering medication. Patients were divided into two groups: 65 patients without ED and 76 patients with ED.

RESULTS: We found a statistically difference in BMI between the groups. Adherence to Med-Diet showed a significant difference between the two groups at Student t-test and the Chi-square test. The Ipaq test and Hamilton test did not show statistical differences between the two groups neither for Student t-test nor for Chi-square test, but high levels seem to be protective factors.

CONCLUSIONS: Body weight and a healthy diet are protective factors against the ED, more than a sufficient physical activity. Depression has shown only a worsening tendency of the erection.

PMID: 28731489 DOI: 10.5301/uj.5000255

Altre causee ormonali

- Dheas (deidroepiandrosterone solfato)= la sua carenza puo portare a riduzione della libido e disfunzione erettile . Va trattato con cortisonici
- Gh (ormone della crescita)= un suo eccesso potrebbe essere causa di disordini sessuali

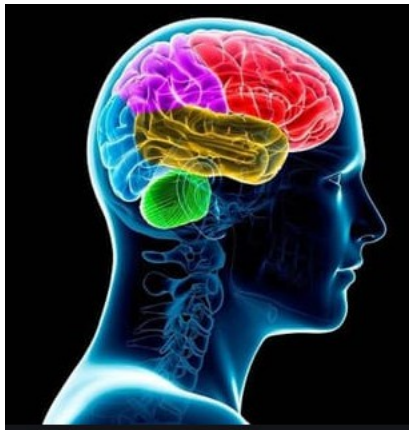
Terapia farmacologiche

. Antidepressivi

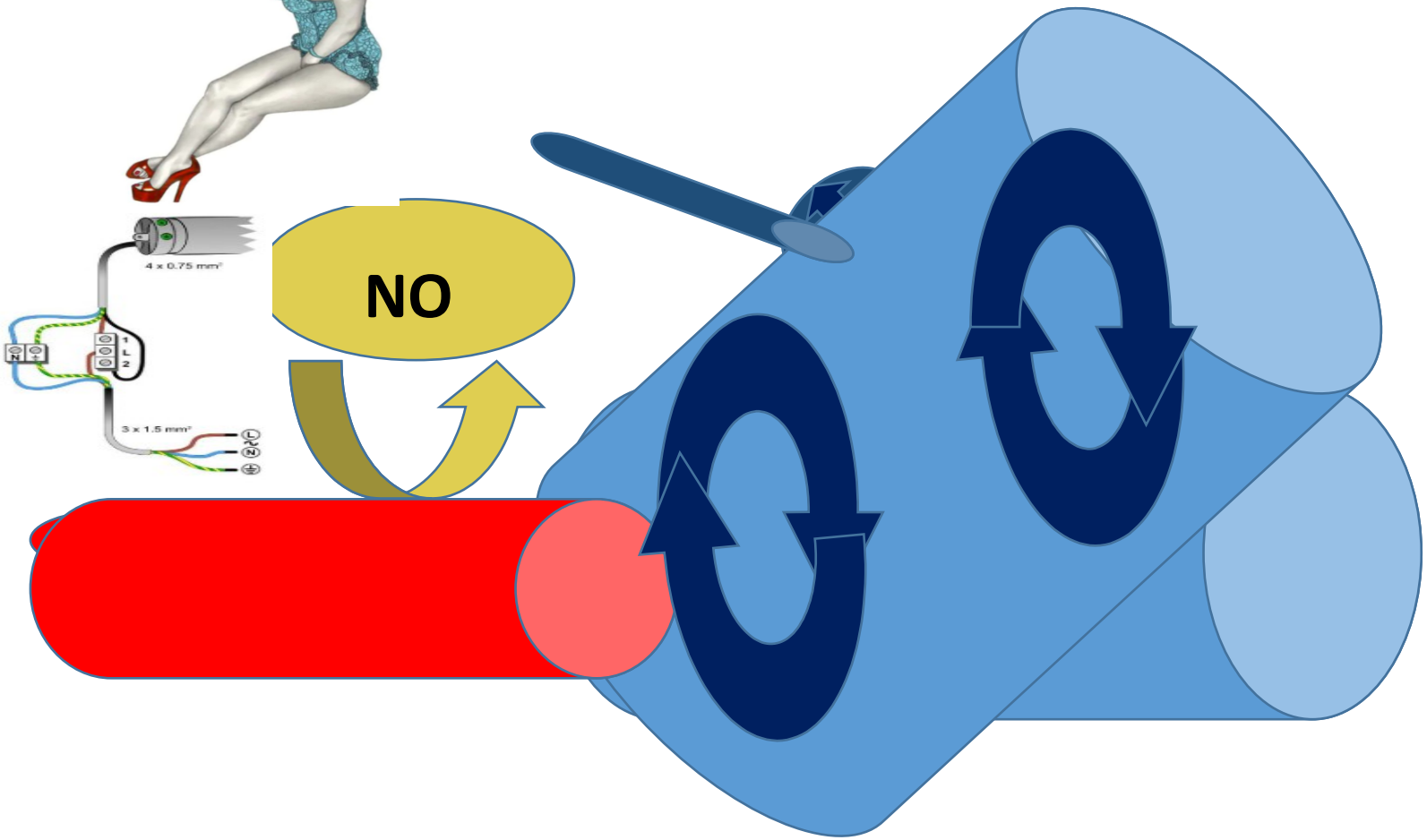
Causee Neurologiche

Fisiologia erezione

Psicologici



NO



BMC Neurol. 2020 Jan 31;20(1):41. doi: 10.1186/s12883-020-1625-7.

Sexual dysfunction and mental health in patients with multiple sclerosis and epilepsy.

Petersen M[1,2], Kristensen E[3,4], Giraldi L[4], Giraldi A[3,4].

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Epilepsy and multiple sclerosis (MS) are two neurological diseases known to greatly influence a patient's life. The primary aim of this study was to describe the prevalence of sexual dysfunction in patients with epilepsy and MS and investigate whether there is an association between disease, sexual function, and physical and mental health. A secondary aim was to investigate whether there is a difference in sexual function between patients with MS and epilepsy.

METHODS: A total of 414 patients were included in this descriptive cross-sectional study. Three patient report questionnaires were used for measurements: the Changes in Sexual Function Questionnaire (CSFQ) cut-off score; the Short Form 36 Health Survey (SF-36) divided into the Physical Component Summary (PCS) and Mental Component Summary (MCS), and the Life Satisfaction-11 (LiSat-11).

RESULTS: Patients with MS constituted 62% (n = 258) of the participants and patients with epilepsy 38% (n = 156). The prevalence of sexual dysfunction was 68% in women and 77% in men. No differences were found between patients with MS and epilepsy (p = 0.184), except for the CSFQ desire domain, as patients with epilepsy more often had a desire problem (p = 0.029). On the SF-36, patients with MS scored significantly worse on the PCS (p = 0.000). Patients with epilepsy scored significantly worse on the MCS (p = 0.002). No significant differences were found on the LiSat-11. Regression analysis with CSFQ as the dependent variable showed an association with the PCS in men and an association with both PCS and MCS in women.

CONCLUSIONS: In this study, the cohort of patients with MS and epilepsy had negatively affected sexual function. The only significant difference between patients with MS and epilepsy in sexual function measured by the CSFQ-14, was found in the frequency of desire, in which a larger number of patients with epilepsy reported sexual dysfunction. In the studied cohort, sexual function in women is associated with both physical and mental health, and in men with physical health. These results should be considered when caring for patients with epilepsy and MS.

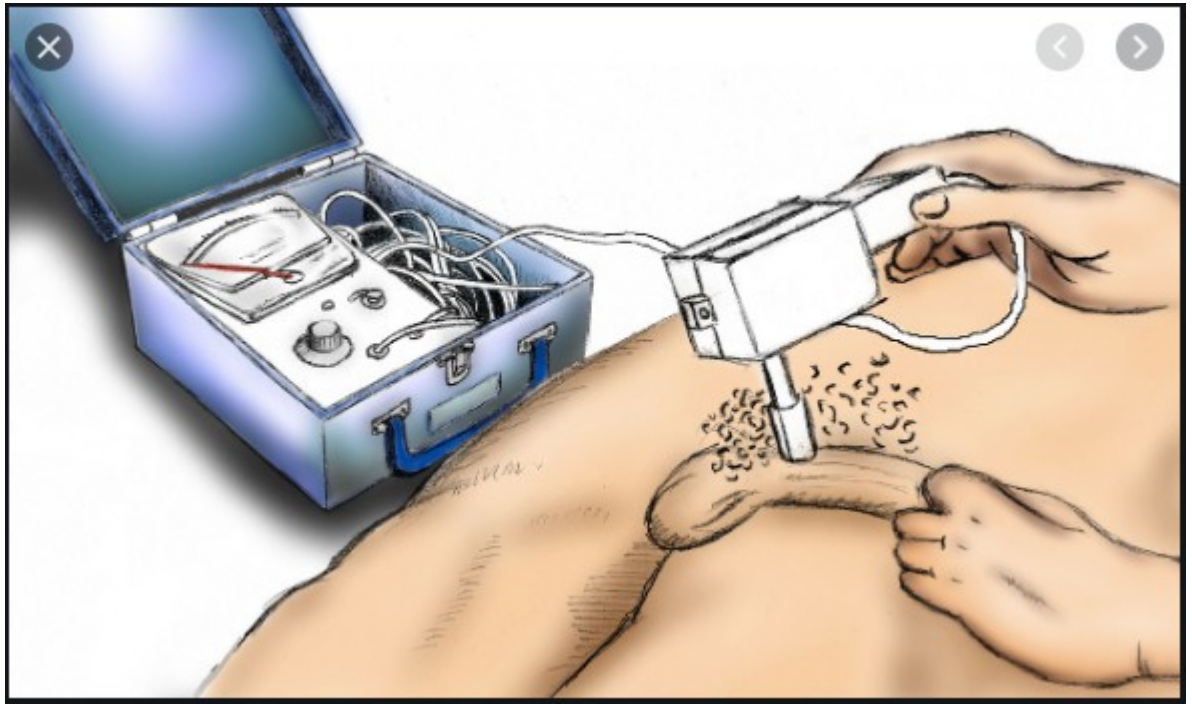
KEYWORDS: Epilepsy; Multiple sclerosis; Quality of life; Sexual dysfunction; Sexuality

Valutazione neurologica di base

riflesso bulbo-cavernoso= con il dito esploratore posto nel canale anale, si eseguono contemporaneamente con l'altra mano dei piccoli pinzettamenti sulla punta del glande anche in questo caso la risposta evocata sarà quella di una contrazione riflessa dell'ano) che corrisponde ai mielomeri S2 – S4.

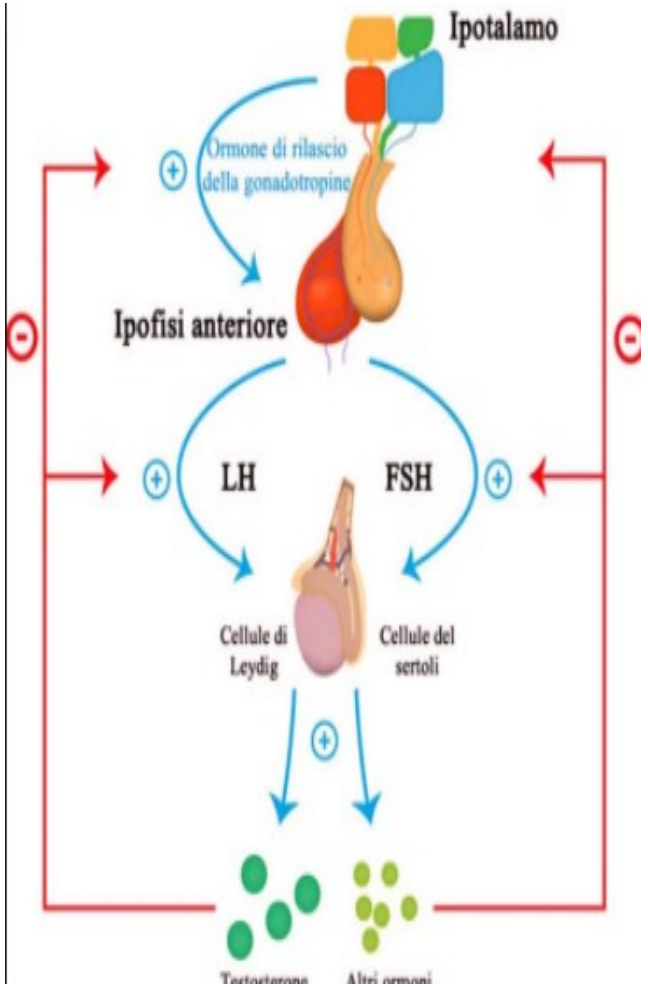
riflesso sfinterico-anale superficiale=effettuando piccoli colpetti con il dito stesso a livello sfinterico contrazione riflessa dell'ano) che esprime l'integrità a livello dei segmenti S4 – S5 e del

Biotesiometria peniena



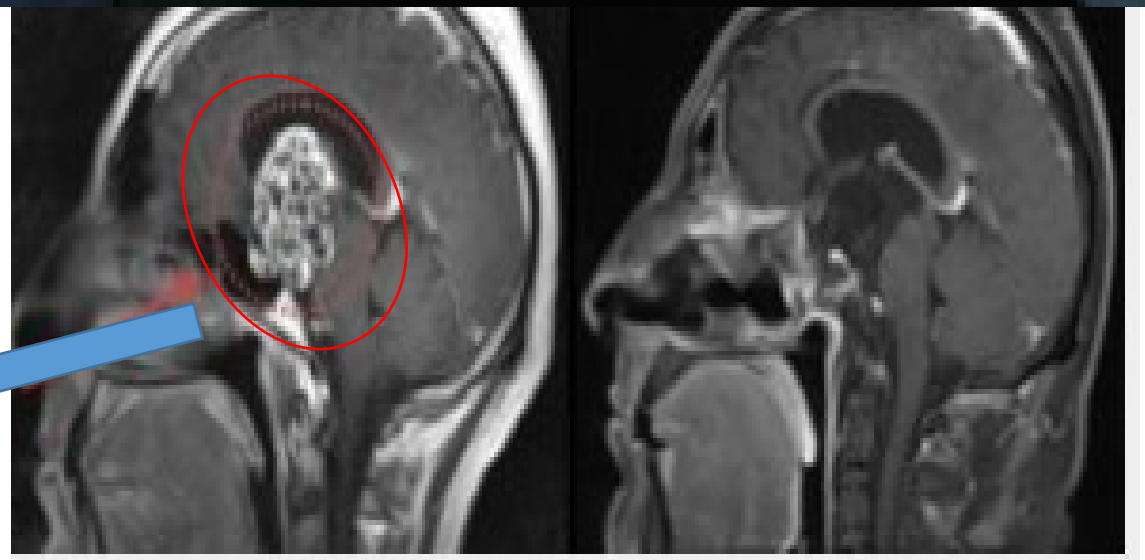
Caso clinico

-Emocromo
-FSH 0,3
-LH 0,5
-Testosterone 1 ng/dl
-SHBG 54
-inibina
-Estradiolo 50 pg/ml
-TSH 2 pg/ml
-T3
-T4 **Ok**
-Prolattina (eventualmente la basale e a 30 minuti) **Ok. Perche richiesti?**
-Psa totale e f/T
-Alt Ast **Ok. Perche richiesti?**
-Glicemia
-Creatinina **Ok. Perche richiesti?**
-Azotemia
-Elettroliti



Eseguo risonanza magnetica sella turcica con e senza mdc

Voluminosissimo craniofaringioma (generalmente piu tipici sono gli adenomi) inviato d’urgenza al neurochirurgo



Questioni di lunghezza

A cube of platinum of edge length of 0.030mm(density = 21.4 g/cm cubed

edge = $0.030\ mm \times \frac{1\ cm}{10\ mm} \Rightarrow 0.003\ cm$

volume of cube = edge^3

$\Rightarrow (0.003)^3 \rightarrow (3 \times 10^{-3})^3$

$\Rightarrow (3)^3 \times (10^{-3})^3$

$\Rightarrow 27 \times 10^{-9}\ cm^3$

mass of cube = volume × density

$\Rightarrow 27 \times 10^{-9}\ cm^3 \times 21.4\ g/cm^3$

$\Rightarrow 27 \times 10^{-9} \times 21.4\ g$

$\Rightarrow 577.8 \times 10^{-9}\ g$

$\Rightarrow 5.78 \times 10^{-7}\ g$

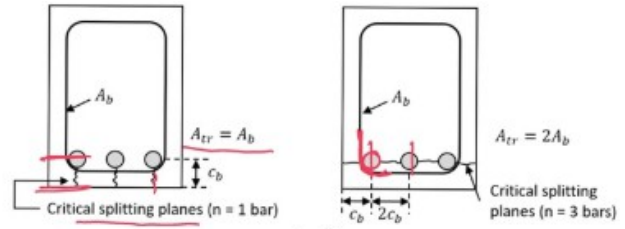
decimal point is 2 points shift so that increase power by 2

Dottore ho il pene piccolo!!!!

$$l_d = \left[\frac{3}{40}\frac{f_y}{\lambda\sqrt{f'_c}}\frac{\psi_t\psi_e\psi_s}{\left(\frac{c_b + K_{tr}}{d_b}\right)}\right]d_b \quad (25.4.2.3a)$$

$$\left(\frac{c_b + K_{tr}}{d_b}\right) < 2.5$$

$$K_{tr} = \frac{40A_{tr}}{sn} \quad (25.4.2.3b)$$



$\psi_t = 1.3$ (for more than 12" fresh concrete below bar)

$\psi_e = 1.0$ $\quad \lambda = 1.0$ (for normal weight concrete)

$\psi_s = 1.0$ (for #7 bars or larger)

$r_{bend} = 2d_s$

cover : $c_b = 1.5'' + 0.5'' + 0.5(1.0'') = 2.5''$

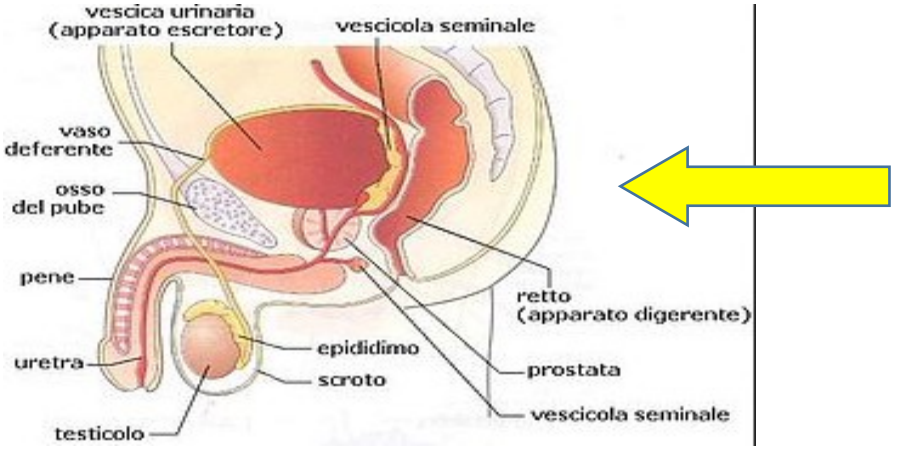
bar-to-bar : $s = \dfrac{12'' - 2(1.5'') - 2(0.5'') - 4(0.5'')}{2}$

Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men.

-flaccid pendulous 9.16 cm
-stretched length 13.24 cm
-erect length 13.12 cm
-flaccid circumference 0.90 cm
-erect circumference 1.10 cm

Greatest variability between studies was seen with flaccid stretched length

Infra-pubic fat interference in measurement



Flaccid measurements were only moderately accurate in predicting erect size†

†Outcomes of variation in technique and variation in accuracy of measurement in penile length measurement. Habous M1, Muir G2, Soliman T3, Farag M4, Williamson B5, Binsaleh S6, Elhadek W7, Mahmoud S7, Ibrahim H7, Abdelwahab O3, Abdelrahman Z7, Abdelkader M7, Jenkins LC8, Mulhall JP8.

?
EL
MICROPENE
Qué es?
Cómo se limpia?
Duele al salir?

	Mean	-2.5th Percentile	97.5th Percentile
Flaccid	9	5	15.5
Stretched	13.3	10.9	16.5
Erect	15.1	11.4	19

Micropenis: Etiology, Diagnosis and Treatment Approaches

Table 1 Stretched penile length (in centimeters) by age

Age	Mean ± SD
Newborn (30 weeks)*	2.5 ± 0.4
Newborn (term)*	3.5 ± 0.4
0 to 5 months†	3.9 ± 0.8
6 to 12 months†	4.3 ± 0.8
1 to 2 years†	4.7 ± 0.8
2 to 3 years†	5.1 ± 0.9
3 to 4 years†	5.5 ± 0.9
5 to 6 years†	6.0 ± 0.9
10 to 11 years†	6.4 ± 1.1
Adult‡	12.4 ± 2.7

Sexual Quality of Life after Hormonal and Surgical Treatment, Including Phalloplasty, in Men with Micropenis: A Review

BURIED PENIS

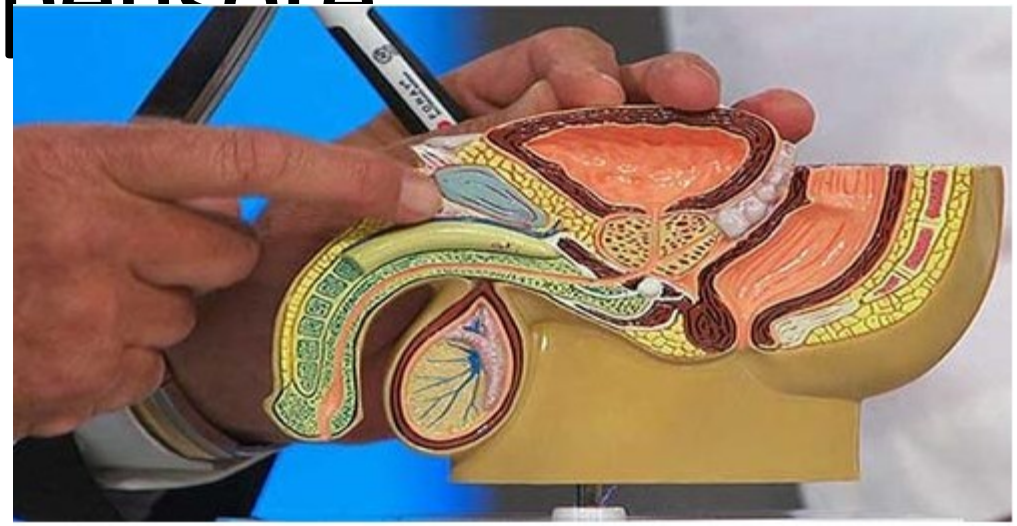
Pene sepolto

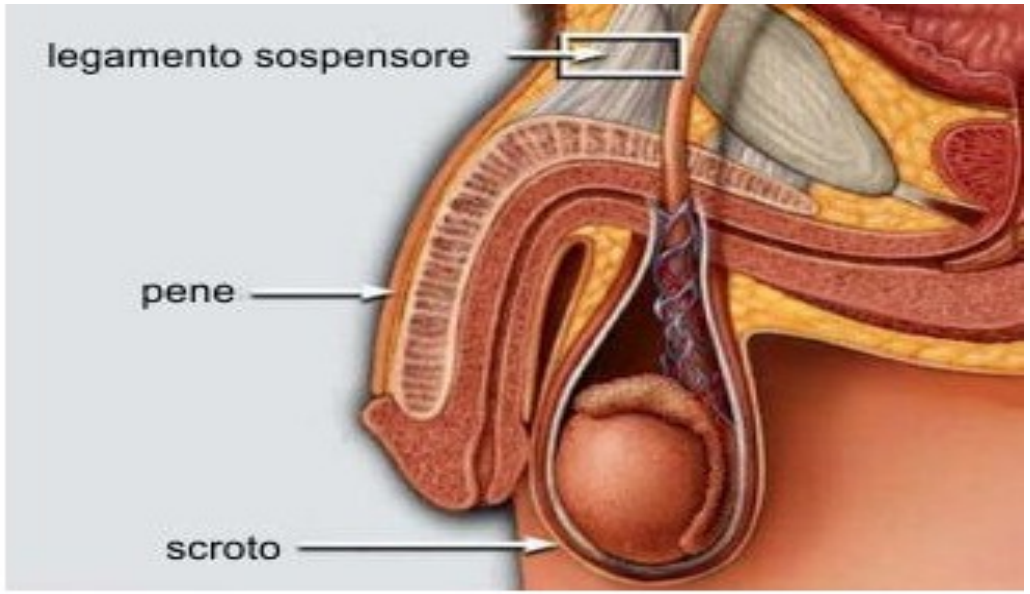
(dal grasso pubico)

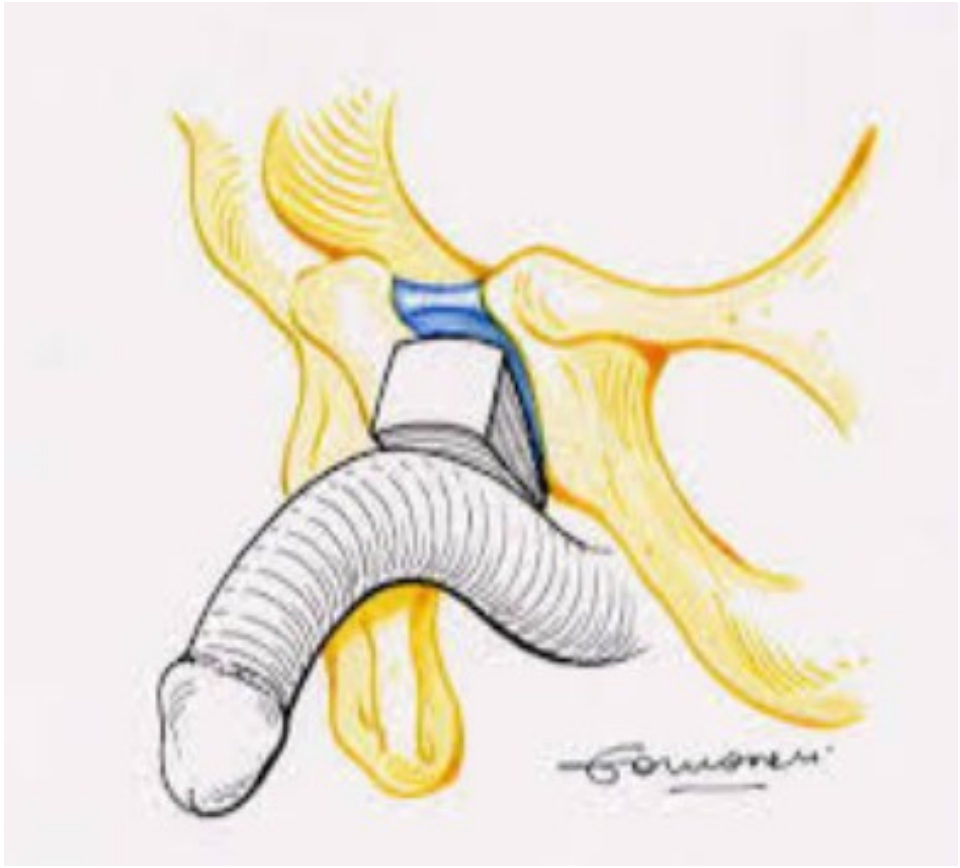
PENE PALMATO

Dottore ho il pene piccolo, ho vergogna, si puo allungare ?

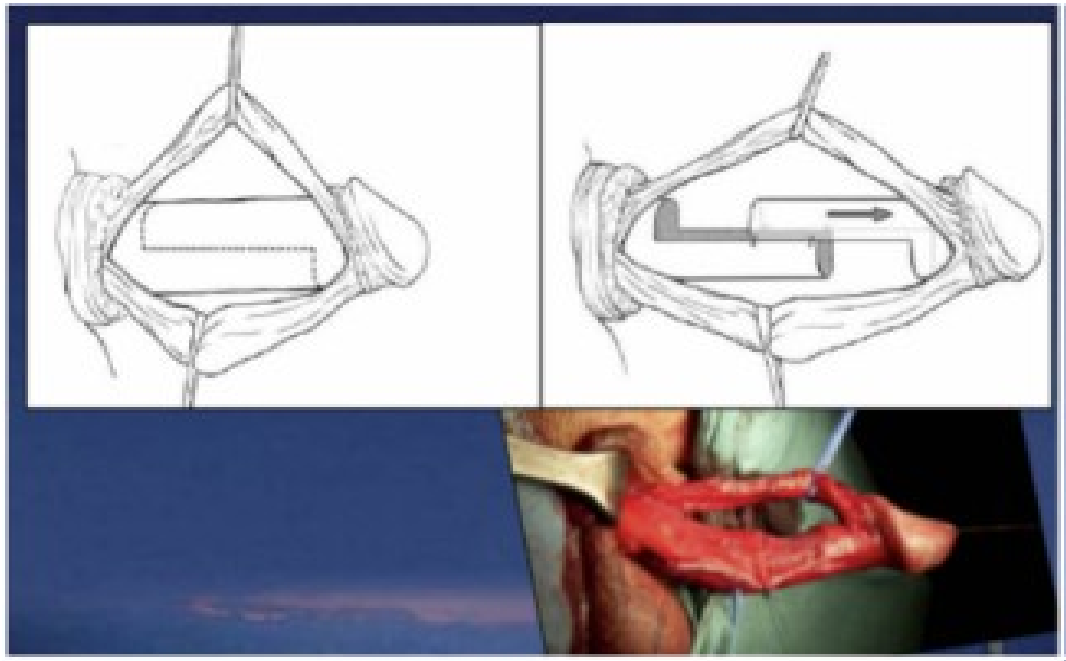
Allungamento del pene. Incisione legamento sospensore







Allungamento del pene



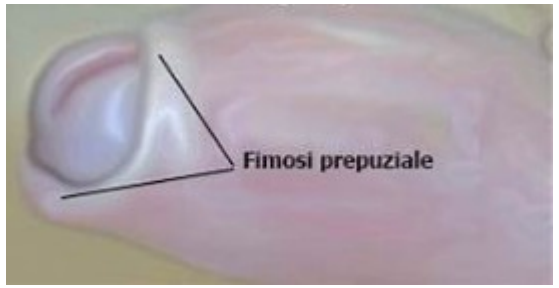
Frenulo Breve

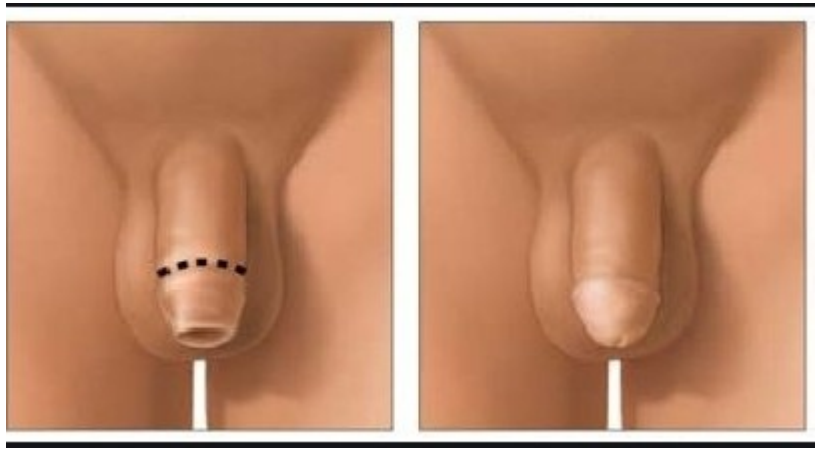
Disconfort durante rapporto sessuale per difficolta', o riduzione in alcuni casi impossibita' di evertire il prepuzio

Alle volte (quando breve) si lacera con il rapporto sessuale causando grande preoccupazine per il paziente (molto meno per il medico)

Risoluzione con un semplice intervento chirurgico

Fimosi e……





Pene circonciso

1)Congenita (ci si nasce) deve essere curata sin dai primi tempi con le dilatazioni

2)Acquisita lichen scleroatrofico (patologia molto frequente)

-Scarsa efficacia delle terapie cortisoniche, si risolve con intervento di circoncisione. Da fare in tempi congrui per igiene e per evitare che il prepuzio possa imparentarsi (unire in maniera indissolubile) con il glande

.....Parafimosi

Complicanza della fimosi

Urgenza uroandrologica

Anello Fimotico giunge al di sotto del solco balano prepuziale (al di sotto del glande)

Meccanismo di strozzamento del glande

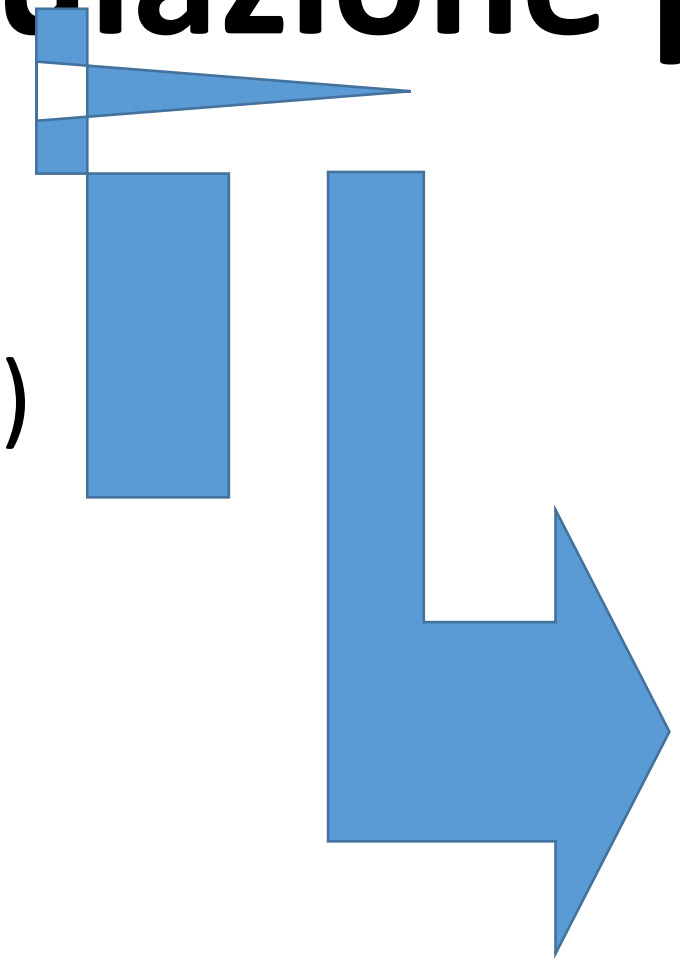
Molto dolorosa

Si risolve in urgenza rincappucciando ‘’ di forza’’ il pene poi con la circoncisione

SCUSA FLASH, LO SO CHE SEMBRA UNA BATTUTA SCONTATA MA TOGLIMI QUESTA CURIOSITÀ- TU SOFFRI DI EIACULAZIONE PRECOCE?
E IO COME FACCIO A SAPERLO? SONO IMPOTENTE.
www.figuresinaction.com

Eiaculazione precoce

Primaria (long life)



Secondaria
(acquisita)

Eiaculazione Precoce Primaria (Life-long)

Fattori neurologici

- **ipersensibilità ed ipereccitabilità del glande della pelle del pene e del frenulo (dati contraddittori negli studi)**
- Ipotizzata una possibile **disfunzione del sistema nervoso autonomo** (Rowland) con una precoce e inusuale attivazione del sistema simpatico
- Ipotesi di **difettosa coordinazione dei due sistemi autonomici** coinvolti nel sesso con aumento del rilascio di adenalina/noradrenalina (**ipertono simpatico**) che conduce a EP
- **Sclerosi a placche**
- **Astinenza da sostanze stupefacenti, uso di amfetamine, uso di droghe**

Fattori psicologici

Grande varietà di fattori **precipitanti, aggravanti o di mantenimento**

Tra i più frequenti: esperienza sessuale precoce ed affrettata (per es. **la prima esperienza sessuale,** sesso con prostitute), **ansia da prestazione**, fattori stressanti, ansia o attacchi di panico

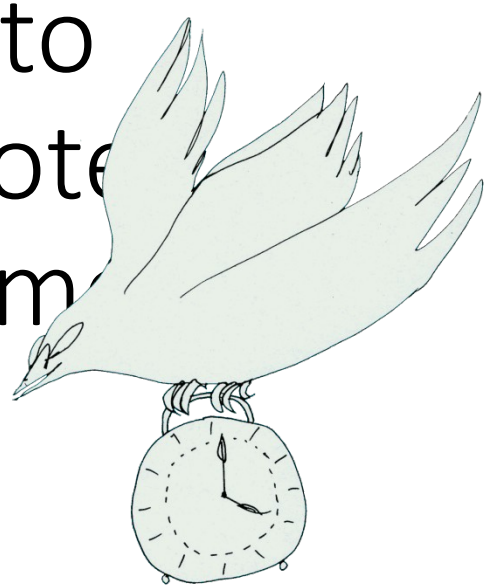
Eziologia EP acquisita (secondaria)

Fattori ormonali

- **ipertiroidismo** (incidenza del 50-60% dei casi)
- **Ipoprolattinemia**: bassi livelli di prolattina stimolano il TSH
- **Ipotestosteronemia**

- **Fattori uro-andrologici**
  - **Disfunzione erettile:** pazienti con un qualche grado di DE (di mantenimento) velocizzerebbero inconsciamente il rapporto prima della perdita della erezione.
  - **Anomalie peniene**: il frenulo presenta una alta densità di recettori neurologici ed è considerato una delle più sensibili regioni genitali; presenza di **frenulo corto** in 43% di EP
  - **Prostatiti croniche** o **sindromi da dolore pelvico cronico** aumentano dal 26 al 77% l'incidenza di EP

- Incapacità di avere un rapporto sessuale soddisfacente e di pote controllare e ritardare l'orgasm



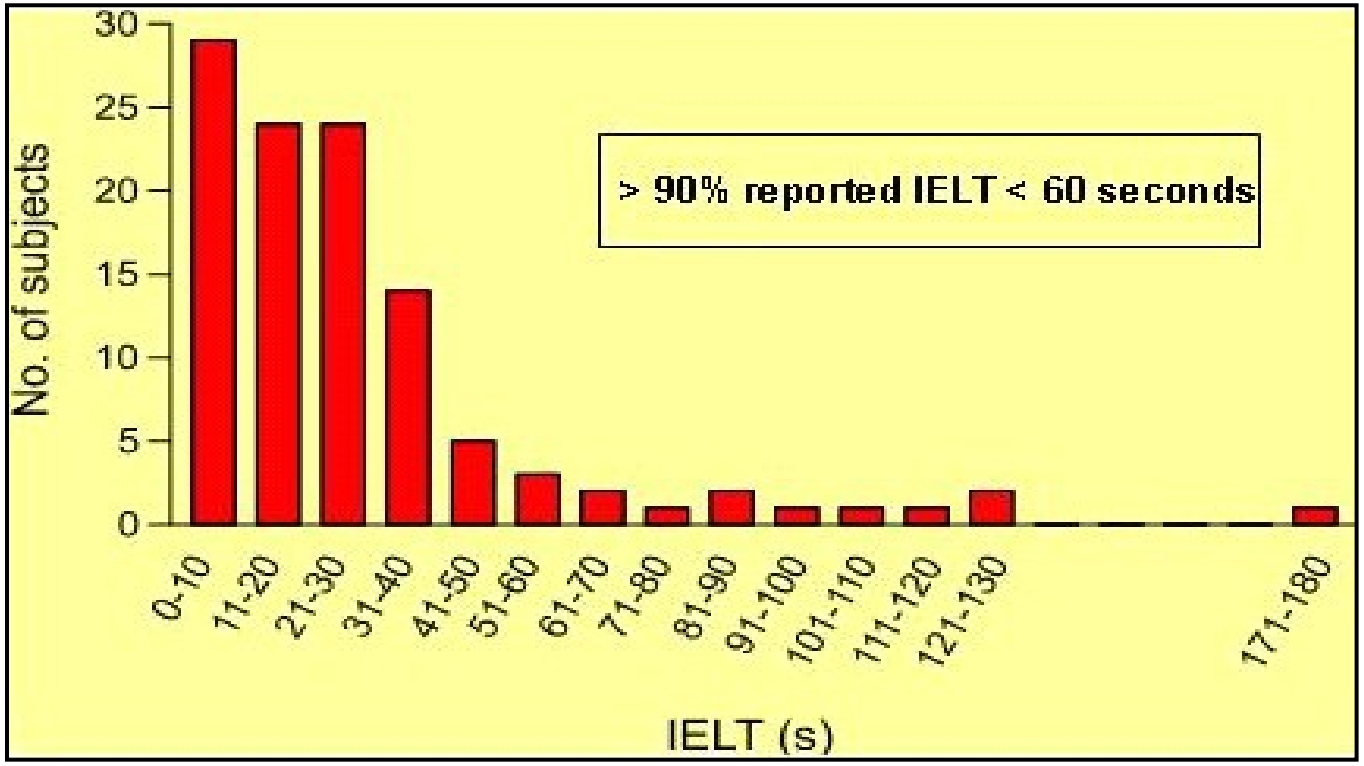
- Orgasmo < 1 minuto

Ante portam

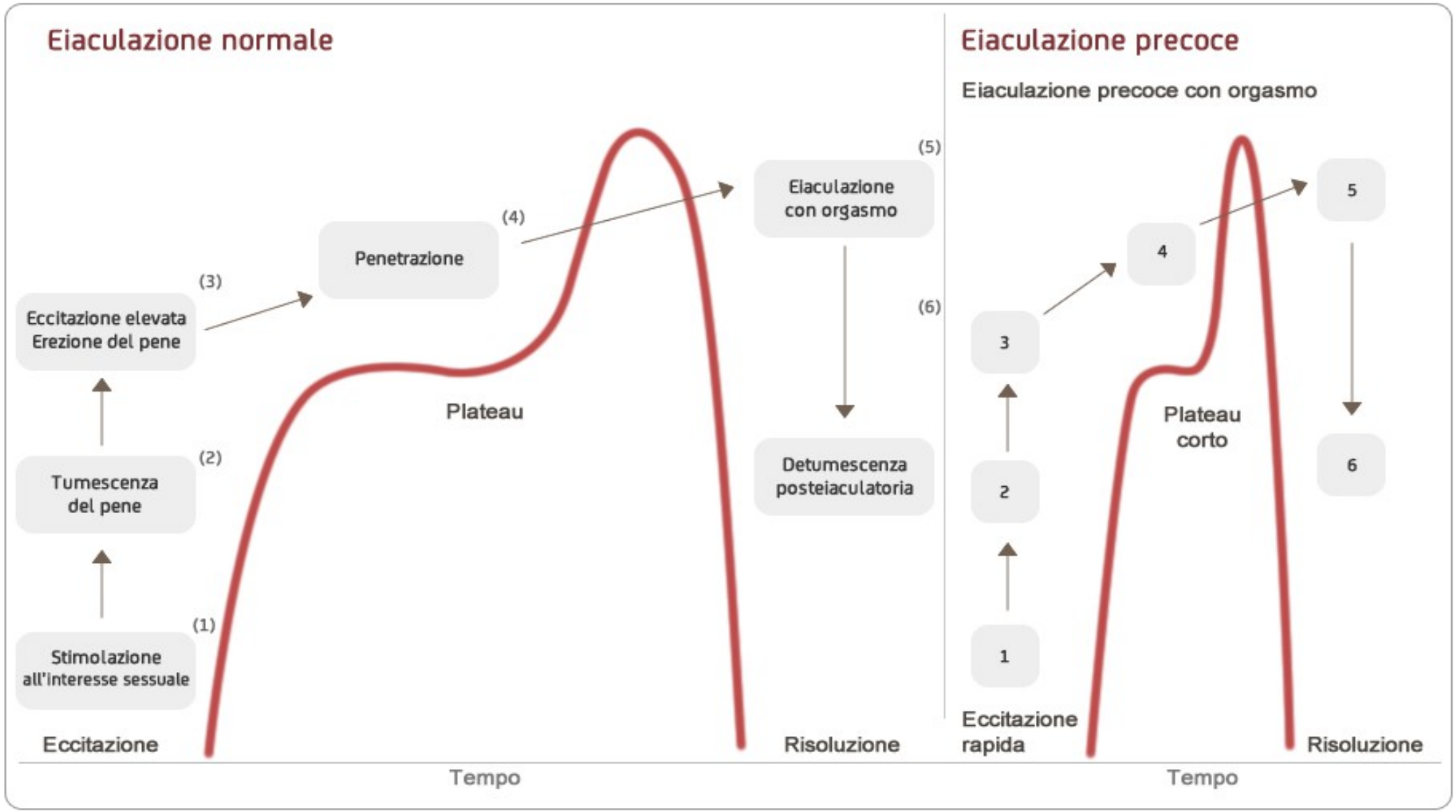
Ielts

1 minuto	2-3 minuti	4 minuti

- Perché la soglia di 1min?
- Il 90% di uomini che lamentano soggettivamenteEP presenta oggettivamente IELT <**60 sec**



- In uomini normali lo IELT è
  - 8.5 min (valore medio) con **6.0** min (valore mediano)
  - in uno studio più recente è di **5.4** min



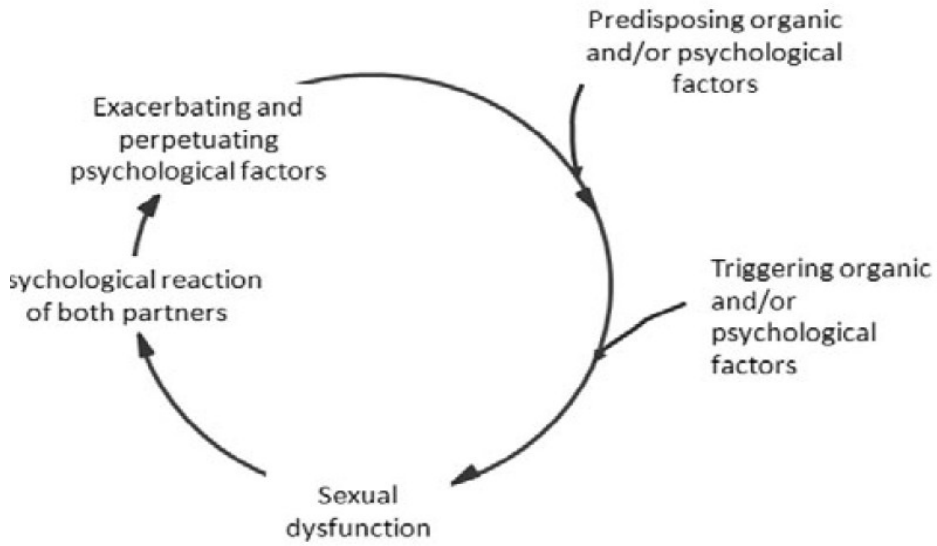
www.pierandreadellacamera.it

Quali barriere ?

I pazienti non cercano abitualmente assistenza medica:

* Percepiscono il loro disturbo come una condizione imbarazzante
* Lo attribuiscono ad una problematica psicologica transitoria
* Non lo considerano un reale problema medico

Shabsigh R. J Sex Med 2006;3(suppl 4):318–323
Mc Mahon CG. J Sex Med 2005:94-5



VALUTAZIONE DELLE COMORBIDITA'

L'anamnesi patologica è necessaria per escludere potenziali malattie associate a EP
E' importante escludere:
- Malattie neurologiche
- Disordini ormonali (distiroidismi)
- Sintomi riconducibili a IVU (prostatiti)
- LUTS
- Disfunzioni sessuali concomitanti (DE)

ANAMNESI FARMACOLOGICA E RICREAZIONALE

- La raccolta anamnestica deve includere informazioni riguardanti eventuali terapie del paziente→ in particolare la recente sospensione di farmaci SSRi (raboxetina, citalopram)
- Occorre inoltre indagare la astinenza da alcol e droghe→ la sospensione degli oppiacei è stata associata ad EP

Esami ematici

- Emocromo, creatinina, azotemia, elettroliti, esame urine ed urinocoltura
- Psa tot e F/t (attenzione alla palpazione prostatica)
- Alt, Ast, Gamma Gt, Hba1, Ldl, Colesterolo tot, Trigliceridi,Hdl
- Fsh,Lh, Testosterone totale, SHBH (sexual hormone binding globuline), Dheas, estradiolo, Inibina
- Prolattina
- Tsh,t3,t4

PEDT

≤ 8 → EP 9-10 → Probabile EP ≥ 11 → Non EP

Quanto è difficile per lei controllare l'eiaculazione?

0 = non è per niente difficile

1 = lievemente difficile

2= moderatamente difficile

3= molto difficile

4= estremamente difficile

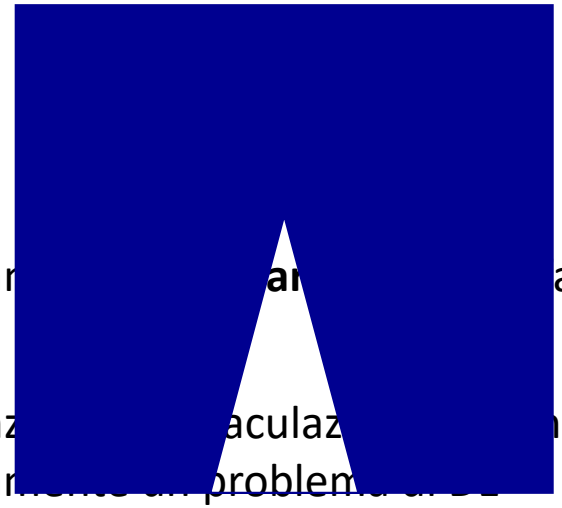
Le capita di eiaculare prima di quando vorrebbe?

0 = mai o quasi mai (0%)

Diagnosi di EP

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi differenziale delle EP include la distinzione tra EP e DE
La percentuale di pazienti che soffrono di entrambe le condizioni varia dal 20 al 30%
L'EP può essere secondaria alla DE o viceversa



- Pazienti con DE sviluppar[illegible]ansia di ottenere e mantenere l'erezione
- La normale detumescenz[illegible]ndurre pazienti affetti da EP a manifestare erroneam[illegible]

Laumann EO et al. JAMA 1999;281:537-44
Corona G et al. Eur Urol 2004;46:615-22
Rowland D et al. J Sex Med 2010;7:1668-86

Diagnosi di EP

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- ✓ **Domande raccomandate per una corretta diagnosi differenziale tra ED e PE**

La sua erezione è sufficiente a permettere la penetrazione?

Ha difficoltà a mantenere l'erezione sino al raggiungimento dell'eiaculazione?

Ha mai accelerato il rapporto per prevenire la perdita di erezione?

Shabsigh R J Sex Med 2006;3(suppl 4):318–323
McMahon CG et al. J Sex Med 2013;10(1):204-29

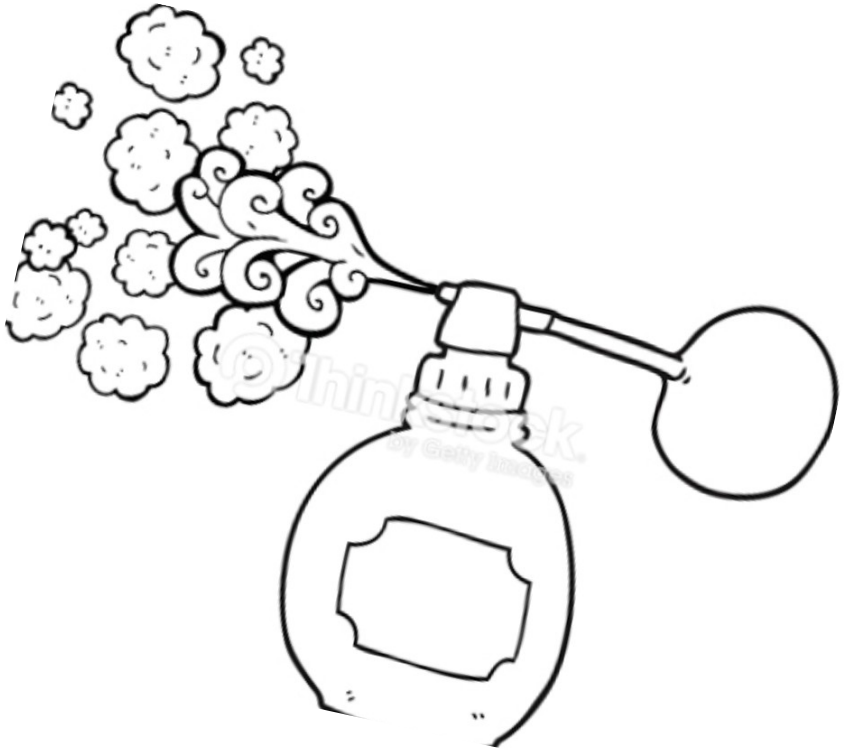
Terapia della EP

La farmacoterapia è la base della terapia della EP primaria		
Gli SSRI ad uso quotidiano solo la prima linea, off-label,di terapia farmacologica della EP. Il profilo farmacocinetico degli SSRI non è assoggettabile all'uso on-demand.	**1a**	**A**
Dapoxetina, una SSRI ad azione rapida, già approvata per l'uso on-demand in 7 Paesi Europei.	**1a**	**A**
Anestetici topici sono una praticabile alternativa agli SSRI (off-label).	1b	A
La recidiva di EP è probabile dopo la cessazione della terapia.	1b	A
DE, altre disfunzioni sessuali o infezioni genitali (es. prostatiti) vanno trattate prima di EP.	2a	B
La terapia comportamentale aiuta la farmacoterapia per migliorare la prevenzione delle recidive.	3	C
Tecniche comportamentali hanno dimostrato benefici nella terapia della EP. Tuttavia, necessitano di molto tempo, richiedono presenza della partner e possono essere difficili da eseguirsi.	3	C

EAU Guidelines 2013

Nuovi farmaci topici per il trattamento dell’eiaculazione precoce

“IL profumo dell’amore”



FORTACIN Spray cutaneo

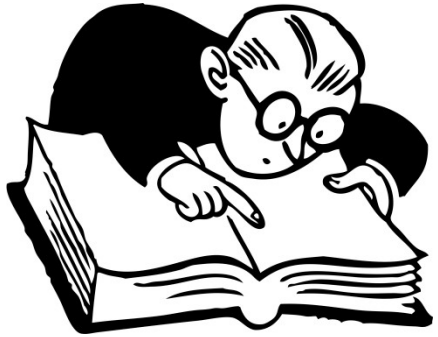
Lidocaina + Prilocaina

Fortacin fornisce anestesia topica al glande. I principi attivi **lidocaina e prilocaina** bloccano la trasmissione degli impulsi nervosi nel glande, riducendone la sensibilità.

Ciò comporta un ritardo del tempo di latenza eiaculatoria senza compromettere la sensazione dell'eiaculazione

QUANDO???

Fortacin è indicato per il trattamento dell'**eiaculazione precoce primaria** negli uomini adulti



COME?

Il prepuzio deve essere ritratto dal glande.

Applicare 1 dose di Fortacin sull'intero glande, azionando la valvola 3 volte.

Ciascuno spruzzo deve coprire un terzo del glande.

Dopo 5 minuti, prima del rapporto sessuale, asciugare lo spray in eccesso.

QUANTO?

Dose iniziale raccomandata:

3 spruzzi = 150 microlitri

(Ciascuno spruzzo somministra 50 microlitri di prodotto, che contengono 7,5 mg di lidocaina e 2,5 mg di prilocaina)

Ben tollerato.
Controindicato solo in soggetti ipersensibili ai principi attivi

Sex Med Rev. 2018 Jul 26. pii: S2050-0521(18)30058-1. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.05.001. [Epub ahead of print]

Novel Treatment for Premature Ejaculation in the Light of Currently Used Therapies: A Review.

Porst H[1], Burri A[2]

Drug Ther Bull. 2017 Apr;55(4):45-48. doi: 10.1136/dtb.2017.4.0469.

Lidocaine/prilocaine spray for premature ejaculation.

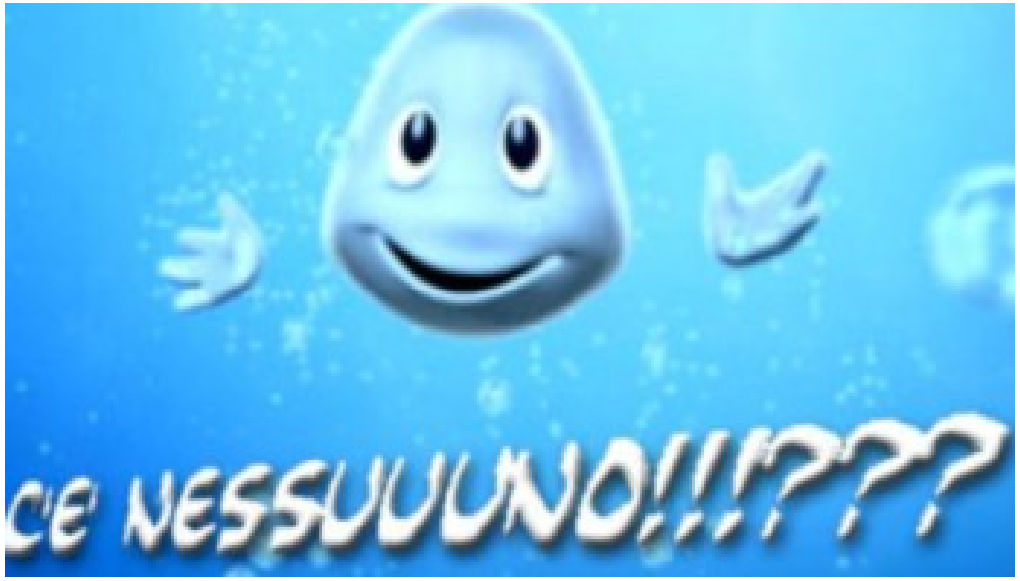
Urologia. 2017 Dec;84(2_suppl):1-10. doi: 10.5301/uj.5000275.

Fortacin™ Spray for the Treatment of Premature Ejaculation.

Porst H[1], Burri A[1].

Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Late ejaculation (> 30 min)
- Orgasm without ejaculation
- Ejaculation without orgasm



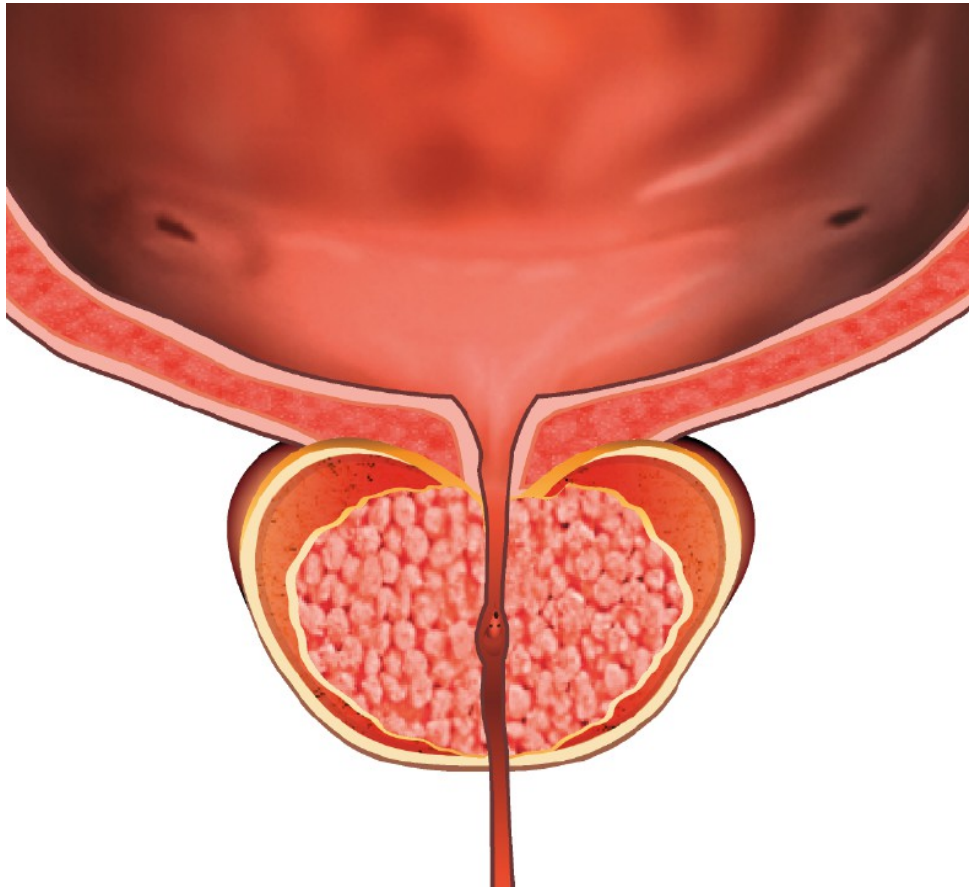
Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Problemi con il partner (orgasmo ritardato nel partner)
- Patologie ossessivo compulsive ed altre psichiatriche
- Masturbazione compulsiva
- Terapie con ssri
- Disturbi ormonali
- Idiopatica

Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Nessuna terapia validata . Qualche risultato con Amantadina e Ossitocina
- Terapia psicosessuale e riabilitativa
- Nuova terapia Camarouf (Della Camera , Ben Marouf, Giunti,Olmi) unico farmaco in attessa di brevetto)

Eiaculazione dolorosa, emospermia e disfunzione erettile

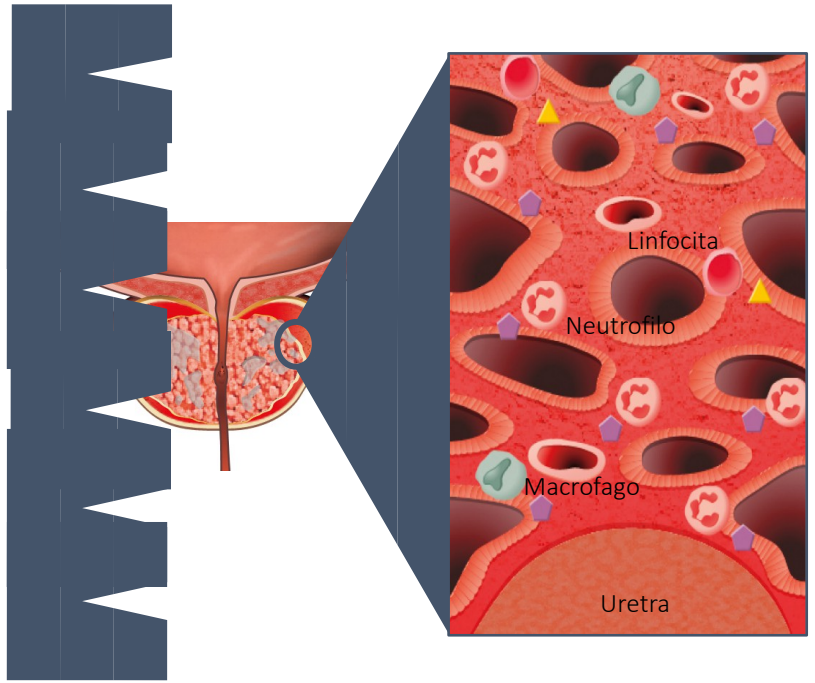


PROCESSO EZIOPATOLOGICO

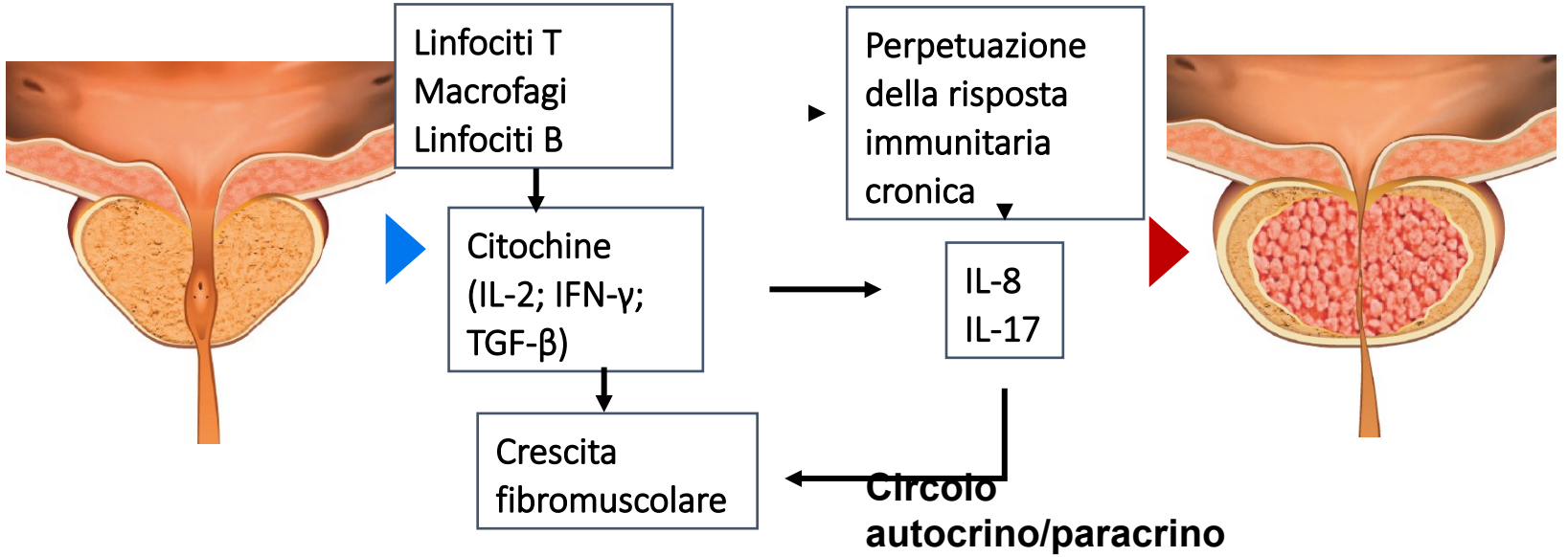
Cause iniziali

- Infezioni batteriche/virali
- Alterazioni ormonali
- Reazioni autoimmuni
- Reflusso urinario
- Fattori dietetici/ambientali
- Calcificazioni prostatiche

Infiltrato infiammatorio



INFIAMMAZIONE PROSTATICA: OVERVIEW



De Nunzio C. et al. Eur Urol 2011

Eiaculazione in assenza di orgasmo

- Infezioni tratto urinario e prostatiti
- Uso di antideoressivi e alfabloccanti
- Diabete
- Sclerosi multipla
- Chirurgia pelvica

Spontanea e involontarea eiaculazione

- Danno midollo spinale o patologia cerebrale che causa eiaculazione in assenza di stimolazione. In genere avviene a vescica piena o in situazioni di stress. Oltre ad eseguire una risonanza magnetica per capire le cause, si puo curare con la reboxetina con molti effetti collaterali

Sindrome del malessere post coitale

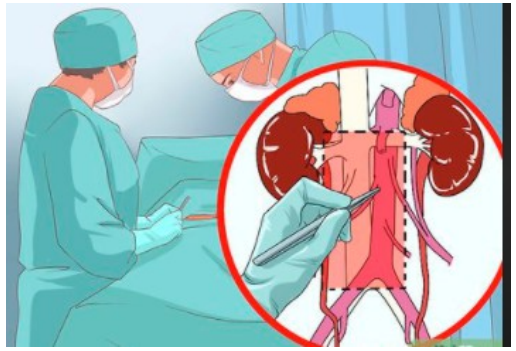
- Rinorrea e sindromi simil influenzali dopo coito
- Sospetta causa autoimmunitaria
- Una sola esperienza trattata con autoiniezioni di sperma sottocute ogni due settimane

Eiaculazione retrograda

- Intervento per iperplasia prostatica (non carcinoma)
- Ad esclusione degli interventi ejaculation sparing quando applicabili. Della Camera et all

Eiaculazione retrograda

- Alcuni farmaci per iperplasia prostatica. L alfuzosino non ha questo effetto collaterale ma puo dare ipotensione)
- Chirurgia di asportazione linfonodi retroperitoneali per tumore testicolare



- Diabete
- Danni al midollo spinale
- Sclerosi multipla
- 5 ari inibitors (finasteride , dutasterde, nell iperplasia prostatica)

Eiaculazione retrograda

- Terapia di sostituzione alfa litico
- Farmaci come il gutron che cercano di chiudere il collo vescicale per creare la ‘’ camera di scoppio’’ per permettere di eiaculare