Dr Pier Andrea Della Camera

www.pierandreadellacamera.it
pierandreadellacamera@gmail.com

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

https://www.pierandreadellacamera.it

Bookmarks | Gmail: l'email di Go... | (133) webmail UniFI... | App Suite. Posta in... | Facebook | SIA | EAU - guidelines | PubMed | Previsioni Meteo: le... | rotary 1 | Altri Pr

Chiedi un consiglio allo specialista

(per medici di base e pazienti)

BLOG

19.07.2019
Il 19 luglio presso l ambulatorio Vsk medical di Campobasso

18.07.2019
Il 18 luglio visitera presso l ambulatorio di Formia

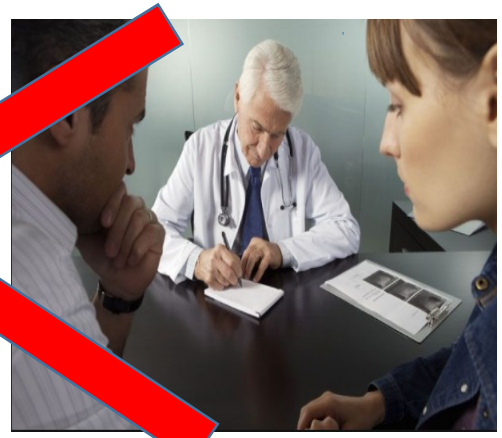
Il Dottor Della Camera ha conseguito, la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e la specializzazione in Urologia ed Andrologia presso l' Universita' delgli studi di Firenze, Azienda ospedaliera Universitaria Careggi, con il massimo dei voti e lode.

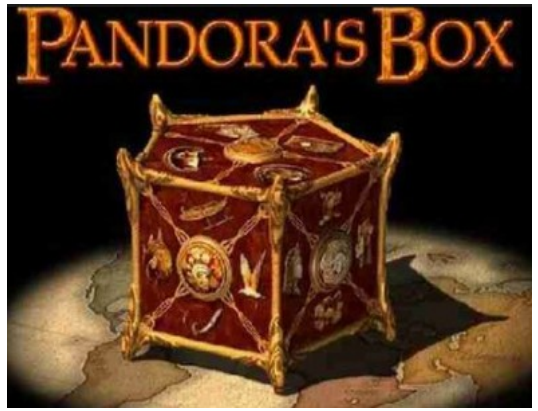
Ha successivamente conseguito diversi diplomi in Italia e all'estero come Diploma Nazione di Ecografia Generale SIUMB, Diploma di Chirurgia Andrologica

12:55

Caso clinico 1

Dr Pier Andrea Della Camera





La disfunzione erettile non e’ una patologia ma la manifestazione di un altra patologia sottostante

Signor <u>Falaguerra Felice</u> si presenta presso i nostri ambulatori riportando disfunzione erettile.
Anni= 46

Lavoro= cantautore

<u>Anamnesi remota</u>

- Fumatore
- Non iperlipidemico, non diabetico
- Poco sport, dieta non equilibrata, Bmi normale/ lievissimo sovrappeso
- **<u>In passato abuso di cannabis , raro utilizzo di cocaina , in passato dipendenza dall'alcool ora utilizzo saltuario prima dei concerti</u>**
- Intervento di vasectomia a 35 anni
- Non assume farmaci: **<u>raramente benzodiazepine</u>** prima dei concerti o per indurre il sonno
- Apparentemnte non ansionso, non depresso (Hamilton/ sds negativo), stressato per il lavoro , riferisce astenia e spossatezza

Anamnesi prossima

Da quanto tempo ?

Da 8 mesi

Life events

Manifestazione malattia

Da molto tempo, malattia cronica?

Disfunzione erettile e' vago= X A raggiungere erezione A mantenere erezione Insufficienza venocclusiva ?

Sexual encounter profile 2 (riesci a penetrare?) Si X no

Sexual encounter profile 3 (riesci a terminare un rapporto?) Si X no

Erectil Hardness Profile X 1 2 3 4

IIEF 5

LUTS SI Prostatite ? X NO

Partner fisso o saltuario?= Fisso X Saltuario Potrebbe non derivare da fattori relazionali

Libido= Conservata X Non conservata Testosterone

COSA MANCA?

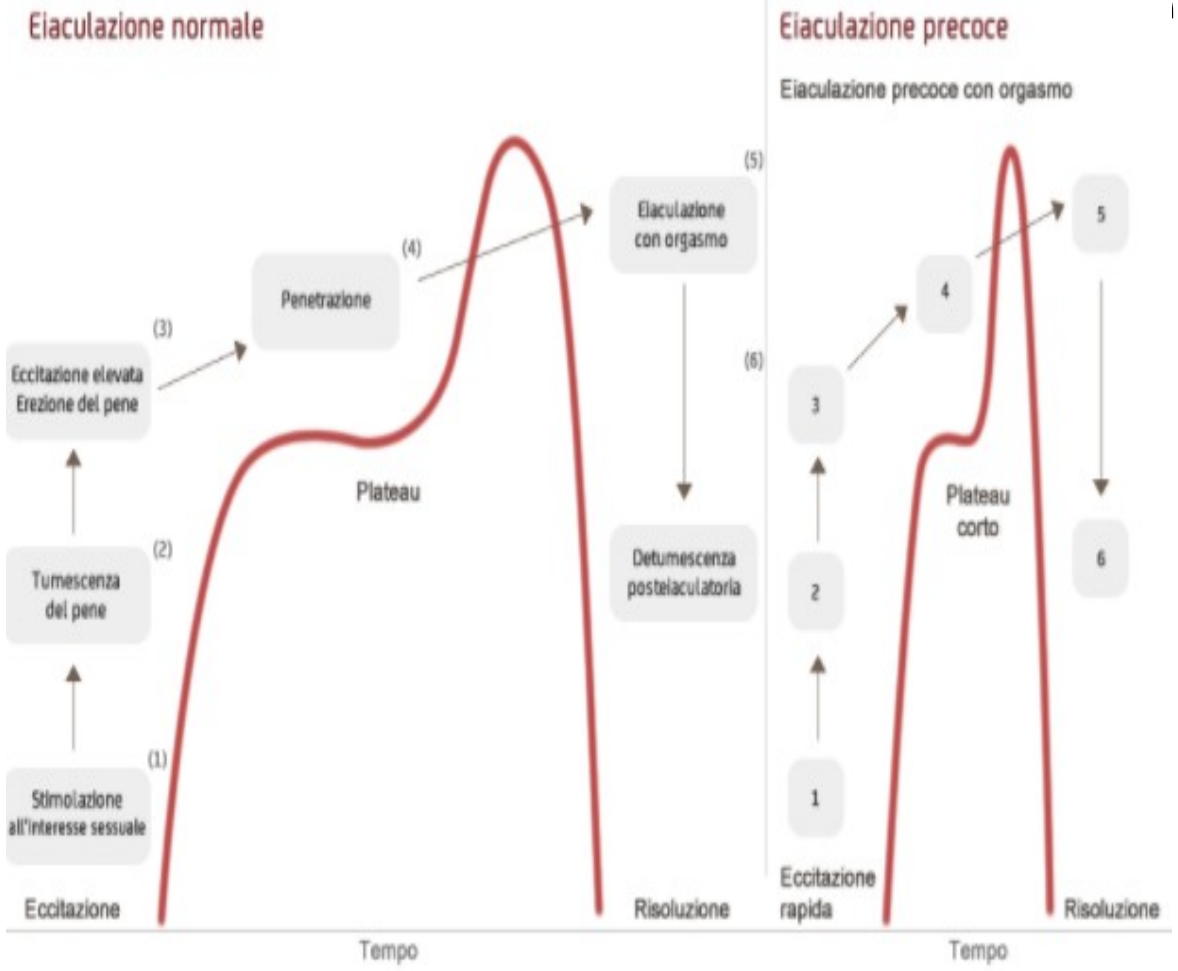
IELT

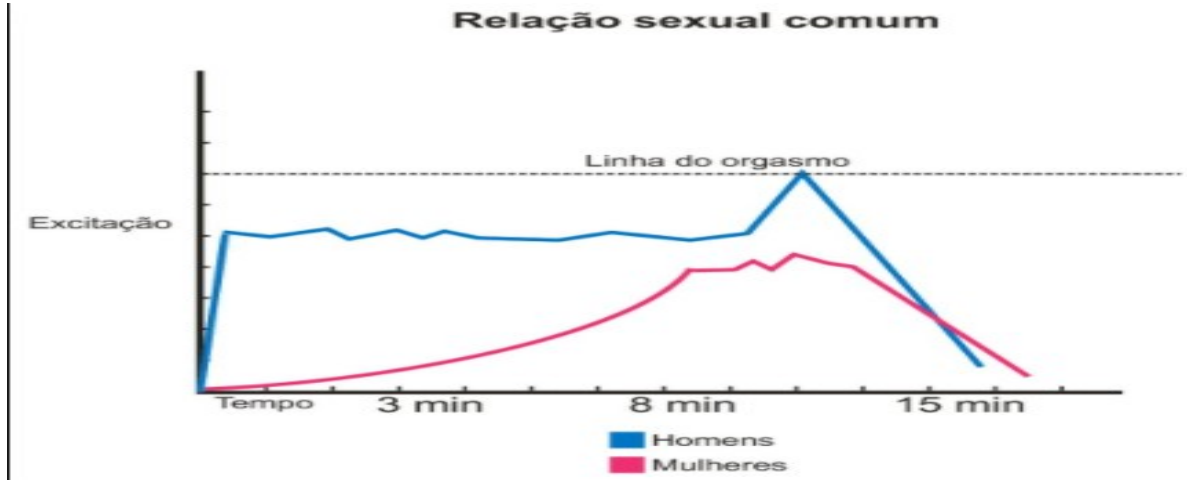
www.imop.gr

Erezione → Eiaculazione precoce → Erezione → Eiaculazione meno precoce

Disfunzione erettile → **Attenzione!! Il paziente ci racconta del Disfunzione erettile e non della** → **IELTS DI 8 MINUTI**

Eiaculazione precoce





ATTENZIONE PERCHE’ EIACULAZIONE PRECOCE SI CARATTERIZZA ANCHE PER LA MANCANZA DI CONTROLLO

COSA FARE ?

Esame obiettivo

Palpazione prostatica= Perchè?

Prostata di 1,5 volte solco mediano conservato. Lobi simmetrici e di consistenza parechimatosa non noduli non dolore

Esame obiettivo testicolare=Perchè?

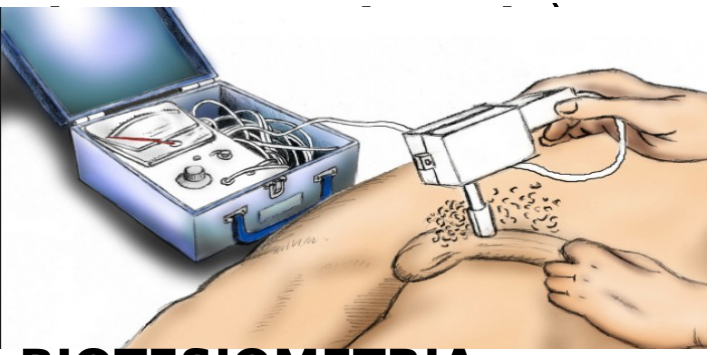
Gonadi di dimensioni normali (circa 20 praeder) non noduli non dolore non segni di epididimite

Valutazione distribuzione del grasso corporeo e peluria= Perche?

Impressione di accumulo del grasso corporeo ‘’ a pera’’. Scarsa peluria toracica e avambraccio. Paziente riferisce che gli sembra si sia ridotta

Veloce valutazione neurologica (anche se assente

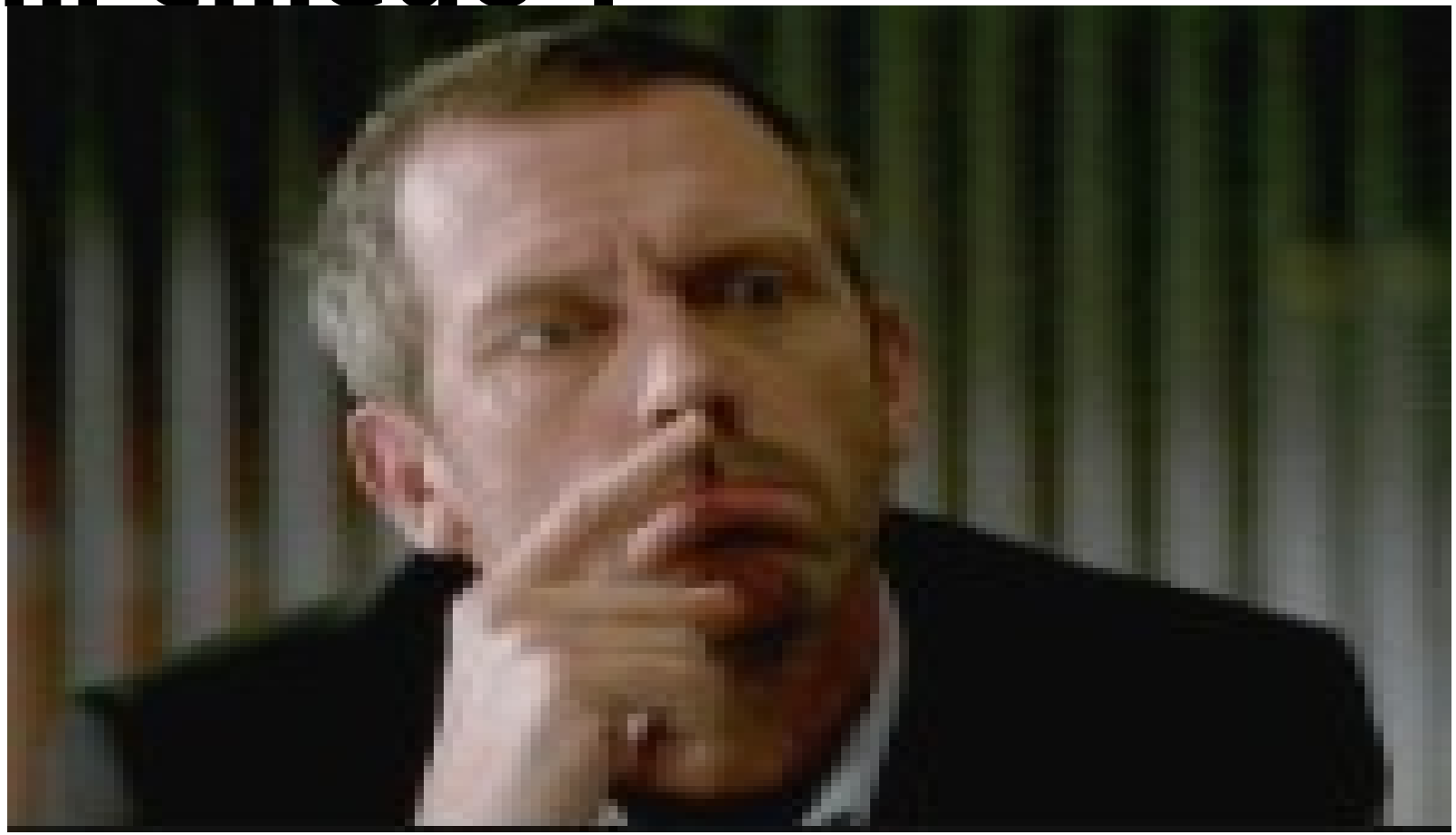
riflesso bulbo-cavernoso= con il dito esploratore posto nel canale anale, si eseguono contemporaneamente con l’altra mano dei piccoli pinzettamenti sulla punta del glande anche in questo caso la risposta evocata sarà quella di una contrazione riflessa dell’ano) che corrisponde ai mielomeri S2 – S4.



BIOTESIOMETRIA

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

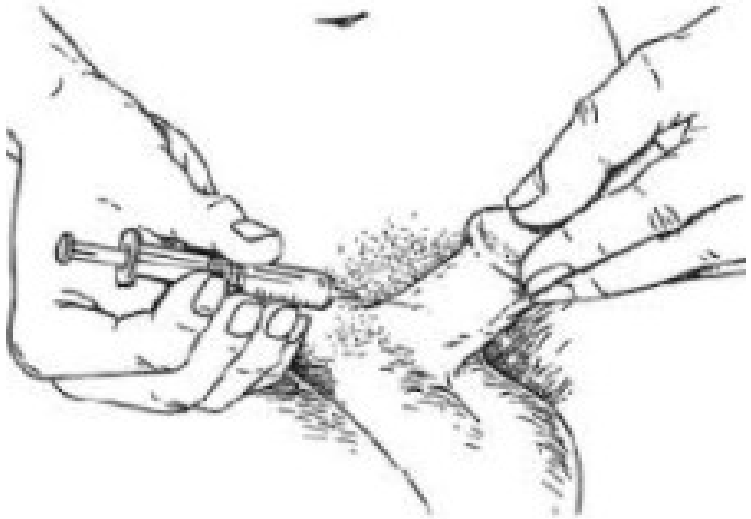
Chiedo esami ulteriori e se si che esami chiedo ?

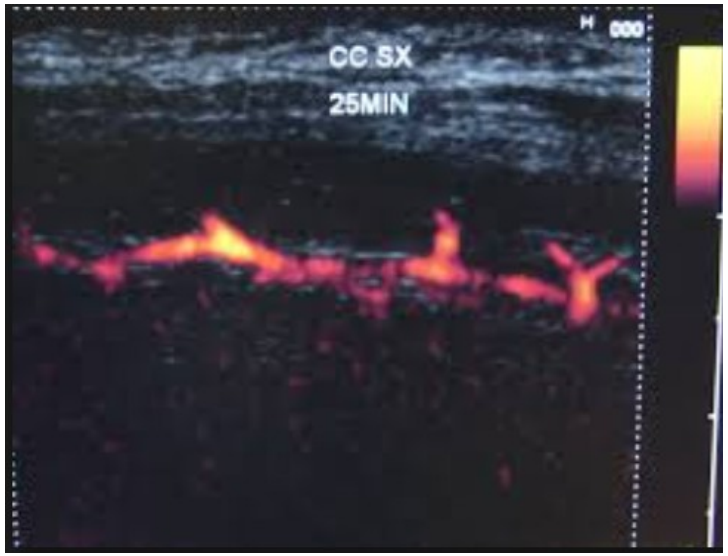


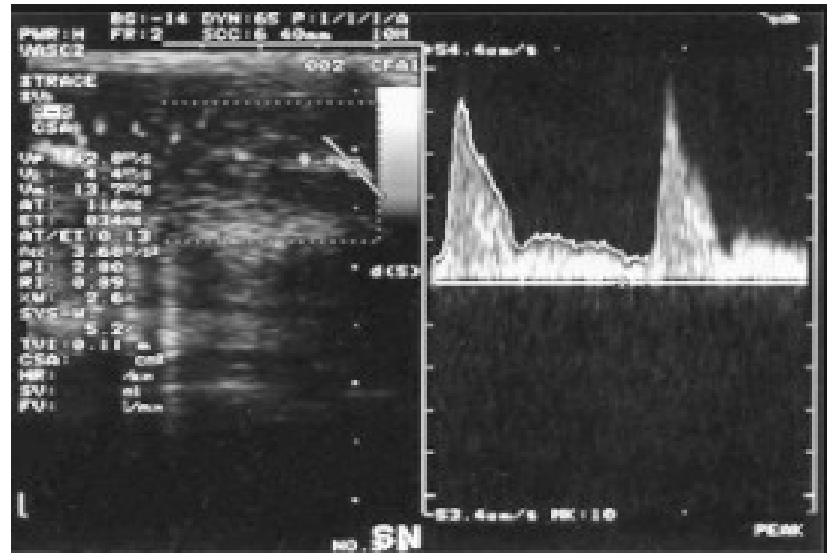
Ecografia testicolare? Si x No

Ecografia peniena dinamica? Si x No

Non di primo livello







Studio dei potenziali evocati sacrali ? Si x No

Non di primo livello

Esami ematici ? x Si

No

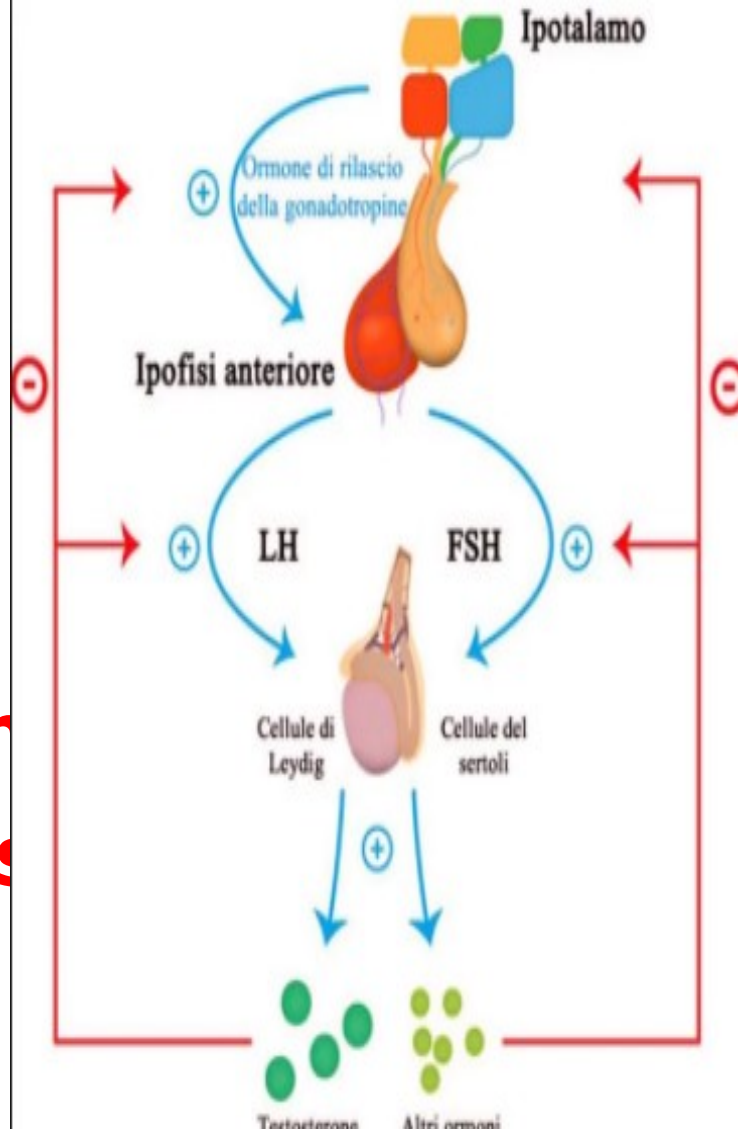
-Emocromo
-FSH 0,3
-LH 0,5
-Testosterone 1 ng/dl
-SHBG 54
-inibina 50 pg/ml
-Estradiolo 2 pg/ml
-TSH
-T3
-T4
-Prolattina (eventualmente la basale e a 30 minuti)
-Psa totale e f/T (? Mah e' giovane)
-Alt Ast
-Glicemia
-Creatinina
-Azotemia
-Elettroliti

Ok. Perche richiesti?

Ok. Perche rich

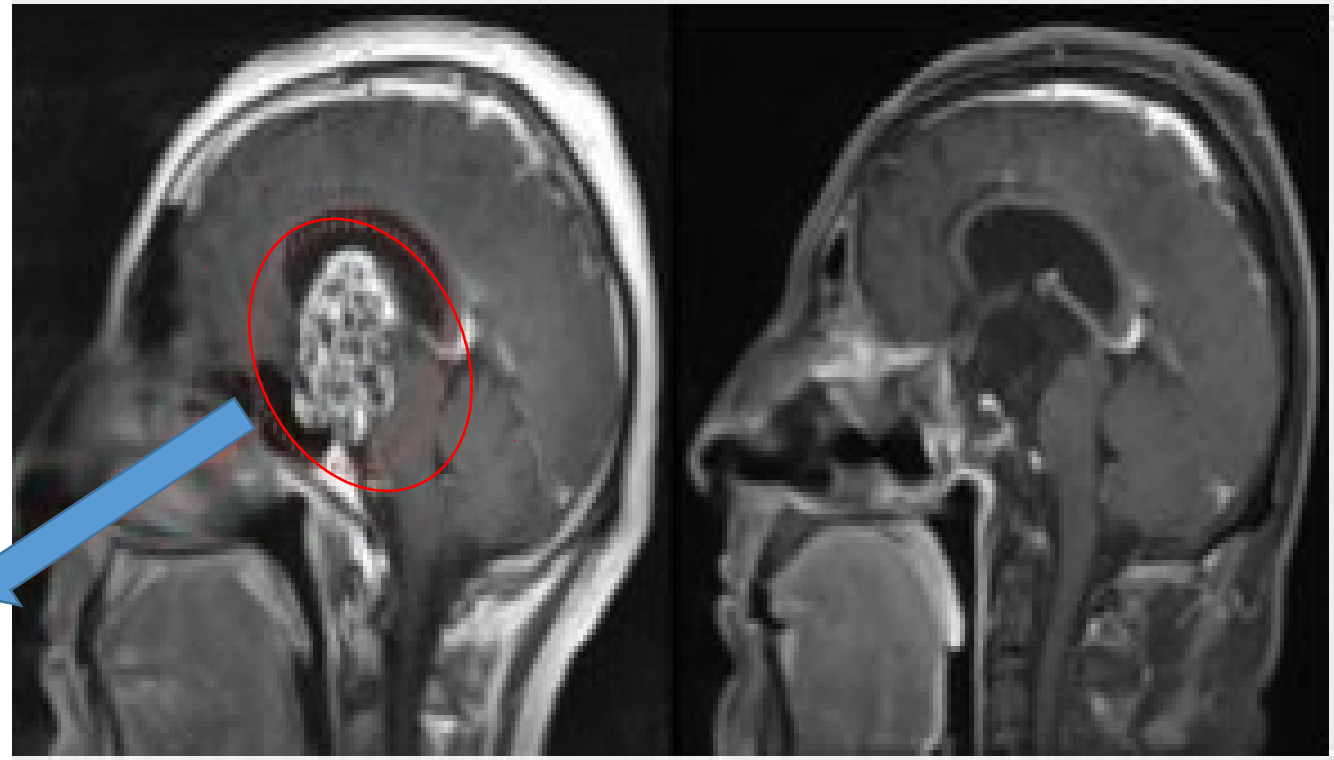
Ok. Perche richies

Ok. Perche richiesti?



Che fare ?

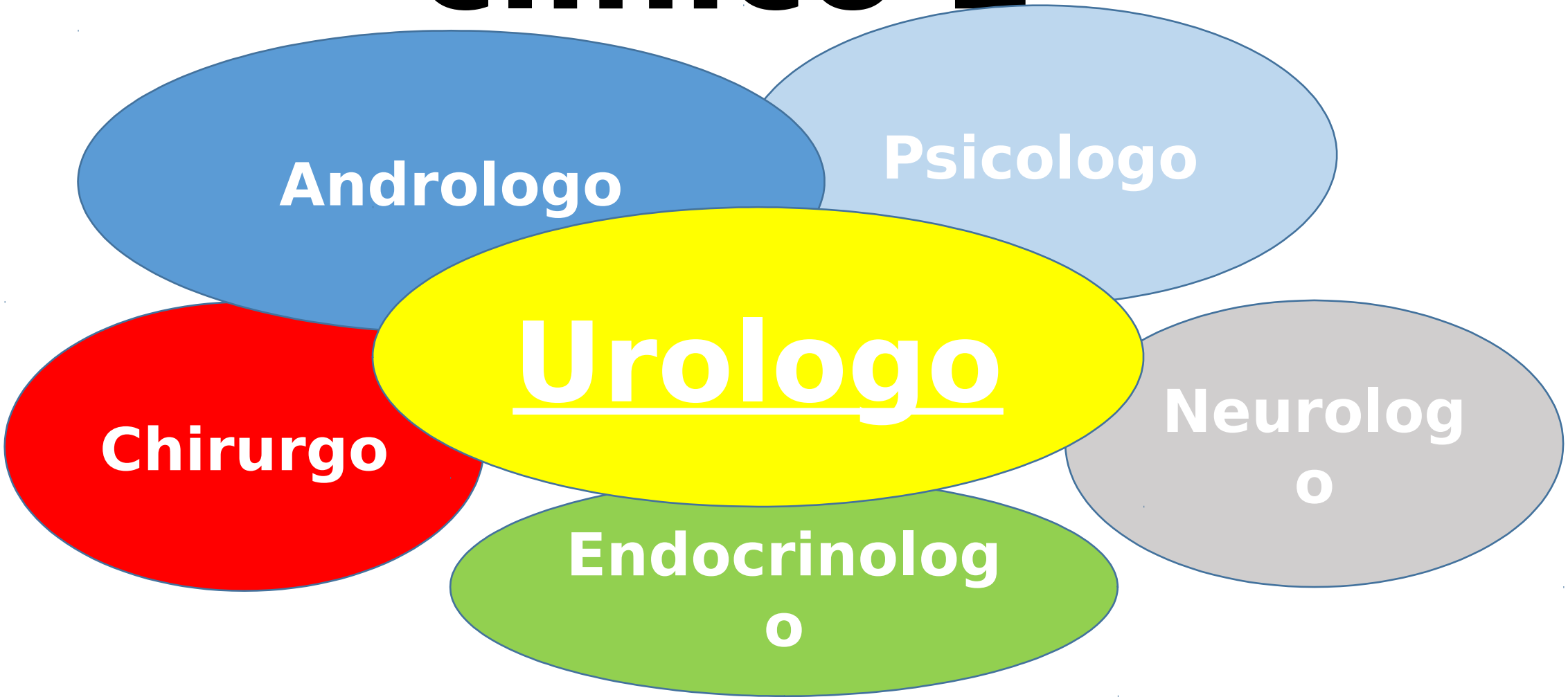
Eseguo risonanza magnetica sella turcica con e senza mdc



Voluminosissimo craniofaringioma (generalmente piu tipici sono gli adenomi) inviato

Caso clinico 2

Dr Pier Andrea Della Camera



Signor **Guido Di Rado** esegue esame del **psa tot e f/t** perche consigliato da un amico.

Anni= 48 aa

Lavoro= ex modello, ora nel campo della moda

Anamnesi remota

- Non fumatore
- Non iperlipidemico, non ipertensione, non diabetico
- Sport eseguiti (lancio del giavellotto e motociclismo di moto d’epoca), dieta non equilibrata, lieve

- Non utilizzo di sostanze stupefacenti consumo di alcool moderato
- Intervento di lipofilling al volto
- Non assume farmaci
- Ansionso lievemente depresso/ depresso (Hamilton/ sds negativo),

HOME SCIENZA MEDICINA

Tumore alla [illegible]tata, il grande enigma del test per il P[illegible]

Se ne discute da d[illegible] anni) continuano a essere negativi. [illegible] possibile test di screening per il [illegible]

Il tranello pericoloso prostata

Il dosaggio del Psa è l'analisi che milioni di uomini fanno all[illegible] di un tumore. Oggi lo scienziato che fece la scoperta dice che fu il "peggior errore della sua vita"

CORRIERE DELLA SERA

» Corriere della Sera > Salute > Sconsigliato il test del Psa di routine per individuare il cancro alla prostata

STUDIO / SALUTE

Sconsigliato il test del Psa di routine per individuare il cancro alla prostata

Dagli esperti Usa arrivano nuove conferme: «Lo screening di massa fa più male che bene». Ma tra i medici è polemica

PIÙletti di SALUTE

OGGI SETTIMANA MESE

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30288918

Gmail: l'email di Goo (133) webmail UniFI :: App Suite. Posta in ar Facebook SIA EAU - guidelines PubMed Previsioni Meteo: le p rotary 1

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov US National Library of Medicine National Institutes of Health

PubMed Search

Advanced Help

Format: Abstract Send to

BJU Int. 2018 Oct 5. doi: 10.1111/bju.14580. [Epub ahead of print]

Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality among participants in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian randomized cancer screening trial.

Pinsky PF[1], Miller E[1], Prorok P[1], Grubb R[2], Crawford ED[3], Andriole G[4].

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To examine prostate cancer (PCa) incidence and mortality by arm in the randomized Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial.

PATIENTS AND METHODS: Patients aged 55-74 years at 10 screening centres were randomized between 1993 and 2001 to an intervention or usual care arm. Patients in the intervention arm received six annual prostate-specific antigen (PSA) tests and four annual digital rectal examinations. The patients were followed for PCa incidence and for mortality via active follow-up processes and by linkage to state cancer registries and the National Death Index. For cancers identified through active follow-up, trial abstractors recorded the mode of diagnosis (screen-detected, symptomatic, other).

RESULTS: A total of 38 340 patients were randomized to the intervention arm and 38 343 to a usual care arm. The median follow-up for mortality was 16.9 (intervention) and 16.7 years (usual care). There were 333 (intervention) and 352 (usual care) PCa cancer deaths, giving rates (per 10 000 person-years) of 5.5 and 5.9, respectively, and a rate ratio (RR) of 0.93 (95% confidence interval [CI] 0.81-1.08; P = 0.38). The RR for overall PCa incidence was 1.05 (95% CI 1.01-1.09). The RRs by Gleason category were 1.17 (95% CI 1.11-1.23) for Gleason 2-6, 1.00 (95% CI 0.93-1.07) for Gleason 7 and 0.89 (95% CI 0.80-0.99) for Gleason 8-10 disease. By mode of detection, during the trial's screening phase, 13% of intervention arm vs 27% of usual care arm cases were symptomatic; post-screening, these percentages were 18% in each arm.

CONCLUSION: After almost 17 years of median follow-up, there was no significant reduction in PCa mortality in the intervention compared with the usual care arm. There was a significant increase in Gleason 2-6 disease and a significant reduction in Gleason 8-10 disease in the intervention compared with the usual care arm.

Full text links

Full Text Online Wiley Online Library

Save items

Add to Favorites

Similar articles

Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorec [J Natl Cancer Inst. 2012]

Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with m [Cancer. 2017]

Review Prostate-Specific Antigen-Based Screening for [Agency for Healthcare Research...]

Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and ([JAMA. 2011]

Review Screening for prostate cancer. [Cochrane Database Syst Rev. 2013]

See reviews...

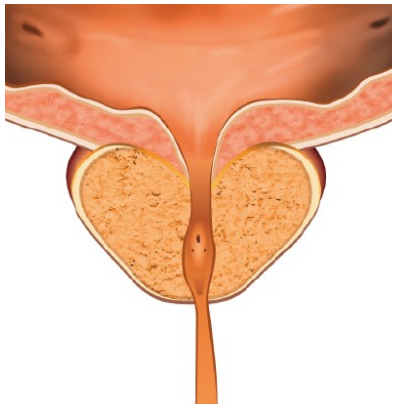
See all...

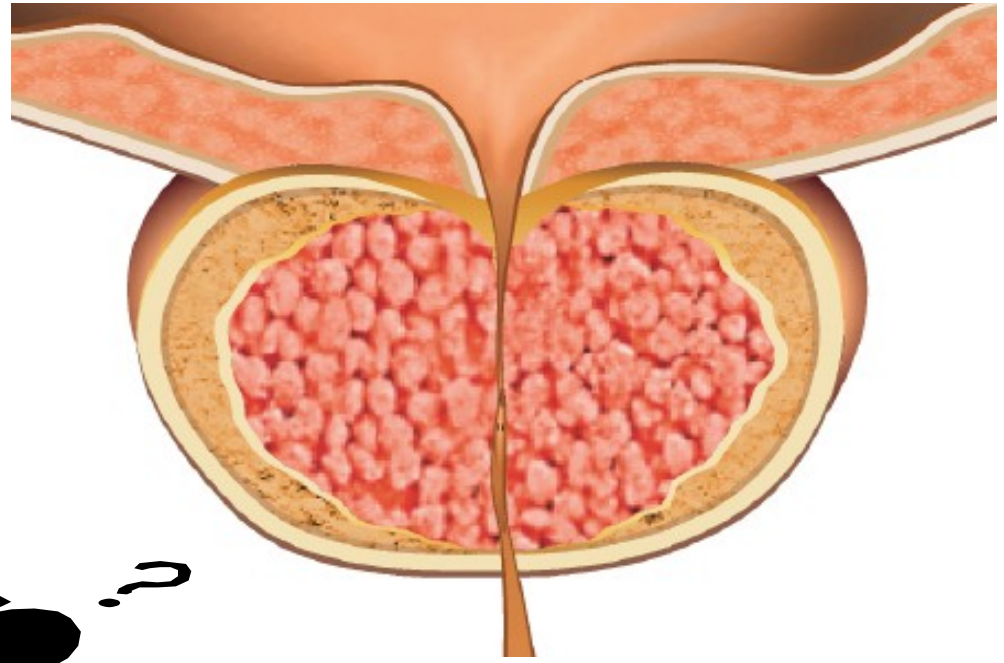
Related information

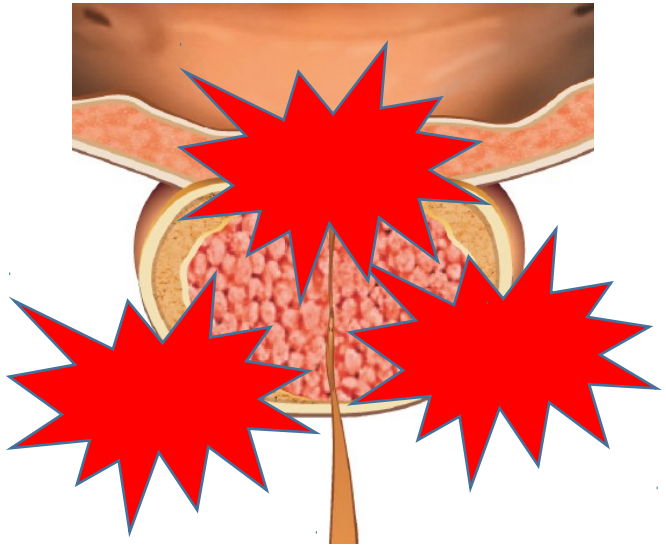
≠

stilo
sparco

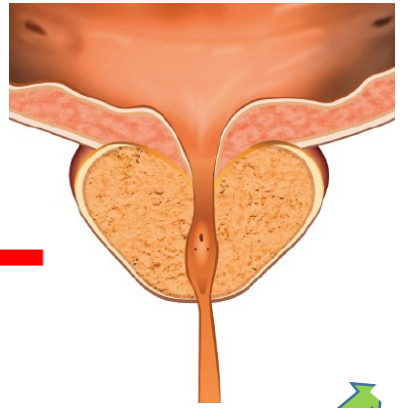
Perche dello scetticismo

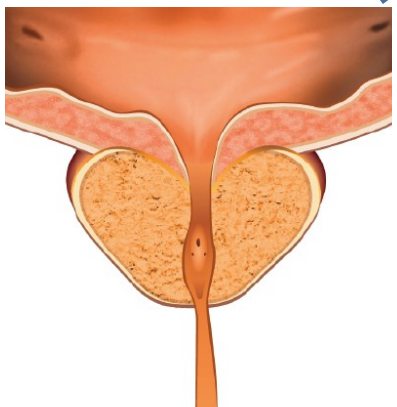






Quando nasce il sospetto?

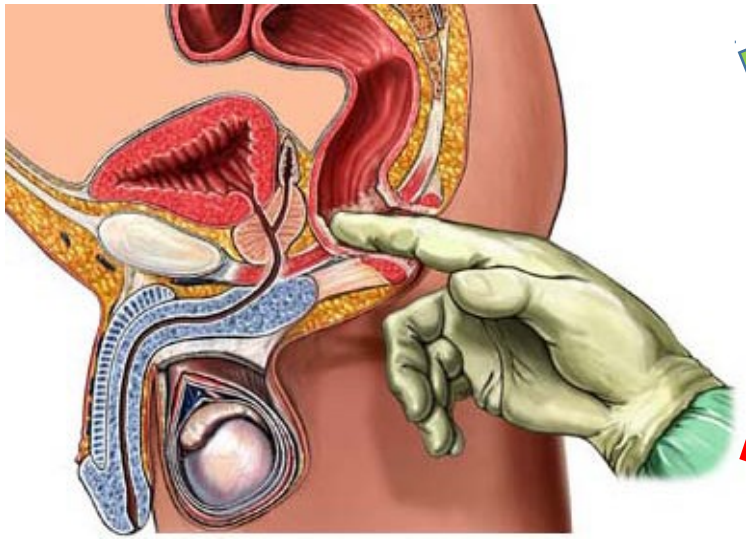




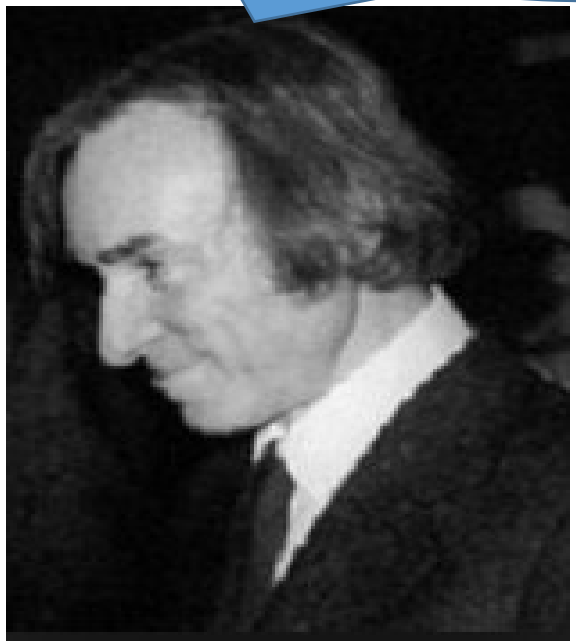
Psa F/T

Cosa m

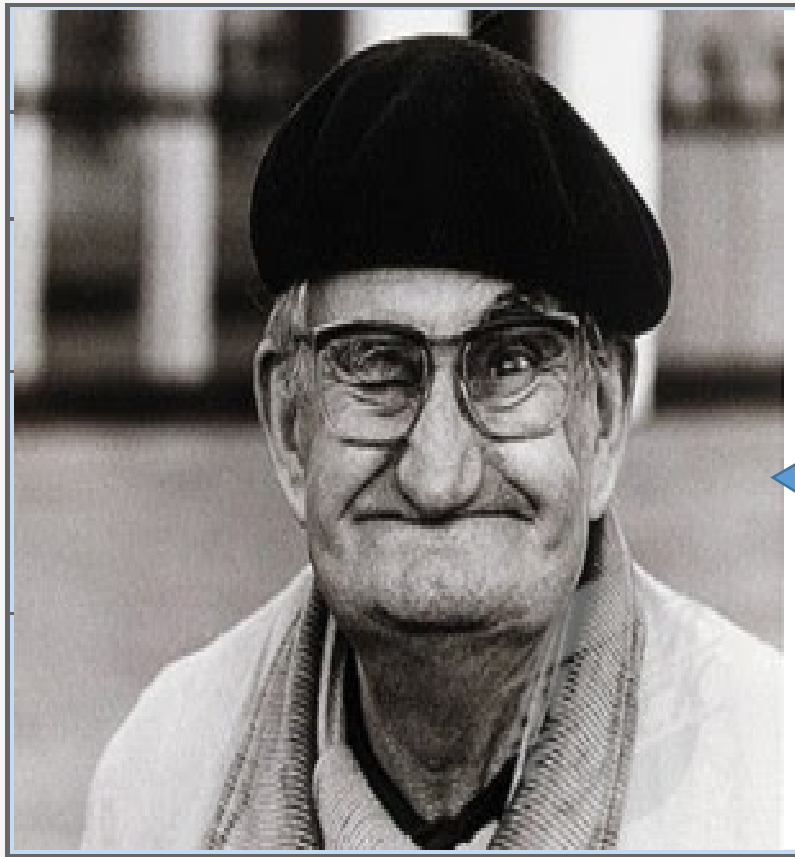
Quando nasce il sospetto?



- Psa entro i limiti 3,7 ng ml



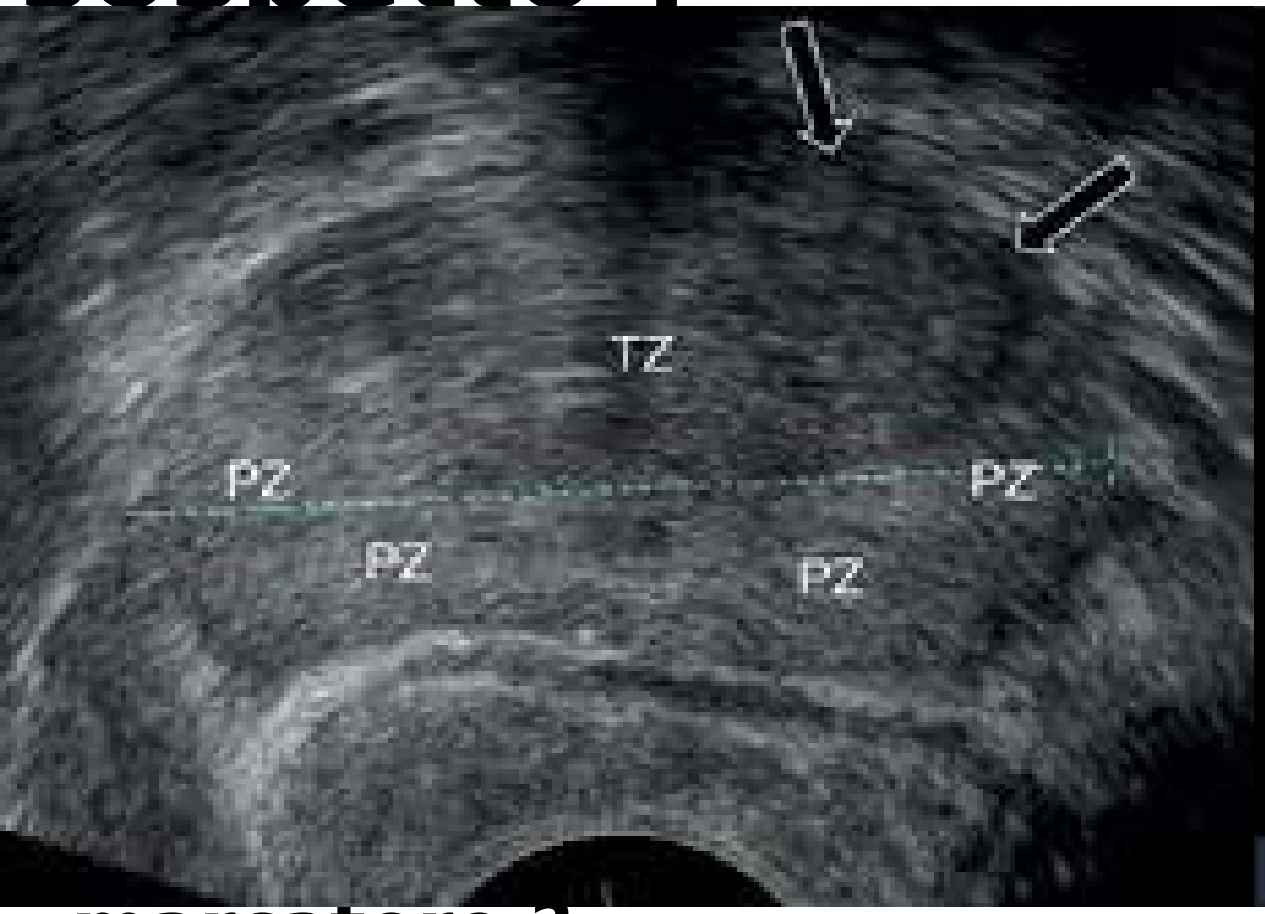
Ecco lo sapevo mi hai fatto spendere una vagonata di soldi , con la ricetta!!!!!



Dio bonino!!!! ho dimenticato di andare a fare il PsA!!!!!!!

Stop early diagnosis of PCa based on life expectancy and PS; men who have a life-expectancy of < fifteen years are unlikely to benefit.	3	Strong

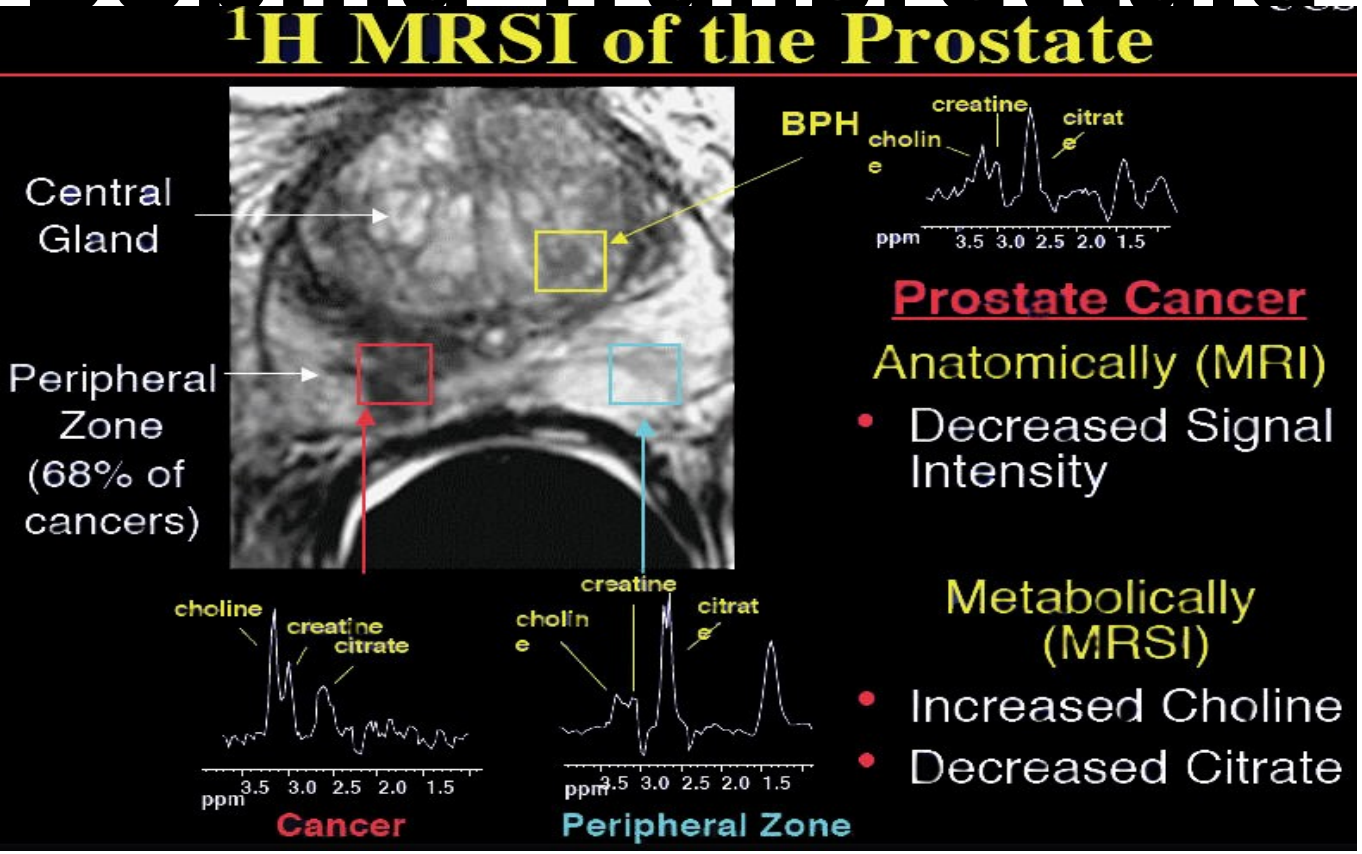
Esami aggiuntivi in caso di sospetto ?

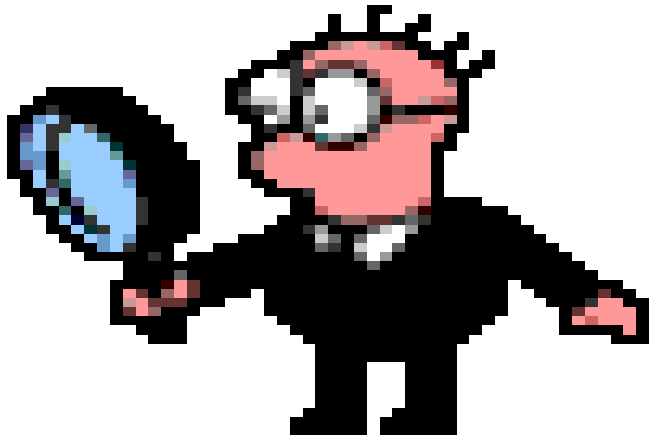


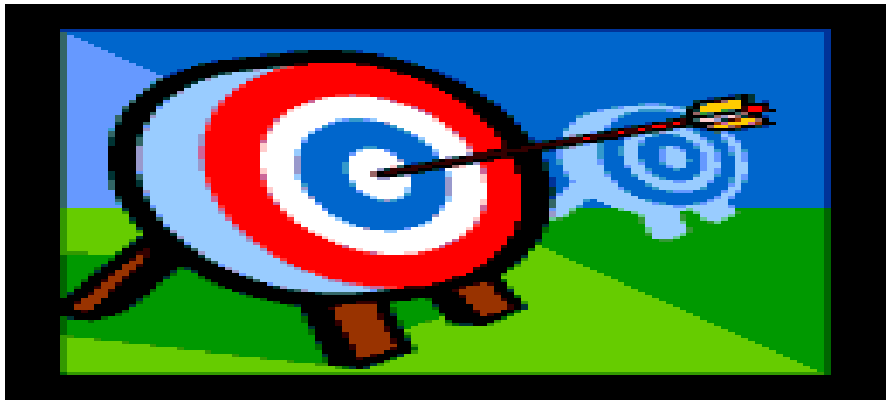
marcatore ?

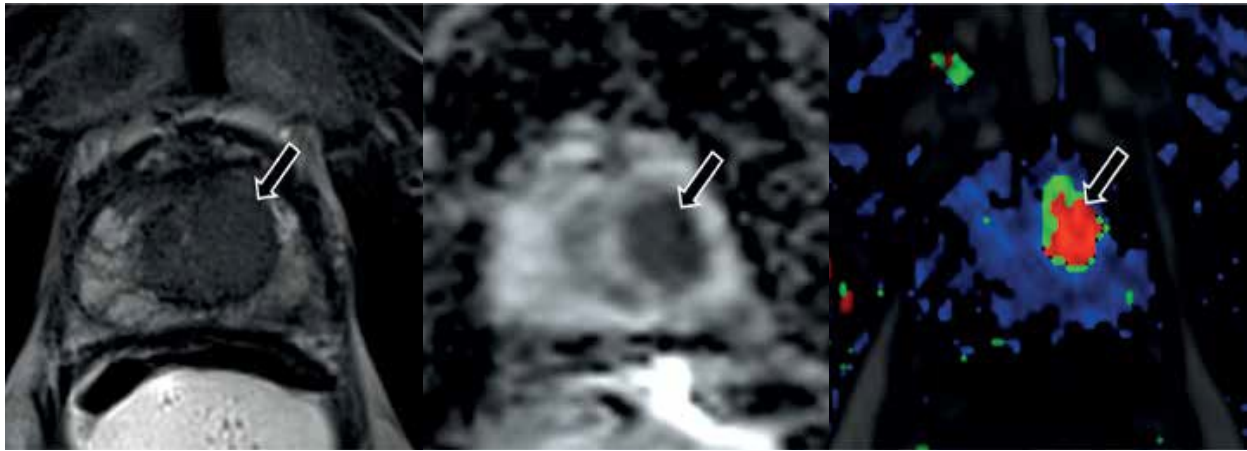
Risonanza magnetica ?

Risonanza Magnetica con Bobina Transrettale









Risonanza Magnetica con Bobina Transrettale

5.2.4. ***The role of imaging in clinical diagnosis***

5.2.4.1. *Transrectal ultrasound (TRUS) and ultrasound-based techniques*

Grey-scale TRUS is not reliable at detecting PCa [163]. Thus, there is no evidence that US-targeted biopsies can replace systematic biopsies. New sonographic modalities such as sonoelastography and contrast-enhanced US are still under investigation and not ready for routine use.

5.2.4.2. *Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI)*

Correlation with RP shows that mpMRI, associating T2-weighted imaging with at least one functional imaging technique (DWI, DCE, H1-spectroscopy) has good sensitivity for the detection and localisation of GS ≥ 7 cancers (see Table 5.2.4) [164-168].

Table 5.2.4: PCa detection rates (%) by mpMRI for tumour volume and Gleason score in radical prostatectomy specimen [166]

Gleason score	Tumour volume (mL)		
	< 0.5	0.5-2	> 2
GS 6	21-29%	43-54%	67-75%
GS 7	63%	82-88%	97%
GS >7	80%	93%	100%

As a result, mpMRI is increasingly performed before prostate biopsy. Theoretically, pre-biopsy mpMRI could be used in two different ways. Strategy 1 uses mpMRI to improve the detection of clinically significant PCa (csPCa). In this diagnostic pathway, magnetic resonance imaging-targeted biopsies (MRI-TBx) would be added to systematic biopsies in case of a positive mpMRI, and systematic biopsies would be performed in all patients with a negative mpMRI. Strategy 2 consists in using mpMRI as a triage test before biopsy. In this diagnostic pathway, only MRI-TBx would be performed in case of a positive mpMRI. Patients with a negative mpMRI would not undergo prostate biopsy at all.

5.2.3.2. *Repeat biopsy after previously negative biopsy*

The indications for repeat biopsy are:

- rising and/or persistently elevated PSA (see Table 5.2.1 for risk estimates);
- suspicious DRE, 5-30% cancer risk [104,105];
- atypical small acinar proliferation (i.e., atypical glands suspicious for cancer), 31-40% risk [139,140];
- extensive (multiple biopsy sites, i.e., ≥ 3) high-grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN), ~30% risk [140,141];
- a few atypical glands immediately adjacent to high-grade prostatic intraepithelial neoplasia (i.e., PINATYP), ~50% risk [142];
- intraductal carcinoma as a solitary finding, > 90% risk of associated high-grade PCa [143];
- positive multiparametric MRI (mpMRI) findings (see Section 5.2.4).

J Urol. 2008 Feb;179(2):504-7.

The 20-core prostate biopsy protocol--a new gold standard?

Ravery V[1], Dominique S, Panhard X, Toublanc M, Boccon-Gibod L, Boccon-Gibod L.

Author information

Abstract

PURPOSE: We investigated the ability of a 20-core prostate biopsy protocol to enhance the prostate cancer diagnosis rate.

MATERIALS AND METHODS: We compared the diagnosis rate of prostate biopsies in 2 groups of consecutive patients, including group 1-10 cores and group 2-20 cores. The prostate specific antigen range in the 2 groups was 3 to 30 ng/ml and biopsies were performed because of increased prostate specific antigen (more than 3 ng/ml) and/or abnormal digital rectal examination. To analyze the results we divided each group into 3 subgroups according to prostate specific antigen, including group 1-3 to less than 6 ng/ml, group 2-6 or greater to less than 10 ng/ml and group 3-10 or greater to up to 30 ng/ml. Multivariate analysis was performed to assess the difference in the diagnosis rate among the subgroups according to the number of cores taken.

RESULTS: The percent of positive biopsies was 39.7% in group 1 and 51.7% in group 2. Multivariate analysis confirmed that the number of biopsies taken was a factor that independently and significantly correlated with the prostate cancer diagnosis. The 20-core biopsy protocol was more efficient than the 10-core protocol in the 3 subgroups with 47.2% vs 28.1% of patients diagnosed in group 1 (OR 3.26, p = 0.001), 40.5% vs 36.1% in group 2 (OR 2.37, p = 0.009) and 69.8% vs 39.7% in group 3 (OR 2.01, p = 0.015).

CONCLUSIONS: The 20-core biopsy protocol was more efficient than the 10-core biopsy protocol, especially in patients with prostate specific antigen between 3 and 6 ng/ml. Nevertheless, it is mandatory to confirm whether detected tumors are clinically significant on pathological examination of the radical prostatectomy specimens.

Studio condotto su 1500 pazienti

Gruppo 1
10 cores

- Psa da fino a 6
- Psa fino a 10
- Psa inferiore a 30

Gruppo 2
20 cores

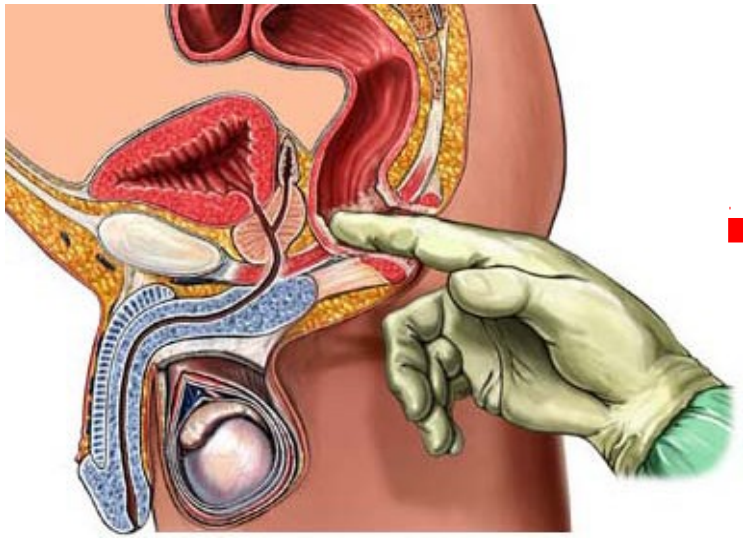
Biopsive positive =39,7

28,1vs 47,2

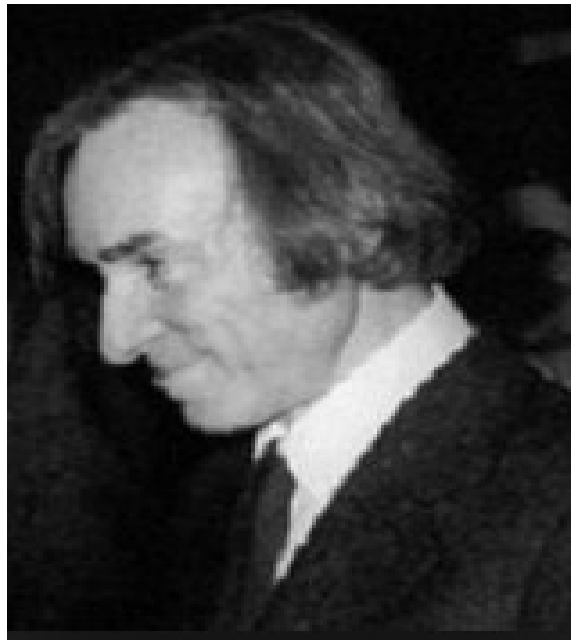
36,1 vs 40,5

39,3 vs 70,1

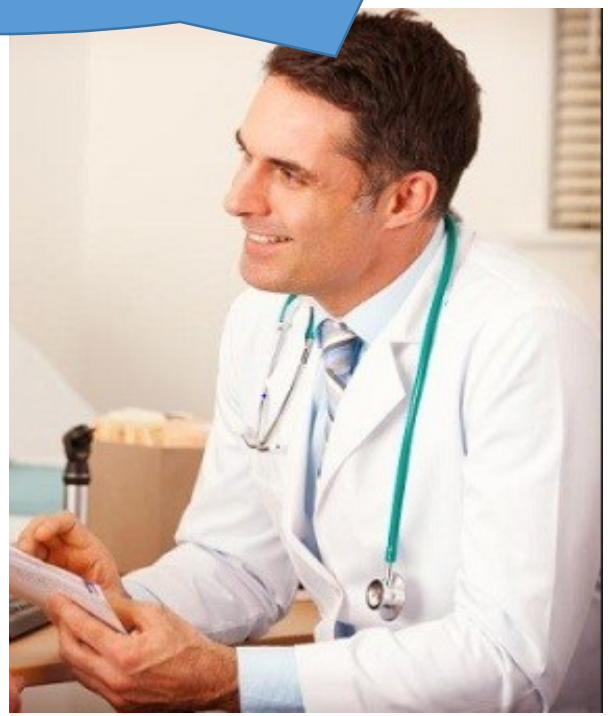
Biopsie positive = 51,9



Ah dottore, ho visto che a 45 anni a lavoro mi avevano fatto fare il psa ma era sempre nei limiti, era 1 ng/ml



1)Biopsia
2)Lo controllo
3)Nulla e' un malato immaginario
4)Il psa e' nei limiti.....indi.....



Esame istologico Sig Guido di Rado

Nei frustoli (15) prelevati in sede laterale sinistra presenza di di un frammento di adenocarcinoma prostatico gleason 3+3

Nei frustoli prelevati in sede laterale destra presenza di iperplasia prostatica e di note di flogosi **come da prostatite cronica**

Che fare ?

Sorveglianza attiva

Prostatectomia nerve sparing

Caso clinico 1

Dr Pier Andrea Della Camera

Un caso di Induratio Penis Plastica

Signor **Guido Di Rado** si presenta spaventato ai nostri ambulatori perche riferisce ricurvamento penieno dorsale

Anni= 65 aa

Lavoro= Allevatore di lumache, trattorista

Anamnesi remota

Perche puo essere importante ?

- Non fumatore
- Non iperlipidemico, non ipertensione, non diabetico
- Sport eseguiti (lancio del giavellotto e motociclismo di moto d’epoca), dieta non equilibrata, sovrappeso

- Non utilizzo di sostanze stupefacenti consumo di alcool moderato
- Intervento di lipofilling al volto
- Non assume farmaci
- Ansionso lievemente depresso/ depresso (Hamilton/ sds negativo),

Anamnesi prossima

Da quanto tempo ? **Da 5 mesi** Importante ai fini chirurgici

Dove si piega il pene?

Disfunzione erettile = no D.E.

A raggiungere erezione

A mantenere erezione

Sexual encounter profile 2 (riesci a penetrare?) Si **X** no

Sexual encounter profile 3 (riesci a terminare un rapporto?) **X** Si no

Erectil Hardness Profile 1 2 **X** 3 4

IIEF 5

LUT S SI **X** NO

Partner fisso o saltuario? **X** Fisso = Saltuario

Libido= **X** Conservata Non conservata

COSA FARE ?

Esami ematici e ormonali di routine X **si** X
no

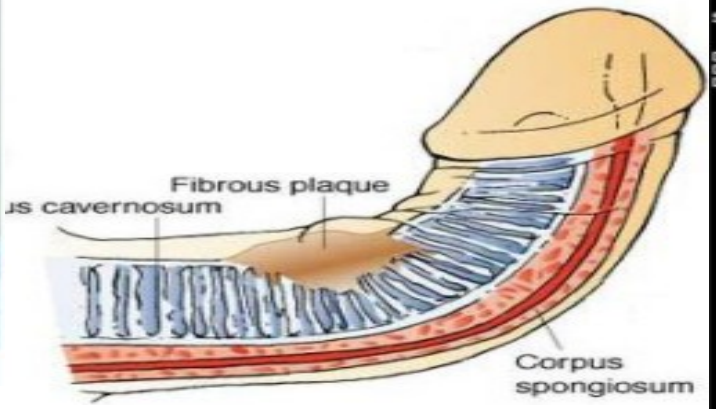
Ecografia peniena dinamica X **si**
no

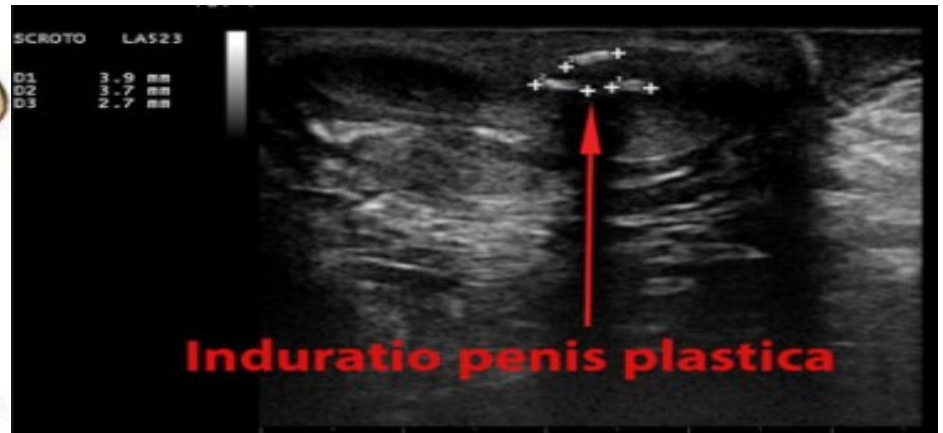
Perche ?

- Valutazione della curvatura. Il chirurgo vede direttamente dove e’ curvo
- Valutazione della concomitante disfunzione erettile importante nel postoperatorio (Medico legale)
- Valutazione della placca Stabile (calcifica) /non stabile

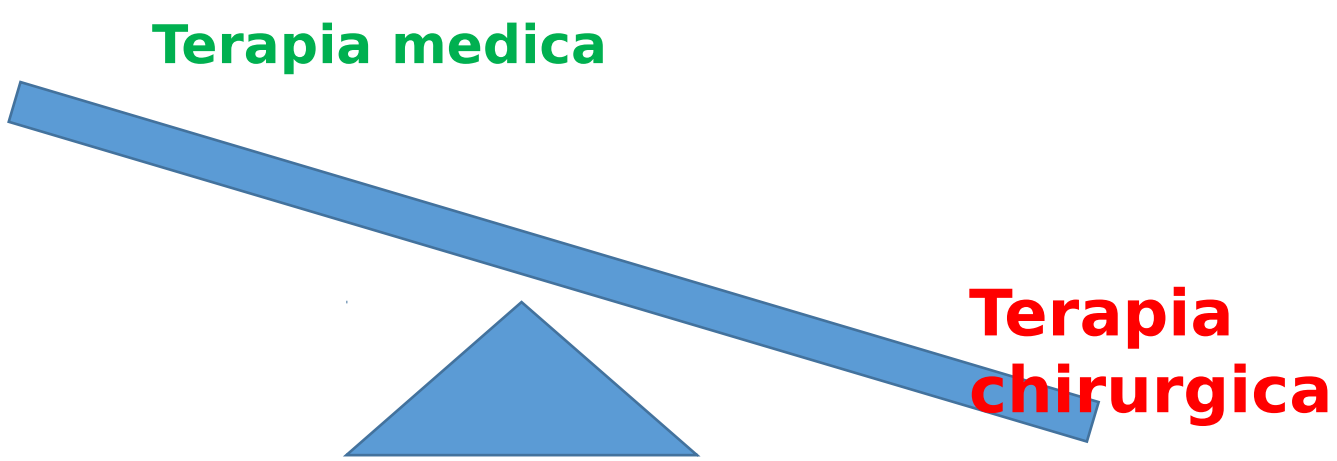
Dr Della Camera= flussi che tendono al range inferiore di normalita’/ lievemente al di sotto. Lieve deficit venocclusivo visibile in diastole. Buona dilatazione arteriolare, visibili le diramazioni secondarie delle arterie cavernose. Raggiunta fase terza dell’erezione. Sep positivo EHS 4/ 5 . Quadro di iniziale Disfunzione erettile. Presenza di placca calcifica di IPP presente a livello dorsale del pene che determina incurvamento verso l’alto di circa 60 gradi

Autofotografia del pene X **si**





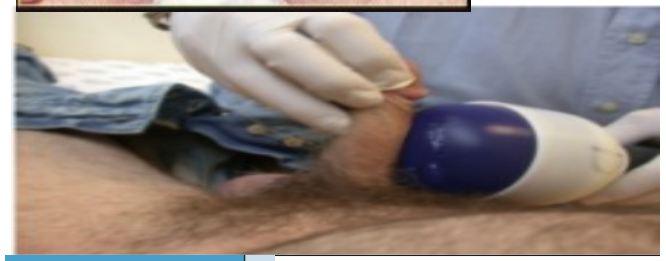
Che fare ?



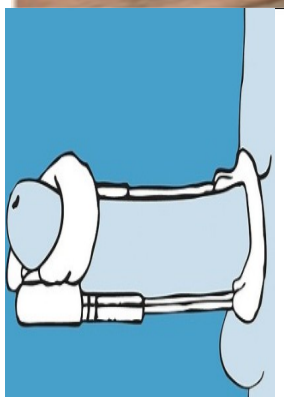
Terapia medica

Iniezioni di verapamile e desametasone (terapia empirica di scarsa utilita'. Desametasone uscito fuori da linea guida)

Eswt (bombardamento penieno)= utile nella disfunzione erettile e solo nel dolore , presente solo nelle prime fasi della malattia. Scarsissimo e nullo sula curvatura

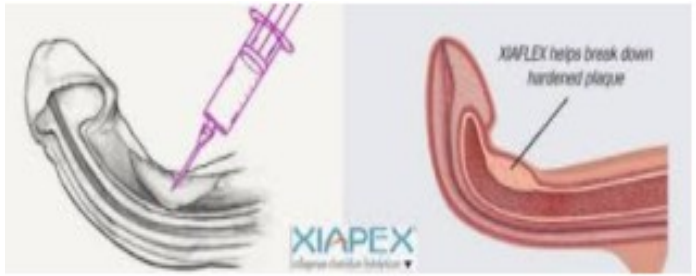


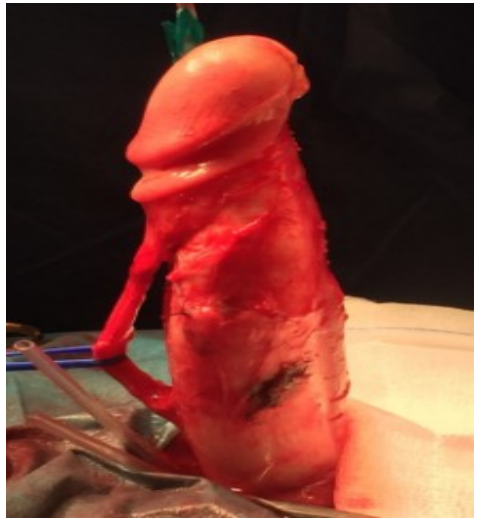
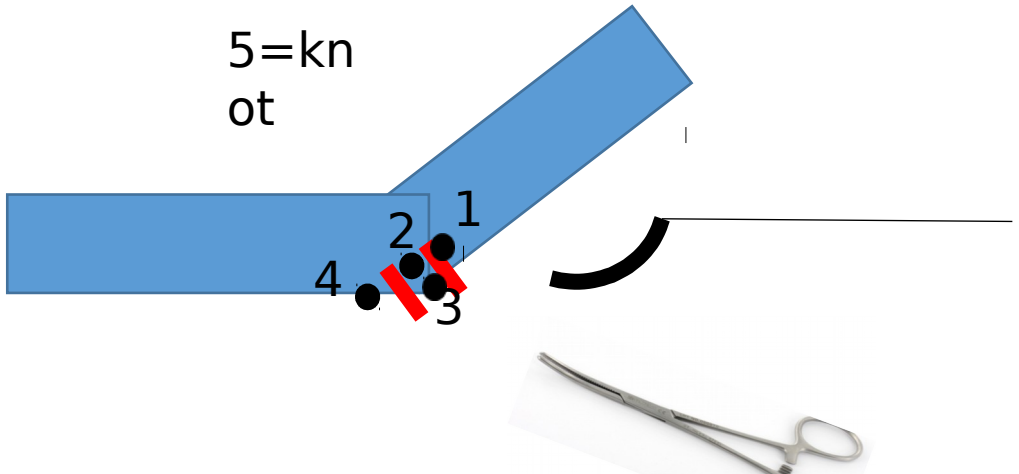
Traction therapy= estensori e vacuum di relativa utilita' caratterizzati da scarsissima compliance dell'ammalato



Ammalato impaurito dalla possibile disfunzione erettile e relativamente meno dal possibile accorciamento successivo all'intervento

Iniezione di Xiapex collagenasi con successiva manipolazione del glande



Riduzione della curvatura di circa 20 gradi

Paziente deciso a continuare perorso terapeutico chirurgico con Plicatura