



info MEDICINA SEXUALITĂȚII

“ Disfuncția erectilă reprezintă un simptom-santinelă pentru afecțiunile vasculo-metabolice¹ ”



Levitra ameliorează performanța sexuală la bărbații care suferă de D.E. și comorbidități:

- Hipertensiune arterială
- Diabet zaharat
- Dislipidemie²⁻⁴



LEVITRA
(VARDENAFIL HCl)

**Surprinde-o plăcut!
De fiecare dată!**



EDITORIAL

La ora acestor rânduri, iarna stăpânește România. A plecat un guvern, a venit altul, dar iarna își vede mai departe de treabă și ne pune la încercare.

Suntem în februarie și trebuie să ne pregătim pentru aprilie, mai precis 20-22 aprilie, când a XII-a Conferință Națională AMSR trebuie să se desfășoare.

Comitetul de organizare, sub bagheta tânărului președinte Dl. Dr. Belinski Cătălin, caută soluții, face propuneri pentru ca 2012 - AMSR să fie deosebit, mai ales că va avea loc în București.

Deocamdată avem un program preliminar în care, în afară de cele ale AMSR-ului, avem și două proiecte noi; unul este o secțiune pentru farmaciști în data de 20.04, celălalt este găzduirea celui de-al VII-lea Summit Euroasiatic de Andrologie (o inițiativă a Societății Turce de Andrologie) pe parcursul zilei de 21.04 în secțiune paralelă. Vom continua celelalte proiecte deja tradiționale: conferința ESSM, conferința invitată societate afiliată ESSM etc.

Comitetul de organizare speră să reușească în dificila sarcină și ne invită să participăm cu lucrări științifice în număr cât mai mare.

Mult succes tuturor!

Nicolae Calomfirescu
Președinte A.M.S.R.

CUPRINS

Editorial	pag	3
Articol: Disfuncția erectilă ambientală	pag	4
Cronică de eveniment: ESSM 2011	pag	8
Articol ESSM Today	pag	11
Medicina Sexualității – Agendă 2012	pag	14
A.M.S.R. – Invitație	pag	15
Program preliminar: AMSR 2012	pag	17

COLEGIUL DE REDACȚIE

Editor Șef

Simona Fica

Redactori Adjuncți

Voichița Mogoș; Nicolae Calomfirescu

Membri

Vasile Coca; Augustin Cambosie;
Ioan Coman; Dan Gaiță; Maria Moța;
Cătălina Poiană; Florin Tudose

Secretariat Tehnic

Camelia Lățea
office@amsr.ro

DISFUNCTIA ERECTILĂ AMBIETALĂ

- habitatul ca și factor de risc clinic -

Dr. Vasile COCA, MD, MS, SHPh.

Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca,
Cl. Endocrinologică, Dept. Andrologie și Medicina Sexualității



Evoluția socio-economică a populației umane ocupă, din punct de vedere istoric, ultimii zece mii de ani din existența speciei, timp în care omenirea s-a adaptat progresiv la un habitat din ce în ce mai artificial, un mediu tot mai diferit de cel original și de care indivizii din comunitate au devenit din ce în ce mai dependenți.

Dacă în majoritatea covârșitoare a acestei perioade sursa de materii prime pentru nevoile curente domestice și administrative a fost una naturală, provenind din arealul înconjurător mai mult sau mai puțin larg, în ultimii 150 de ani de civilizație industrială asistăm la o trecere de la consumul tradițional de resurse către procese de prelucrare, rezultând într-un ritm exponențial o serie de produse artificiale, multe dintre ele, la rândul lor surse de materie primă în alte ramuri industriale, obținându-se în final o gamă extrem de largă de substanțe și materiale, fără de care civilizația modernă ar fi de neconceput. Multe dintre ele, în afară de utilitatea practică laudabilă, au însă și două neajunsuri: sunt nedegradabile în mod natural (înlăturarea lor artificială inducând vicierea mediului) și/sau pot interveni nociv în fiziologia organismului uman, constituindu-se în adevărați factori de risc pentru sănătatea umană. Apare astfel în ultimii cincizeci de ani o patologie complet necunoscută până după perioada celui de-al doilea război mondial, o patologie care include alterări fiziologice la nivelul general al tuturor aparatelor și sistemelor, chiar dacă cele mai frecvente manifestări clinice provin din sfera tegumentului, aparatului respirator și a celui digestiv, ca prime linii de contact cu mediul ambiant. Dacă de multă vreme în istoria medicinei o serie de afecțiuni erau descrise ca având drept cauză providența, după un interval relativ scurt în care bolile contagioase au constituit o revelație etiopatogenetică, au urmat ultimii circa 40-50 de ani în care acțiunea nefastă tot mai dovedită a unor elemente din mediu, fie ele rezultate din mediul casnic (familiar, ex. abuzuri alimentare, fumat etc.), fie reprezentând emisii urbane, industriale, cu expuneri greu controlate, ce au frecvent un impact tot mai negativ asupra sănătății.

A. Disfuncția erectilă ambietală: definiție și mecanisme

Sănătatea biologică și socială a individului se reflectă și în sfera relațiilor intime de cuplu sub forma stării de sănătate sexuală. De altfel este foarte bine cunoscut faptul că funcția sexuală este o oglindă fidelă a stării generale de sănătate a oamenilor. Cel mai elocvent exemplu în acest sens îl constituie funcția erectilă, care, pe de o parte, este rezultanta bunei funcționări a sistemului vascular general și a unei rețele arterio-venoase perineo-genitale, a unui echilibru hormonal hipotalamo-hipofizo-gonadic, a integrității morfofuncționale nervoase cerebro-medulo-ganglionare cu impregnare androgenică optimă și a unui echilibru psiho-afectiv corespunzător, iar pe de altă parte, este unul din cei mai fini și mai precoce predictorii ai riscului cardio-metabolic, neuro-endocrin sau de tulburare a relației emoționale din cadrul cuplului pe un eventual important fond anxios-depresiv, sau a unui consum inadecvat de medicamente.

Funcția sexuală masculină poate fi afectată și de expunerea cronică sau accidentală la unii poluanți din mediu. Prima evidențiere a disfuncției erectile (impotenței) ambietale (în relație cu expunerea profesională la un mediu nociv) apare într-un articol din BMJ din 1970, în legatură cu acțiunea prelungită a unor pesticide utilizate pentru agricultura intensivă. Era un studiu observațional, în care se semnala că, în acele condiții, 4 din 5 lucrători au acuzat diverse grade de disfuncție erectilă¹. Ulterior, jurnalele medicale de medicina sexualității, andrologie și urologie au publicat rezultatele unei serii întregi de studii experimentale și clinice despre disfuncția sexuală masculină ambietală în toate aspectele sale: socio-recreativ și/sau reproductiv²⁻⁴.

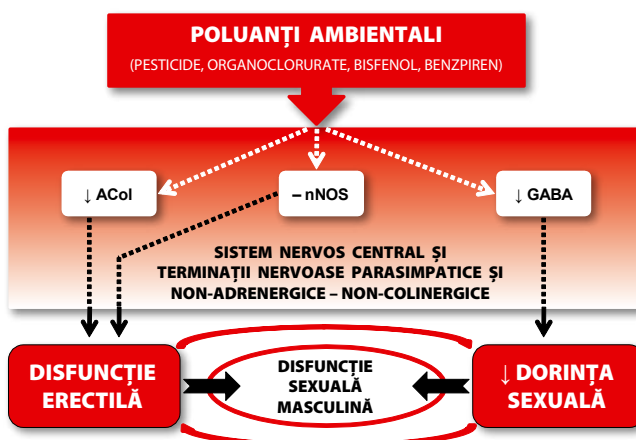


Fig. 1: Afectarea mecanismului nervos în disfuncția erectilă ambietală (ACol=acetilcolină; nNOS=nitric oxid sintetaza neuronală; GABA=acid gamaaminobutiric). Anumiți poluanți scad GABA în terminațiile nervoase parasimpatice, scad GABA în hipotalamus precum și NOS în terminații axonale de tip non-arenergic non-colinergic. Rezultă scăderea capacității erectile și a libidoului cu instalarea unei disfuncții sexuale.

Condițiile de mediu, care pot cauza disfuncție erectilă, trebuie dissociate de cauzele socio-habituale: abuzul alimentar, abuzul de alcool, consumul de tutun, stresul. În consecință, disfuncția erectilă ambientală se definește ca fiind o tulburare a funcției erectile apărută indisolubil ca urmare a expunerii prelungite, accidentale sau profesionale, la un factor din mediul înconjurător, altul decât cei habituali, demonstrat sau prezumptiv, cunoscut ca având potențial de alterare a mecanismelor componente ale răspunsului erectil⁵.

Substanțele specifice din mediul ambiental al bărbatului modern sunt capabile să tulbure principalele mecanisme fiziologice care concură la realizarea unei erecții performante din punctul de vedere al relației intime de cuplu:

- mecanismul nervos (**fig.1**): pesticide, organoclorurate, benzpiren, bisfenol A, etc.⁶⁻⁸
- mecanismul endotelio-vascular (**fig.2**): microparticule, mercur, etc.^{9,10}
- mecanismul endocrin: DDT, detergenți etoxilați, plumb, arsen etc.¹¹
- morfologia musculaturii netede cavernoase: hidrocarburi aromatice polihalogenate, etc.¹²

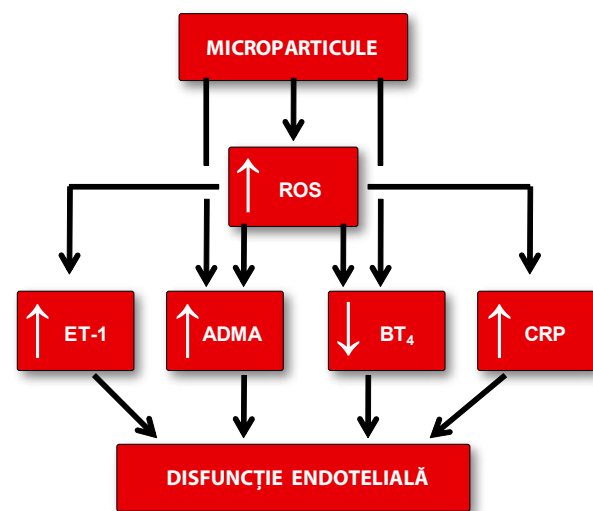


Fig. 2: Microparticulele poluante cresc stress-ul oxidativ, (ROS) ceea ce duce la creșterea activității endotelinei 1 (ET-1), a concentrațiilor de dimetil-arginină (ADMA) și de proteină C reactivă (CRP) și la scăderea tetrahidrobiopte-rinei (BT4). Toate acestea generează disfuncția endotelială la nivel general, inclusiv în sinusoidalele corpiilor cavernoși penieni (Schneider and Neas, 2008; modificat).

Ca urmare a acțiunii nocive a substanțelor ambientale, două mecanisme ale erecției, cel nervos și respectiv cel endotelial, devin neperformante prin alterări moleculare de tip mesagerial: nitrergic, colinergic și gabaergic. La nivel hormonal, poluanții cu rol de perturbatori endocrini scad nivelul seric și activitatea testosteronică. În fine, intramiocitar, filamentele de miozină și canalele de Ca suferă, de asemenea alterări morfologice.

Nivelul de afectare în disfuncția erectilă ambientală este tributar următoarelor două condiții:

1. Circumstanța expunerii.
2. Calitatea vieții și comorbiditățile.

Tabel 1. Circumstanța ocupațională a expunerii:

Implicarea	%
Producție	31
Vânzare	25
Tehnic	23
Administrație	21
Fermieri	49
Grăjdari	14
Pomicultori	8
Mecanici	23
Vopsitori	7
Tâmplari	5

Tab. 1: Prevalența DE la bărbații expuși profesional în funcție de locul de muncă și de meserie.

În primul caz, pentru unitatea de timp de expunere, prevalența disfuncției erectile scade odată cu îndepărtarea activității profesionale efective de sursă poluantă. Un studiu populațional, care a urmărit din acest punct de vedere mai multe categorii profesionale de angajați, a stabilit că, pe de o parte, riscul afectării erectile scade pe măsură ce personalul este mai puțin implicat în procesul industrial propriu-zis, iar pe de alta, în cazul unei substanțe definite (ex. Solvenți organici), riscul se corelează cu profesia și cu utilizarea substanței în cauză (**Tab. 1**)¹³.

Tabel 2. Scăderea frecvenței TPN la lucrătorii expuși la poluanți în funcție de starea clinică:

Stil de viață	Expuși (%)	Control (%)
Fumat curent	29.9	8.1
Alcool (>20 ml/zi)	28.6	11.3
Obezitate	14.4	4.2
Diabet zaharat	10.9	7.7
HTA	32.0	8.5
Coronaropatie	16.3	3.6
Medicație cronică	20.4	4.2

Tab. 2: Prevalența rării tumeferii peniene nocturne (TPN) la bărbații expuși poluării în funcție de obiceiuri de viață și de comorbidități.

În al doilea caz, atât obezitatea, consumul de tutun și abuzul de alcool, cât și stări clinice asociate ca diabetul zaharat, hipertensiunea arterială sau bolile cardiovasculare accentuează efectul nociv al poluanților asupra fiziologiei erectile (**Tab. 2**)¹⁴

B. Particularități ale unor poluanți potențial inductori de disfuncție erectilă

Bisfenolul A

Importanța bisfenolului A în ceea ce privește etiologia disfuncției erectile ambientală rezidă din larga răspândire a acestei substanțe cu potențial poluant. Bisfenolul A este un estrogen sintetic similar dietilstilbestrolului demonstrat ca având capacitatea să inducă, după expunere prelungită, perturbarea fiziologiei organelor sexuale masculine¹⁵. El rezultă în procese productive din industria maselor plastice, putând acționa nociv și după utilizarea prelungită a unor obiecte din plastic policarbonat (recipiente, rechizite, containere, ustensile, piele sintetică, etc.), rășini epoxidice, sau chiar unele materiale stomatologice.

Un studiu estimând prevalența disfuncției erectile ambientale după expunere la bisfenol A, a folosit ca și instrumente chestionare de auto-evaluare, demonstrând, de exemplu, că sunt afectate aproape toate domeniile Indexului Internațional al Funcției Erectile (IIEF): funcția erectilă (FE), funcția orgasmică (FO), dorința sexuală (SD) și satisfacția generală (OS)¹⁶.

Arsenul

Din punctul de vedere al riscului de disfuncție erectilă, după expunere prelungită la arsen există două aspecte care trebuie reținute. Primul este acela că acest metaloid este un perturbator endocrin capabil să afecteze atât mecanismul endocrin erectil, cât și fiziologia testiculară și funcția reproductivă. Se știe că după expunere cronică la arsen nivelul testosteronului seric scade semnificativ atât în ceea ce privește valoarea testosteronului total ($P < 0.009$), cât și cea a testosteronului liber ($P < 0.003$), fără a fi afectat nivelul globulinei transportoare ($P < 0.23$)¹⁷.

Al doilea aspect este legat de faptul că, în Europa cea mai extinsă regiune cu exces de arsen în apa subterană cuprinde estul Ungariei și Câmpia de Vest a României. În aceste zone, concentrația de arsen depășește limita maximă admisă de normele internaționale pentru apă potabilă. La propunerea Organizației Mondiale a Sănătății, o serie de state, printre care țările Uniunii Europene au redus această limită la 0,01 mg/L (10 ppb). În România, concentrațiile arsenului în unele ape subterane și mai puțin în apele de suprafață variază între 0,05 și 3,7 mg/L, depășind conținuturile maxime admisibile recomandate de standardele internaționale. Apele cele mai bogate în arsen din România au fost identificate până acum în zona Șaru Dornei (județul Suceava, în apropiere de Vatra

Dornei) și în Câmpia de Vest, această regiune reprezentând cea mai importantă zonă sub aspectul amenințărilor la adresa sănătății populației. Conform unui buletin informativ al guvernului României, pe arii extinse în județele Arad, Bihor și Timiș sunt prezente ape subterane cu concentrații mari de arsen¹⁸.

Plumbul

Este probabil unul din cei mai importanți agenți poluanți, cu risc sexologic ambivalent, atât de disfuncție erectilă cât și de afectare a vieții sexuale și reproductive masculine, pe de o parte prin sursele, încă, răspândite: procese industriale, instalații, baterii și acumulatori etc. și pe de altă parte printr-un potențial perturbator cvadruplu:

- endoteliopatie generală și cavernoasă prin creșterea semnificativă a stress-ului oxidativ ($P < 0.001$)⁵,
- alterarea stimulării nitricice endotelio-miocitare în corpul cavernos,
- teaurizare musculară netedă sincitială la nivel citosolic și mitocondrial,
- afectare testiculară, prostatică și seminală cu hipogonadism, oligo(asteno)spermie și alterare a unor proteine din lichidul seminal¹⁹.

În afara cauzatorilor de disfuncție erectilă ambientală detaliați mai sus, lista factorilor de mediu, care au fost studiați și dovediți că reprezintă elemente etiologice în patologia sexualității masculine este mult mai largă. Ea cuprinde încă destule produse sau substanțe întâlnite în industrie, agricultură și habitatul modern, ca de exemplu cadmiul și zincul¹⁹, clordanul și lindanul²⁰, disulfura de carbon²¹, pesticidele organoclorurate²² ș.a. Studii recente au descris poluanți organo - sau policlorurați (ex. diclorodifenil-dicloretilena, β -hexaclorociclohexanul etc.), care odată cu creșterea indicelui de masă corporală, a procentului de masă grasă și a adipozității viscerale, alterează și performanța erectilă, prin acumularea de celule grase la nivelul interstițiilor corpilor cavernosi²³.

În concluzie, disfuncția erectilă ambientală, ca entitate clinică și etiopatogenetică dovedită, demonstrează că lumea care ne înconjoară nu ne este mereu favorabilă. În ea nu neapărat respirăm întotdeauna ușor, viețuim lin sau iubim curat. Trăim într-un habitat cotidian care ne poate fie încânta, fie ucide. În bună măsură riscul depinde și de ce anume respirăm, ce anume bem, pe ce anume ne așternem și, mai ales, cât de mult ne preocupă acest aspect. Pentru că nimic din jurul nostru nu este mai bun sau mai limpede decât am fost noi înșine până în acel moment.

Bibliografie:

1. Espir MLE, Hall JW, Shireffs JG, Stevens DL. Impotence in farm workers using toxic chemicals. *BMJ* 1970;1:423-425. 2. Cheek AO, McLachlan JA. Environmental hormones and the male reproductive system. *J Androl* 1998;19(1):5-10. 3. Brien SE, Heaton JPW, Racz WJ, Adams MA. Effects of environmental anti-androgen on erectile function in an animal penile erection model. *J Urology* 2000;163(4):1315-1321. 4. Burnett AL. Environmental erectile dysfunction: Can the environment really be hazardous to your erectile health? *J Androl* 2008;29:229-236. 5. Anis TH, El Karasky A, Mostafa T et al. Chronic lead exposure may be associated with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2007;4:1428-1436. 6. Kamanyire R, Karaliedde L. Organophosphate toxicity and occupational exposure. *Occup Med* 2004;54:69-75. 7. Zhang H-M, Nie J-S, Wang F. Effects of Benzo[a]pyrene on autonomic nervous system coke oven workers. *J Occup Health* 2008;50:308-316. 8. Tang Y, Donnelly KC. Neurotoxicity of polycyclic aromatic hydrocarbons and simple chemical mixtures. *J Toxicol Environ Health* 2003;66:916-940. 9. Schneider A, Neas L. Endothelial Dysfunction: Associations with Exposure to Ambient Fine Particles. *Environ Health Perspect* 2008;116:1666-1674. 10. Valera B, Dewailly E, Poinier P. Environmental Mercury Exposure and Blood Pressure Among Nunavik Inuit Adults. *Hypertension* 2009;54(5):981-986. 11. Diamant-Kandarakis E et al. Endocrine-Disrupting Chemicals: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Rev* 2009;30(4):293-342. 12. Moon DG, Lee KC et al. Effect of TCDD on corpus cavernosum histology and smooth muscle physiology. *Int J Impot Res* 2004;16:224-230. 13. Oliva A, Giampà A, Mulligner L. Environmental Agents and Erectile Dysfunction: A Studied Consulting Population. *J Androl* 2002;23:546-550. 14. Vanhoorne M, Comhaire F, De Baquer D. Epidemiological study of the effects of carbon disulfide on male sexuality and reproduction. *Arch Environ Health* 1994;49:273-278. 15. Lee HJ, Chattopadhyay S, Gong EY, Ahn RS, Lee K. Antiandrogenic effects of bisphenol A and nonylphenol on the function of androgen receptor. *Toxicol Sci* 2003;75:40-46. 16. Li D, Zou Z, Qing D, He Y, et al. Exposure to Bisphenol-A (BPA) and the risk of Self-Reported Male Sexual Dysfunction. *Hum Reprod* 2009;10:1-9. 17. Hsieh F-I. Risk of Erectile Dysfunction Induced by Arsenic Exposure through Well Water Consumption. *Environ Health Perspect* 2008;116:532-36. 18. Negrea P, Baltacescu D and col. Studii privind contaminarea cu arsen a apelor subterane prin spectrometrie de absorbție atomică (HG-AAS). *Buletin AGIR* 2008;1-2. 19. Oldereid NB et al. Concentrations of lead, cadmium and zinc in the tissues of reproductive organs of men. *J Reprod Fert* 1993;99:421-425. 20. Huang D-J, Chen H-C. Effects of Chlordane and Lindane on Testosterone. *Int J Toxicol* 2004;23:91-95. 21. Vanhoorne M, Comhaire F, De Baquer D. Epidemiological study of the effects of carbon disulfide on male sexuality and reproduction. *Arch Environ Health*. 1994;49:273-278. 22. Polisky JY, Aronson KJ et al. Pesticides and Polychlorinated Biphenyls as Potential Risk Factors for Erectile Dysfunction. *J Androl* 2007;28:28-37. 23. Dirnck E, Jorens PG. Obesity and Persistent Organic Pollutants: Possible Obesogenic Effect of Organochlorine Pesticides and Polychlorinated Biphenyls. *Obesity* 2011;19:709-714.

CRONICĂ DE CONGRES: ESSM, MILANO, 2011

Cătălin Belinski – Secretar AMSR

Cel de-al 14-lea congres al ESSM (European Society for Sexual Medicine) s-a desfășurat în perioada 1-4 decembrie 2011 la Milano. Cele mai recente cunoștințe și inovații în domeniul medicinei sexualității au fost prezentate în cadrul acestui eveniment impresionant, atât din punct de vedere al participării cât și al conținutului științific extrem de bogat.



Helmut Porst, Președinte al ESSM

Atât comitetul științific cât și cel educațional au lucrat din greu mai multe luni să finalizeze programul ambițios al congresului. Programul congresului a cuprins aproape întreg domeniul medicinei sexualității începând cu ejacularea prematură și continuând cu topici “fierbinți” cum ar fi tratamentul de substituție hormonală la bărbați și la femei, HPV și vaccinarea specifică, cancerul de sân și impactul asupra sexualității la femei, sexualitatea la vârsta a treia.

Poate cea mai importantă inovație a acestui congres a fost cursul intitulat “ABC Master Course”, desfășurat de-a lungul a trei zile, fără taxă suplimentară

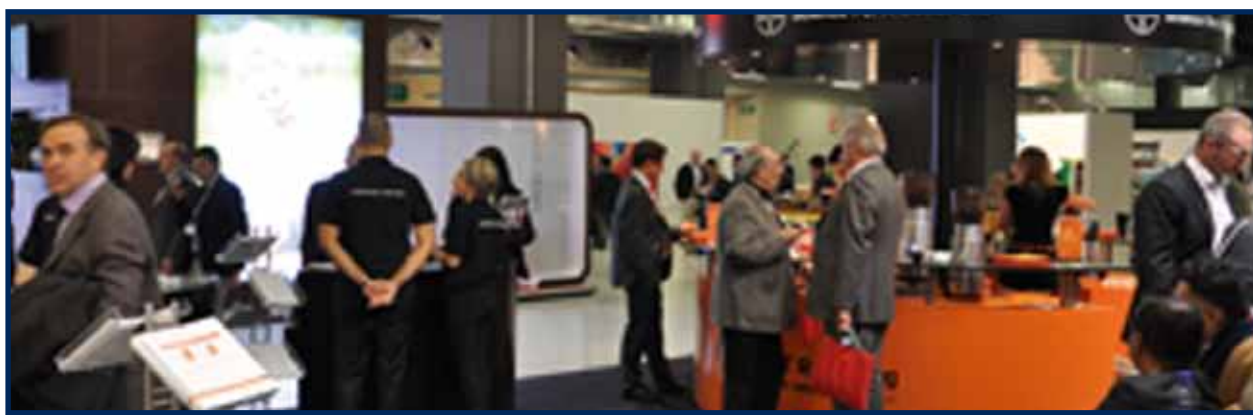


de participare. Cursul a incorporat aspecte diagnostice și terapeutice din toate câmpurile medicinei sexualității: urologie, endocrinologie, chirurgie, dermatologie, ginecologie, medicină generală, cardiologie, psihiatrie și nu în ultimul rând aspecte psihologice ale medicinei sexualității. El a fost dedicat “începătorilor” din domeniu, dar am remarcat prezența la curs a multor sexologi cu experiență dornici de un update bine documentat.

De ce participarea a meritat tot efortul depus?

Printre altele am urmărit:

- curs video live chirurgical (în dimineața zilei de 4 decembrie)
- 19 mese rotunde
- 6 Master lectures
- 10 cursuri instrucționale cu topici de maxim interes
- ABC Master Course
- numeroase prezentări ce au constituit tot atâtea update-uri din domeniul atât de complex al medicinei sexualității



Vorbind de oamenii ce muncesc în cadrul acestei societăți trebuie să amintim website-ul www.essm.org, rebranduit în 2010. El conține numeroase informații utile, dar și un update lunar al literaturii de specialitate conținând informații din peste 50 de reviste și jurnale andrologice, realizat de o personalitate în domeniu. Luna aceasta update-ul poartă semnătura președintelui ESSM, Dr. H. Porst.

Nu în ultimul rând pentru cei peste 1400 de participanți congresul a fost un bun prilej de a lega noi prietenii și a le confirma pe cele vechi, de a fi în mijlocul unor oameni ce au preocupări similare, din sisteme medicale diferite. Participanții nu au fost doar Europeni (cei mai mulți italieni, apoi greci, spanioli, francezi, turci), dar și din Asia, America, Australia și Africa, practic toate cele 5 continente având reprezentanți la cea mai mare și complexă conferință de medicina sexualității organizată la nivel mondial. Participarea românească a fost timidă în acest an atât din punct de vedere al lucrărilor prezentate dar și din punct de vedere al numărului de medici și psihologi prezenți la congres.

Ar mai fi de subliniat locația ce a găzduit congresul, centrul de congrese MiCo din Milano (în Milano există, de altfel 2!!! centre de congrese), impresionant din punct de vedere al resurselor organizatorice. Având încă speranța că la un moment dat în România va exista un centru decent de conferințe, vă invit să fiți alături de noi la cea de-a 12-a Conferință Națională a AMSR ce se va desfășura la București, în perioada 20-22 Aprilie 2012, la Hotelul Crown Piazza.



Următorul congres al ESSM va avea loc la Amsterdam, în perioada 6 – 9 decembrie 2012.

Save the date!

EUROPEAN SOCIETY
FOR SEXUAL MEDICINE



15th CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE

6 – 9 December 2012 > RAI Amsterdam Convention Centre, The Netherlands

www.essm.org



Hosted by: the Dutch Society for Sexual Medicine
Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties, WVSD

KEYS FROM KOLS: AGING MALE, TESTOSTERONE AND CARDIOVASCULAR DISEASE

Dr. Giovanni Corona - *Andrology and Sexual Medicine Unit Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Italy*
 Guilia Rastrelli - *Andrology and Sexual Medicine Unit Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Italy*
 Prof. Mario Maggi - *Andrology and Sexual Medicine Unit Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Italy*

Introduction

The world is progressively aging. Life expectancy has been increasing in Western European countries since 1950, whereas in Eastern European countries a decrease (currently about 6-7 years lower) (1) is predicted for 2020 (2). In all industrialized countries, men have lower life expectancy than women (1). Cardiovascular (CV) disease (CVD) remains the most important cause of death in the Western world. In all populations studied, CVD is more frequent and it has a greater lethality in men than in women. Different factors have been advocated to explain this gender difference. Excess male mortality can be partly explained by unhealthy behaviors (including cigarette smoking, alcohol abuse, etc.) that are more socially acceptable for men than women. In addition, the male tendency to minimize pain may also be reflected in lower engagement in preventive health care (3), with possible negative consequences on CV health. Sex hormones have been considered as another possible factor. The universal excess risk of coronary artery disease (CAD) in men coupled with the apparent loss of the female advantage in women who experience early menopause, and with the higher CV risk profile in women with hyperandrogenism, have all led to the hypothesis that the effects of endogenous estrogens and testosterone (T) are beneficial and harmful, respectively. On the contrary, growing data from recent epidemiological studies suggest a role for low T, rather than high I, in determining male morbidity and mortality (4).

Erectile dysfunction (ED) is now considered an early surrogate marker of forthcoming CVD (5-6). It has been hypothesized that ED becomes evident earlier than CVD because the smaller penile arteries reach critical narrowing, with insufficient blood flow, earlier than larger vessels (5). The recognition of ED, focusing attention on risk profile, could help in the prevention of CVD. Hence, ED subjects might be considered paradoxically "lucky" because they have the opportunity to screen for the ED-associated morbidities such as hypogonadism, metabolic syndrome, hypertension and silent CVD (7).

Testosterone decline in aging men

In contrast with menopause, occurring in women, in the male gonad, spermatogenesis and steroidogenesis do not abruptly stop and, in the large majority of cases, do not stop at all. Hence, an andro-pause does not exist (8). However, in the male, there is an age-related decline of testicular function, often concomitant to the gradual decline of many other physiological functions. Cross-sectional and longitudinal studies indicate that T production falls progressively with age and that a significant percentage of men over the age

of 60 have serum T levels below the lower limits of young adult men (9). Data from the European Male Aging Study (EMAS), a population based study involving more than 3,000 subjects from 8 European centers (including Florence), showed an unadjusted annual age trend for total T of 0.04 nmol/L/year (9). The terms "testosterone deficiency syndrome" (IDS) or "late onset hypogonadism" (LOH) have been used to describe this phenomenon (10). More recent data, obtained from the same EMAS population, demonstrated that the symptoms most associated with male hypogonadism are low libido, ED, and decreased nocturnal erection (11). Also other manifestations are usually associated with TDS (decreased muscle mass and strength, increased body fat, decreased bone mineral density and osteoporosis, decreased vitality and depressed mood) but they seem less predictive of TDS. In fact, many of the latter signs and symptoms are non-specific, since they are also characteristic of the aging process per se. Sexual functioning itself is characterized by a natural, age-related decline, first described in the pioneering work of Kinsey (12), reporting that the frequency of intercourse decreased from an average of once weekly at age 65 to once every 10 weeks at the age of 80 (12), and then confirmed by more recent studies (13). Data deriving from our population of ED subjects demonstrated that, after splitting the sample according to body mass index classes (normal weight = 18.5-24.9 kg/m², overweight=25.0-29.9 kg/m², obesity= 30.0-39.9 kg/m², severe obesity ≥40.0 kg/m²), the relationship between age and T decline retains significance only in leaner subjects (13). Conversely, in obese individuals, an increase in fat mass, together with the senescence process per se, is the main determinant of the androgen deficiency that occurs quite often in aging subjects (13). Similar results were obtained in the EMAS survey (9). Hence, more than andropause, what is really going on in the male is a lean-pause.

Testosterone and CVD

• Testosterone and CVD morbidity

Studies on the role of T as a predictor of CVD in men are controversial. A recent meta-analysis of the available longitudinal studies found a relationship between T and CVD (incidence/mortality) in elderly men but not in middle-aged men (14).

Data concerning the relationship between T levels and CAD are scanty (4). Phillips et al., first reported an inverse relationship between free T levels and the degree of CAD in a series of subjects undergoing coronary angiography. Similar results were confirmed thereafter by Zhao et al. (4). Conversely, conflicting results have been reported in cross-sectional studies, comparing subjects with CAD to healthy controls (4). English et al. observed lower levels of T men with CAD, as compared to matched controls with normal coronary angiography (4).

Similar data have been thereafter reported by Rosario et al. (4). Only few studies have evaluated the relationship between serum T levels and stroke. In a case-control study Jeppensen et al., found that both total and free T levels were inversely associated with stroke severity and 6-month mortality while total T was inversely associated with infarct size (4). In line with these results the Health In Men study, a large population-based study of elderly men showed that lower total T levels predict increased incidence of stroke or transient ischemic attack (4). Other CVD have been associated with low T. In particular, it was found that men with abdominal aortic aneurysm have reduced T levels suggesting that T may be involved in arterial dilatation as well as occlusive vascular diseases in elderly men (4).

Despite the above evidence some Authors did not report any association between T levels and CV morbidity, after adjusting for confounders (4).

- Testosterone and CVD mortality

Low T has been associated with an increased mortality in patients affected by specific diseases, such as hypopituitarism, Klinefelter's syndrome, mental retardation, and in specific populations, such as Veterans and Japanese men with at least one CV factor (4). However, some population-based studies have not shown any significant association between low total T and major adverse cardiovascular event (MACE) mortality (4). In one study low free T levels were even associated with a 55% reduction in risk for ischemic heart diseases (4). Conversely, data from the EPIC-Norfolk prospective study suggested an inverse relationship between serum total T and both all cause and MACE mortality (4). Similar results have been more recently reported by Laughlin et al., in the Rancho Bernardo Study, by Haring et al., in the population-based Study of Health in Pomerania, and in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (4). Furthermore, some studies have reported an association between low T and cerebrovascular mortality (4). Information on the relationship between CVD and T can be derived also from studies in subjects with prostate cancer. During androgen deprivation therapy (ADT), cardiovascular risk is increased (15). In a recent study, the use of short-course neoadjuvant ADT before brachytherapy was associated with an increased risk of mortality in men with a pre-existing history of myocardial infarction or stroke (16).

- Testosterone and CVD morbidity and mortality in ED subjects

Patients with ED can be considered subjects at high risk for CVD and for hypogonadism. We recently reported results from an observational prospective cohort study, involving a consecutive series of almost 1700 ED subjects, with a 8-year follow-up. We showed that severe ED and reduced penile blood flow almost double the risk of MACE, even after adjusting for age and comorbidities (6). Furthermore, we investigated also the association between baseline

testosterone levels and forthcoming MACE (17). We found that low testosterone, even in the overt hypogonadal range (below 8 nmoles/L), was not predictive of MACE, while we described a clear association between overt hypogonadism and/or hypogonadal symptoms and MACE mortality. More recently, we extended the observation up to ten years (4), substantially confirming these previous results. Interestingly, recent results from the same cohort of patients demonstrated an association between low T levels and incident MACE, which is significant when normal weight patients were considered, but not in overweight-obese patients (18).

Conclusions

Although a true andro-pause does not exist, an age-related decline in T levels occurs in many men. The association between low T and CV mortality is emerging. Despite this evidence, it is not apparent which one is the cause and which one the consequence. While low T could contribute to the pathogenesis of CVD, the reverse is also possible. It can be speculated that obesity-associated hypogonadism is an adaptive mechanism. In fact, we cannot exclude the possibility that low T, as observed in obesity or other chronic diseases, has a protective role by turning off T-dependent functions (such as reproduction and physical labor), that are not desirable when the physical condition is ailing. In the former case, T replacement therapy is recommended, whereas in the latter it is to be avoided.

References

1. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp/>; 2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504; 3. Tudver F, Talbot Y. Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behaviour in men. *J Fam Pract* 1999; 48:47-52; 4. Corona R, Rastrelli O, Vignozzi L, Mannucci E, Vlaggi M. Testosterone, cardiovascular disease and the metabolic syndrome. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2011; 25:337-353; 5. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Salonia A, Briganti A, Verba JP, Montorsi F. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease: matching the right target with the right test in the right patient. *Eur Urol* 2006; 50:721-731; 6. Corona G, Monami M, Boddì V, Cameron-Smith M, Lotti F, de Vita O, Melani C, Balzi O, Storza A, Fort G, Mannucci E, Maggi M. Male sexuality and cardiovascular risk: A cohort study in patients with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7:1918-1927; 7. Corona G, Forti G, Maggi M. Why can patients with erectile dysfunction be considered lucky? The association with testosterone deficiency and metabolic syndrome. *Aging Male* 2008; 11:193-199; 8. Maggi M. Gender differences mirrored: andro-pause, a palindromic meno-pause or just a lean pause? *J Sex Med* 2008; 5:2243-2245; 9. Wu FC, Tajar A, Pye SR, Siltman AJ, Finn JO, O'Neill TW, Bartfai O, Casanueva F, Forti G, Giwercman A, Huhtaniemi IT, Kula K, Punab M, Boonen S, Vanderschueren D; European Male Aging Study Group. Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European Male Aging Study. *J Clin Endocrinol and Metab* 2008; 93:2737-2745; 10. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ, Kaufman JM, Legros JJ, Lutenfeld B, Morales A, Morley JE, Schulman C, Thompson IM, Weidner W, Wu FC. Investigation, Treatment, and Monitoring of Late-Onset Hypogonadism in Males: ISA, ISSAM, EAU, EM, and ASA Recommendations. *Eur Urol* 2009; 55:121-130; 11. Wu FC, Tajar A, Beynon JM, Pye SR, Gilman AJ, Finn JD, O'Neill TW, Bartfai G, Casanueva FF, Fort G, Giwercman A, Han TS, Kula K, Lean ME, Pendleton N, Punab M, Boonen S, Vanderschueren O, Labrie F, Huhtaniemi IT; EMAS Group. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *N Engl J Med* 2010 8; 363:123-135; 12. Kinsey AC, Pomeroy WB. Sexual behaviour in the human male. Philadelphia 1948: WB Saunders & Co; 13. Corona G, Rastrelli O, Ricca V, Maggi M. Testosterone deficiency in the aging male and its relationship with sexual dysfunction and cardiovascular diseases. *Horm Mol Biol Clin Invest*, in press; 14. Ruige JB, Mahmoud AM, De Bacquer O, Kaufman JM. Endogenous testosterone and cardiovascular disease in healthy men: a meta-analysis. *Heart* 2010 Dec 21 [Epub ahead of print]; 15. Sharifi N, Gulley JL, Dahut WL. An update on androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Endocr Relat Cancer* 2010; 17:305-315; 16. Hayes JH, Chen MH, Moran BJ, Braccioforte MH, Dosoretz DE, Salenius S, Katin MJ, Ross R, Choueiri TK, D'Annico AV. Androgen-suppression therapy for prostate cancer and the risk of death in men with a history of myocardial infarction or stroke. *BJU Int* 2010; 106:979-985; 17. Corona G, Monami M, Boddì V, Cameron-Smith M, Fisher AD, de Vita O, Melani C, Balzi O, Storza A, Fort G, Mannucci E, Maggi M. Low testosterone is associated with an increased risk of MACE lethality in subjects with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7:1557-1564; 18. Corona O, Rastrelli G, Monami M, Storza A, Forti G, Mannucci E, Maggi M. Body mass index regulates hypogonadism-associated CV risk: results from a cohort of subjects with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2011 May 11. doi: 10.1111/14743-6109.2011.02292.x. [Epub ahead of print].

Preluare ESSM Newsletter: ESSMToday, Issue 23 – July 2011

Viața fără disfuncție erectilă?

- Cialis® redă încrederea în sine și spontaneitatea actului sexual¹
- Eficacitate și fermitate a erecției nedepășite²
- Eficacitate inegalabilă de până la 36 de ore³
- Bărbații și partenerele lor preferă Cialis®²



RO C-343 08 Rev 034
Iunie 2008

1. Dean J, et al. Psychosocial Outcomes and Drug Attributes Affecting Treatment Choice in Men Receiving Sildenafil Citrate and Tadalafil for the Treatment of Erectile Dysfunction: Results of a Multicenter, Randomized, Open-Label, Crossover Study. *J Sex Med* 2006;3:650-661.
2. Eardley I, Mirone V, Montorsi F, et al. An open-label, multicentre, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. *Br J Urol Int* 2005;96:1323-1332.
3. Carson CC, Rajfer J, Eardley I, et al. The efficacy and safety of tadalafil: an update. *BJU Int* 2004;93:1276-81.



Mai aproape de o viață fără DE

Medicina sexualității – AGENDA 2012

8th European Breast Cancer Conference (EBCC-8)

Perioada: 21-24 martie 2012

Locația: Viena, Austria

Website: <http://www.ecco-org.eu/sitecore/content/Home/Conferences/Conferences/EBCC>

Contact: michel.ballieu@ecco-org.eu

2nd Latin America Congress on Contraversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy)

Perioada: 22-25 martie 2012

Locația: Rio de Janeiro, Brazilia

Website: <http://www.codhy.com/LA/2012/>

Contact: info@comtecmed.com

100th Annual Meeting of the Japanese Urological Association

Perioada: 21-24 aprilie 2012

Locația: Yokohama, Japonia

Website: www.urol.or.jp/en/greeting.html

Contact: jpurol@mb.infoweb.ne.jp

Al 16-lea Congres Mondial cu tema "Controverse în Obstetrică, Ginecologie și Infertilitate (COGI)

Perioada: 19-22 Iulie 2012

Locația: Singapore

Website: <http://www.congressmed.com/cogi16/>

Contact: cogi16@congressmed.com

SGI 2012 Annual Scientific Meeting – Improving Women's Health through Personalized Medicine

Perioada: 21-24 martie 2012

Locația: San Diego, California USA

Website: <http://www.sgionline.org/>

Contact: sgjava@aol.com

9th European Congress on Menopause and Andropause – EMAS 2012

Perioada: 28-31 martie 2012

Locația: Atena, Grecia

Website: <http://www2.kenes.com/emas/pages/home.aspx>

Contact: emas@kenes.com

15th International Congress of Endocrinology and 14th European Congress of Endocrinology

Perioada: 5-9 mai 2012

Locația: Florența, Italia

Website: <http://www.ice-ece2012.com/>

Contact: ice-ece2012@bioscientifica.com

22nd European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)

Perioada: 09-12 mai 2012

Locația: Tallinn, Estonia

Website: <http://www.ebcog.org/>

The 15th Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI)

Perioada: 10-13 mai 2012

Locația: Barcelona, Spania

Website: <http://www.congressmed.com/cogichina/>

Contact: bmjd@congressmed.com

The American Urological Association Annual Meeting

Perioada: 19-23 mai 2012

Locația: Atlanta, GA USA

Website: <http://www.aua2012.org>

Contact: Registration@AUAnet.org

Al 38-lea Congres Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Perioada: 23-26 mai 2012

Locația: Sibiu, România

Website: <http://www.soc-rom-diabet.ro/manifestari.php>

Contact: office@congress-master.ro

12th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health

Perioada: 20-23 iunie 2012

Locația: Atena, Grecia

Website: <http://www.escrh.eu/>

Contact: info@escrh.eu

15th Congress of European Society for Sexual Medicine

Perioada: 6-9 decembrie 2012

Locația: Amsterdam

Website: www.essm.org

A XII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității

Perioada: 20-22 aprilie 2012

Locația: București, România

Website: <http://www.amsr.ro/>



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE

A XII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu Participare Internațională

Al VII-lea Summit Euroasiatic de Andrologie – Secțiune paralelă –

**20-22 APRILIE 2012,
HOTEL CAPITAL PLAZA,
BUCUREȘTI**



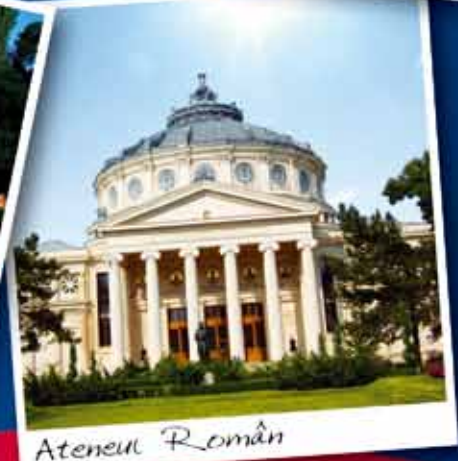
Pasajul Basarab



Arcul de Triumf



Parcul Herăstrău



Ateneul Român

Sponsori



Parteneri





Invitație AMSR 2012

Președintele conferinței A.M.S.R. 2012: Dr. Cătălin Belinski.

Locul de desfășurare: Hotel Capital Plaza, Bd. Iancu de Hunedoara nr. 54, Sector 1, București

TEMATICĂ:

Disfuncții Sexuale Masculine (DSM)

- Cercetări preclinice
- Probleme psihosexuale și controlul acestora
- Epidemiologia DE și factori de risc
- DE și stilul de viață
- DE conservativă / Tratamentul medical
- Tratament chirurgical al DE
- Tratamentul cancerului de prostată și de reabilitarea funcției sexuale
- Boala Peyronie
- Anomaliile congenitale peniene
- Tulburări rare ale penisului (priapism, cancer de penis, leziuni ale pielii)
- Chirurgie reconstructivă genitală
- Tulburări de ejaculare și de orgasm
- Prostata și sănătatea sexuală masculină
- Hormonii și sănătatea sexuală masculină
- Homosexualitate și tulburări de identitate sexuală
- Boli cu transmitere sexuală (BTS)



Disfuncții Sexuale Feminine (DSF)

- Cercetări preclinice
- Epidemiologie și factori de risc
- Chirurgie urogenitală și sănătatea sexuală la femei
- Probleme culturale și religioase
- Tulburări de libidou, de excitare și de orgasm
- Sindrom al durerii pelviane / genitale și disfuncții sexuale feminine
- Infecții urogenitale recurente
- Hormonii și sănătatea sexuală a femeii
- Cancer (Sân, Uter)
- DSM și sănătatea sexuală a femeilor
- Chirurgie plastică genitală și sănătatea sexuală la femei
- Incontinența și viața sexuală
- Viața sexuală la femeile în vârstă
- Tratamente medicale pentru DSF
- Intervenții psihosexuale în DSF
- Contracepție, sarcină și sex
- Manifestarea BTS la femei – (BTS - Bolile cu transmitere sexuală)
- Comerțul și sexualitatea feminină



PROGRAM PRELIMINAR:

Vineri, 20 aprilie 2012

08.00 – 12.00 Pregătire EXPO

Primirea și înregistrarea participanților

Sala A

12.00 – 15.30 Disfuncții sexuale masculine

15.30 – 16.00 **Pauză de cafea**

16.00 – 18.00 Disfuncții sexuale masculine

18.00 – 18.30 Deschiderea oficială a lucrărilor

18.30 – 19.00 Conferința președintelui *Dr. Belinski Cătălin*

Sala B

15.00 – 19.00 Secțiune pentru farmaciști

Sâmbătă, 21 aprilie 2012

Sala A

08.00 – 08.30 Sinteza zilei

08.30 – 10.30 Comunicări – sesiune

10.30 – 11.00 **Pauză de cafea**

11.00 – 12.00 Conferință ESSM

12.00 – 13.00 Simpozion satelit

13.00 – 14.00 **Dejun**

14.00 – 15.00 Conferință invitată Societate afiliată ESSM

15.00 – 16.30 Disfuncții sexuale feminine

16.30 – 17.00 Pauză de cafea

17.00 – 19.00 Disfuncții sexuale feminine

Sala B

08.30 – 18.30 **Al VII-lea Summit Euroasiatic de Andrologie**

Duminică, 22 aprilie 2012

08.00 – 09.00 Sinteza zilei

09.00 – 10.00 Adunarea generală A.M.S.R.

10.00 – 11.00 Comunicări

11.00 – 11.30 **Pauză de cafea**

11.30 – 13.30 Atelier interactiv

13.30 – 14.00 Concluzii, mesaje

Decernarea premiilor

Închiderea Conferinței

STRUCTURĂ EVENIMENT:

- Întâlnirea cu experții
- Mese rotunde
- Ateliere interactive
- State of the art lectures
- Postere științifice
- Simpozioane satelit
- Conferințe invitate – ale ESSM, ale Societăților afiliate, etc.
- Secțiune farmaciști
- Al VII-lea Summit Euroasiatic de Andrologie, secțiune paralelă

INFORMAȚII UTILE:

Lucrările științifice vor fi prezentate sub formă de POSTER – format A0 (841x1189 mm).

Acestea vor fi jurizate de o comisie care va acorda “Premiul Eusebiu Zbranca” pentru cea mai interesantă comunicare. Rezumatele lucrărilor vor avea următoarea structură: titlu, autor/autori, afilierea profesională, rezumat în limba română și în limba engleză, maxim 250 cuvinte, fără prescurtări neexplicate, fără figuri sau tabele, font: Arial 12.

Manifestarea va fi creditată de Colegiul Medicilor cu credite EMC.

Taxe de participare	Până pe 9 aprilie	10 aprilie /On site
Membri AMSR cu cotizația platită/2011	350 lei	450 lei
Medici specialiști, Psihologi	450 lei	600 lei
Medici de familie	350 lei	450 lei
Rezidenți*	250 lei	300 lei
Studenti**	200 lei	200 lei
Medici seniori	300 lei	300 lei
Însoțitori	300 lei	300 lei

*În baza documentelor care atestă acest statut, vizate la zi;

**La facultăți de medicină sau psihologie, în baza carnetului de student vizat la zi.

CONTACT:

office@amsr.ro

Camelia Lățea +40 21 252 6553

Integrator de servicii:

Vantour

Tel: +40 21 210 5570;

Fax: +40 21 210 1529

DATE IMPORTANTE:

31 MARTIE - data limită de transmitere a rezumatelor

9 APRILIE - data limită de transmitere a formularului de înscriere și a taxei de participare

15 APRILIE - comunicarea programului final pe www.amsr.ro

Formular de înscriere disponibil pe www.amsr.ro

NEBIDO®



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Terapia cu testosteron - reducerea rezistenței la insulină și îmbunătățirea controlului glicemic²

Nou

Nebido® (testosteron undecanoat)
O singură administrare menține nivelul optim al testosteronului până la 14 săptămâni*

* 4 injecții pe an mențin de obicei nivelul fiziologic al testosteronului

Bibliografie

1. D Kappor^{1,3}, E Goodwin¹, K S Chanter² and T H Jones : Testosterone replacement therapy improves insulin resistance, glycaemic control, visceral adiposity and hypercholesterolaemia in hypogonadal men with type 2 diabetes: European Journal of Endocrinology (2006) 154: 899-906
2. Nebido Product Monography

Denumirea comercială: Nebido 1000 mg/4 ml soluție injectabilă. **Compoziția:** Un ml soluție injectabilă conține testosteron 157,9 mg sub formă de undecanoat de testosteron 250 mg. **Indicații:** Terapia de substituție cu testosteron pentru hipogonadismul masculin, după confirmarea deficienței de testosteron în urma examinării clinice și testelor biochimice. **Contraindicații:** Utilizarea Nebido este contraindicată în: carcinoamele androgen-dependente de prostată sau de glandă mamară a bărbatului; tumori hepatice actuale sau în antecedente; hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Reacții adverse:** Cea mai frecventă reacție adversă observată a fost durerea la locul injecției (10%). Următoarele reacții adverse au fost raportate în studiile clinice ca având o posibilă legătură cu Nebido (conform sistemului de clasificare HARTS Body System and Dictionary Term): Frecvent* (>1/100, <1/10): diaree, dureri la nivelul membrilor inferioare, artralgii, amețeli, hipersudorație, cefalee, tulburări respiratorii, acnee, dureri mamare, ginecomastie, prurit, tulburări cutanate, dureri testiculare, tulburări prostatice, hematoame subcutanate la locul injecției. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** Schering AG, Müllerstrasse 178, D-13342, Berlin, Germania.
Nebido se eliberează numai cu prescripție medicală. Pentru informații complete consultați Sumarul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.



Din nou în formă