



#### DOCENTI

Francesco Barrese, Urologo, Roma  
Manlio Cappa, Urologo, Roma  
Emmanuel E. De Mayo, Urologo, Roma  
Giulio Di Giovambattista, Urologo, Roma  
Ilaria Ortensi, Biologo, Roma  
Francesco Sciobica, Urologo, Roma

CON IL SUPPORTO NON  
CONDIZIONANTE DI



SEDE DELL'EVENTO  
Progetto Medico  
Via Carlo Spegazzini 79, Roma

DESTINATARI DELL'INIZIATIVA  
Medico Chirurgo, disciplina Medicina generale.  
Crediti formativi nr. 7,  
rif. ECM nr. 156749, Provider 2390.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
Ellesse Eventi srl  
Via Ferdinando Liuzzi 23 00135 Roma  
Tel e fax 06.36382006  
info@ellesseeventi.it, www.ellesseeventi.it

# PATOLOGIA PROSTATICA DEFICIT ERETTILE E INFERTILITA' MASCHILE

## INQUADRAMENTO CLINICO E TERAPEUTICO

Roma  
21 maggio  
2016

Progetto Medico

RESPONSABILE SCIENTIFICO  
Francesco Barrese





Le patologie, che saranno trattate nel corso, rappresentano condizioni comuni, che giungono giornalmente all'attenzione del medico di medicina generale.

L'IPB (Ipertrofia Prostatica Benigna) può essere una patologia progressiva, specie se non è adeguatamente trattata. L'incompleto svuotamento della vescica può portare all'accumulo di batteri nel residuo vescicale aumentando i rischi di uretriti. L'accumulo di urina può, peraltro, portare alla formazione di calcoli dovuti alla cristallizzazione di sali nel residuo post-minzionale. La ritenzione urinaria, acuta o cronica, è un'altra forma di progressione della patologia. La ritenzione urinaria acuta è l'incapacità a vuotare completamente la vescica, mentre quella cronica vede il progressivo aumentare del residuo e della distensione della muscolatura della vescica. Chi soffre di ritenzione urinaria cronica può andare incontro a una patologia di compromissione renale detta uropatia ostruttiva. Il dato epidemiologico e la clinica depongono per un'ampia dimensione della patologia e per una progressiva diminuzione della qualità di vita del paziente: a ciò si correla un sensibile impiego di risorse per la diagnosi, il controllo dei sintomi, l'intervento chirurgico. Le manifestazioni cliniche annoverano una sintomatologia di tipo ostruttivo e di tipo irritativo: questi sintomi, ostruttivi e irritativi, riconoscono fattori causali meccanici ed emodinamici. Elementi di letteratura paiono individuare anche un'ipotesi infiammatoria che può contribuire alla scelta di una corretta strategia terapeutica. La formazione del medico di medicina generale non può dunque prescindere da un updating continuo sull'IPB sia in termini di terapia farmacologica che di opzioni terapeutiche chirurgiche alternative alla TURP.

Dall'uscita del 1° farmaco in terapia orale per l'indicazione di DE sono passati diversi anni, molto è cambiato nell'approccio culturale del Medico verso il Paziente e viceversa. Da diversi studi sulla soddisfazione dei pazienti trattati, e non meno importanti la valutazione di soddisfazione di coppia, emergono eccellenti spunti che devono far riflettere su come curare i pazienti con questa patologia. Rivedere il meccanismo d'azione della triade funzionale: S. Ormonale - S. Nervoso - S. Circolatorio è fondamentale, ma è fondamentale, anche, tenere conto delle condizioni psicologiche del paziente. La produzione endogena di Adrenalina è causa di fallimenti ripetuti, e questi segnano in modo indelebile l'autostima del paziente, che è la causa di un ciclo vizioso, che porta e riporta al fallimento dello stesso. Un adeguato counseling da parte del sanitario è fondamentale, per cui tempo di Qualità è la parola d'ordine che va adottata. Adeguati screening, devono escludere patologie organiche indipendenti dalla potenziale efficacia dei PDE5I. L'ipogonadismo è spesso una concausa del problema che unito a uno stimolo di partenza non eccellente è sicuramente fattore dominante dell'insuccesso del paziente. Traumi irreversibili o temporali del S. nervoso vanno accertati ed eventualmente supportati (vedi nota 75) per aiutare e riabilitare questa categoria di pazienti. Discutere in ambito di meeting dei casi clinici con tutti i sanitari presenti, favorisce la condivisione dell'appropriatezza nella scelta terapeutica per tipologia di pazienti.

L'infertilità maschile può essere definita come l'impossibilità di fecondare dopo almeno dodici mesi di rapporti liberi con partner femminile in perfette condizioni di fertilità [W.H.O.1999]. Nella definizione di infertilità maschile bisogna considerare anche lo stato della partner, concetto che sottolinea come la fertilità o l'ipofertilità non sono quasi mai dell'individuo, ma sono uno stato che riguarda la coppia [infertilità di coppia]. Ciò significa che la capacità fecondante deriva dall'integrazione della potenzialità dei due componenti della coppia, singolarmente intesi, oltre che dalla loro interazione. Il corso vuole fornire nozioni pratiche e concetti operativi per la gestione della coppia infertile sia dal punto di vista clinico che di laboratorio.

08.30

Registrazione

09.00

Introduzione e presentazione del corso

F. Barrese, M. Cappa

## Ipertrofia Prostatica

09.30

Cosa deve essere fatto dal punto di vista diagnostico? E. E. De Mayo

09.50

Quale importanza deve essere data al PSA? E agli altri marcatori tumorali?

E. E. De Mayo

10.10

L'infiammazione è un target terapeutico? Quale terapia? F. Barrese

10.30

Quando la terapia chirurgica e quale intervento? F. Sciobica

10.50

Pausa

## Deficit Erettile

11.00

Epidemiologia del deficit erettile G. Di Giovambattista

11.20

DE e patologia prostatica E. E. De Mayo

11.40

DE e sindrome metabolica G. Di Giovambattista

12.00

Cosa deve essere fatto dal punto di vista diagnostico? F. Sciobica

12.20

Quale terapia medica? F. Barrese

12.40

Quando la terapia chirurgica? F. Barrese

13.00

Caso clinico F. Sciobica

13.20

Caso clinico E. E. De Mayo

13.40

Lunch

## Infertilità Maschile

14.00

Come studiare il paziente infertile I. Ortensi

14.30

Esame del liquido seminale I. Ortensi

15.00

Discussione e conclusioni

15.30

Questionario di verifica ECM