



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

Asociația noastră – A.M.S.R., ce navighează de peste un deceniu, aparent contra curentului socioprofesional și intercolegial – a ajuns în 2011. Cine credea?!

Anul acesta Conferința A.M.S.R. are loc la Cluj Napoca și este pentru prima dată că un asemenea eveniment cu o asemenea problematică sosește în milenara urbe de pe Someș.

Această premieră corespunde cu intrarea în al doilea deceniu de activitate al A.M.S.R.

Cu ce trece asociația în această nouă decadă?

Proiectele vechi:

- » www.amsr.ro
- » www.sansex.ro
- » Conferința ESSM – ediția a VI-a
- » Conferința Societății afiliate ESSM – ediția a III-a
- » Secțiunea Experților – ediția a VIII-a
- » Cursurile paralele – ediția a II-a
- » Premiul A.M.S.R. pentru cea mai interesantă lucrare științifică – ediția a XI-a
- » Medicina Sexualității Info – al VI-lea an de apariție.

Care sunt noutățile din acest an?

» Medicina Sexualității Info a aplicat și obținut ISSN, astfel că din 2011 toate contribuțiile științifice ale dumneavoastră vor avea altă valoare

» Premiul A.M.S.R. va purta numele unui mare sprijinitor al Sexologiei și al Asociației, Dl. Prof. Dr. EUSEBIU ZBRANCA, plecat dintre noi în 2010.

La răscruce de decenii trebuie să menționăm și o mare nerealizare anuală a Asociației: plata cotizației anuale a celor care cândva au făcut o cerere de adeziune. Unii dintre membrii Asociației și-au pierdut entuziasmul și interesul sau au crezut altceva și ca urmare au uitat să țină legătura cu A.M.S.R.

Ce vom face?! Ce se face uneori primăvara: curățenie pornind de la 3 ani neplătiți consecutivi 2008/2009/2010. Mai întâi vă vom informa, iar apoi vom elimina pentru a face loc interesaiților.

Sunt convins că A.M.S.R.-ul clujan va fi o nouă realizare profesională de excepție pentru toți cei interesați de activitatea noastră.

Nicolae Calomfirescu

Președinte A.M.S.R.

CUPRINS

Editorial	pag	3
Quo vadis Sexologia	pag	4
In Memoriam Eusebie Zbranca	pag	6
Nevoia de a face lucrurile diferit din perspectiva comunicării	pag	7
Eveniment – A XI-a Conferință Națională de Medicina Sexualității	pag	9
Rezumatele lucrărilor	pag	11
Indexul alfabetic al autorilor	pag	46
Invitație – AMSR 2012	pag	47

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

Quo vadis Sexualitate?



Botaș Daniela

Psiholog Specialist Clinician
Master sexologie UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca
Formare Hipnoterapie Ericksoniana
Membra AMSR, EAU, APR, COPSI

Cabinet Individual de Psihologie
Deva, str. 22 Decembrie, bl. D2, parter, cabinet nr. 11
danabotas@yahoo.com
www.dpsihologie.uv.ro
Tel. 0730.549.623

Liniștea adâncă și plăcută este tulburată brusc de un zgomot iritant care pare să nu se mai oprească. Da, începe o nouă zi, o nouă zi de muncă, cu alergare, stres, discuții contradictorii, știri din presă care anunță vremuri tot mai tulburi, emisiuni televizate de mare succes care se bazează pe ceea ce Fănuș Neagu numea sec "*setea de mizeria altora*"

apoi preocuparea față de copii, care vin de la școală cu reclamații din partea profesorilor, și, în sfârșit, ziua se apropie de momentul închiderii obloanelor; dar televizorul, ca un magnet uriaș, atrage atenția asupra scumpirilor cu orice preț, care încurajează cele mai joase, cele mai reprobabile apucături umane, posturi tv. care trăiesc din catastrofism, imoralitate, sânge.

În fine, te întorci cu fața spre soție și privești cum deja a adormit; e o ora târzie în noapte; ce ai omis să mai faci? A fost o zi plină, urmează alta aproape la fel. Totuși, ceva lipsește, dar ce? Adormi cu întrebarea "*ce mai era de făcut?*" și inconștientul tău te mângâie și te răsfăță cu descărcări neuronale oferindu-ți momente minunate de erotism oniric.

Oare unde se rezonează sexualitatea în astfel de cazuri, pe ce treaptă a piramidei vieții cotidiene?

Green spunea "*să faci din fiecare zi o viață cât mai completă cu putință*", dar oare este cu putință?

Rata natalității a scăzut înspăimântător, media de vârstă la care tinerii se decid să legalizeze o familie a crescut, împingând decizia de a avea un copil până la o vârstă după care nu-ți mai permite nici timpul, nici parametrii fiziologici de sănătate să mai concepi un al doilea.

Asistăm zilnic la schimbări tot mai profunde de structură și dinamică socială, care cer eforturi de adaptare și integrare a individului la nou, un nou care conduce la deprecierea valorilor tradiționale și înlocuirea personalității individului cu cea a maselor, un fel de depersonalizare care se manifestă prin forme noi de atitudini, mentalitate, conduită.

Una dintre direcțiile în care se manifestă această "*nouă ordine socială*" este cea care privește atitudinile și conduitele erotico-sexuale.

Descrierea făcută în partea introductivă, ce presupune derularea unei secvențe dintr-o zi obișnuită din viața unui cuplu, obligă la discutarea aspectelor legate de psihosexologia cuplului și a situațiilor de criză ale acestuia. De aici se poate extrapola: situațiile de criză ale cuplului contemporan sunt vene colaterale alimentate de marea circulație a crizei naționale din sistemul global.

În societatea modernă, contemporană, cuplul se întemeiază pe interese și din ce în ce mai puțin pe iubire. Credeți că astfel criza mondială afectează în vreun fel sexualitatea individului? Mai este individul interesat de sexualitate sau este focalizat pe condiția existenței sale și a familiei?

Sexualitatea este parte fundamentală a comportamentului uman. Practica a demonstrat că indiferent de starea de sănătate biologică și mentală sau a devenirii sale socio-profesionale, individul nu se simte desăvârșit pe plan intim decât dacă beneficiază de o funcție sexuală normală, neîmplinirile pe plan sexual generând un sentiment de frustrare care se răsfânce asupra întregii sale personalități.

Ca să obțină aceste împliniri, individul, societatea au nevoie de echilibru moral, material, spiritual, social, să nu-i fie atacate zidurile de siguranță materială, profesională, de relaționare interpersonală. Fapt ce acum se întâmplă. Crescând rata șomajului, indiferent de poziția socială ocupată, individul gândește la consecințe, cogniții care amestecă și mai mult piesele din puzzle-ul vieții liniștite, încât interesul pentru afectivitate, sexualitate este mai greu de găsit.

Dacă pastilele salvatoare care scoteau bărbatul pe moment, din impas - Viagra, Cialis, Levitra - au fost căutate pe piața farmaceutică pentru că individul mai punea preț și valoriza erotismul personal, acum

vânzarea lor a scăzut la jumătate. Oare bărbatul a devenit mai potent, s-a eliberat de toate inhibițiile sexuale, de anxietatea de performanță, sau este o alta realitate - a devenit mai lipsit de interes sexual, scăzându-i libidoul, valorizând mai mult condiția existențială decât cea de satisfacție erotică (sexuală).

Teoria psihanalitică a lui Freud descrie existența pulsioniilor sexuale primare, care refulate, la un moment dat trebuie să se exteriorizeze, cautând diferite căi pentru a erupe, pentru a se manifesta. Astfel, conduitele sexuale normate de valorile cultural-morale și religioase au degenerat în conduite pur instinctuale, evoluând spre manifestări de tip exhibiționist, conduite de violență sexuală și perversiuni.

În etapele de trecere a omului de la barbarie la civilizație, B. Malinowski spunea *“cultura începe cu reprimarea instinctelor”*. Astăzi am putea spune că *“eliberarea instinctelor este dată de absența valorilor culturale, morale și religioase în formarea omului”* cu coparticiparea situației de criză cu care se confruntă societatea modernă.

Ideea de societate democratică este percepută în mod eronat – libertatea este înlocuită cu eliberarea, iar responsabilitatea este privită ca o interdicție la care trebuie să se renunțe. Raporturile dintre membrii cuplului conjugal sunt astăzi bazate pe libertatea de acțiune individuală, a fiecăruia dintre ei, fapt care înlocuiește raporturile de încredere și responsabilitate tradiționale.

Din punct de vedere psihologic, sexual, dar și moral, tineretul care se pregătește să-și întemeieze o familie este complet nepregătit. Este prea imatur afectiv și primitiv instinctual pentru a putea prelua responsabilitatea întemeierii unei familii și a menținerii ei.

O viață liberă, lipsită de responsabilități, este preferată unei vieți de familie care impune rigori. Astfel, eliberarea sexuală a individului din constrângerile morale ale unei familii deplasează sexualitatea de cuplu la o sexualitate deschisă, libertină, degradată. Degradată în ce manieră? – o întreagă industrie erotică este răspândită în diferite moduri care întreține o tensiune erotico-sexuală provocatoare, cu efecte negative în mentalitatea, atitudinile, imaginea și conduitele sexuale ale individului, neconștientizată.

Societatea actuală cultivă și promovează imaginea sexuală în locul afectivității. Astfel, noua revoluție sexuală se asociază cu consumul de droguri, violența, delincvența, prostituție, dezinteres pentru muncă, ducând toate la pierderea sensului vieții.

Educația sexuală a tineretului este manipulată prin diferite programe tv, mass-media specializată în acest sens - ziare, reviste, linia-erotică, CD-uri, etc.

Alături de anunțul din presă care informează despre scumpirile iminente, despre situația critică economică, sau alături de rezultatele unor competiții sportive, apare provocator profilul senzual și sexi al fetei de la pagina x sau fata care prezintă prognoza meteo pentru toată săptămâna, într-o ținută intimă sumară, chiar dacă va fi ger sau soare.

Agresionând sistemul vizual zilnic cu asemenea imagini provocatoare, se deteriorează acea undă de mister, de curiozitate masculină. Dorința sexuală apare în creier mai mult decât în corp și poate progresa către excitația sexuală fără a mai impune altă stimulare fizică sau mentală. Materialul erotic vizual explicit sau scris reprezintă o sursă de stimulare erotică, dar expunerea la acest material crește tendința de activitate sexuală timp de 1-2 zile după care intervine un grad de saturație care reduce interesul pentru aceasta.

Conduitele sexuale devin în aceste condiții forme de manifestare colectivă exprimată prin moduri de manifestare simbolică a sexualității, prin participări colective la festivaluri de muzică ritmică ce favorizează descărcarea pulsională, asocierea în grupuri mai izolate care au la bază pulsioni erotici-sexuale sau instinctuale de altă factură – toxicomani, sataniști, delincvenți, ce promovează conduite de violență, componenta sexuală fiind puternic reprezentată. De asemenea, violența sexuală în grup, perversiuni sexuale devenite “la modă”, - homosexualitatea sau lesbianismul, sau existența unor instituții cu profil erotico-sexual de tipul cluburilor erotice.

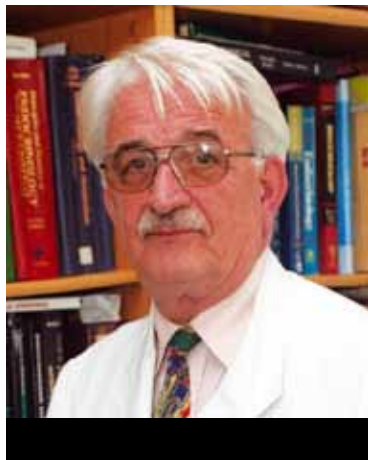
Mecanismul psihologic ce stă la baza conduitelor erotico-sexuale colective este reprezentat de imitație, inducția sugestivă negativă, pe fondul unor curențe educaționale și informaționale, pe un teren psihologic imatur din punct de vedere emoțional-afectiv, poate al unei situații oedipiene nerezolvate.

Consecințele acestor manifestări rezultate din noua revoluție sexuală se vor vedea în viitor. Ele vor afecta în mod negativ societatea, modul de gândire, conduita, relațiile interumane, viitorul familiei și al individului.

Nu mi-am dorit să fac o polemică pornind de la o gândire pesimistă, negativă, erotico-depresivă, ci m-am întrebat firesc “încotro sexualitate?”, deoarece nu eliberarea instinctelor, ci reprimarea instinctelor reprezintă condiția formării omului și împiedicarea întoarcerii lui la formele primare ale naturii.

Revenirea la modelele pozitive va salva omul și va însănătoși societatea, aducând din nou în interesul relaționării erotico-interumane afectivitatea, încrederea personală, respectul față de sine și față de celălalt, tandrețea, sexul din dragoste - altfel spus o sexualitate sănătoasă bio-psiho-social.

In memoriam Eusebie Zbranca



Profesorul EUSEBIE ZBRANCA a părăsit această lume pe 21 septembrie 2010 după o existență marcată de remarcabile succese în plan profesional și social și de lupta cu o maladie necruțătoare pe care a înfruntat-o cu demnitate.

Venit dintr-o provincie istorică, Bucovina, cu importante tradiții culturale, a avut un puternic sentiment de mândrie națională și un cult al înaintașilor în știință, rămânând deschis interacțiunilor științifice cu cele mai avansate țări ale Europei.

A avut meritul de a dezvolta noi dimensiuni ale Școlii de Endocrinologie din Iași născută sub carismatica personalitate a lui C.I. Parhon și impusă atenției internaționale prin Gr. T. Popa. După ce a avut oportunitatea de a-și desăvârși pregătirea profesională în Franța, a revenit la Clinica Endocrinologică din Iași animat de scopul de a introduce noi metode de diagnostic, terapie și a imprimat un suflu nou activității de cercetare științifică în domeniu. A organizat nenumărate simpozioane și congrese cu o deosebită valoare formativă pentru tinerii practicieni.

Profesorul Eusebie Zbranca a avut meritul de a introduce studiul sexologiei medicale în Iași și în România, inițial sub forma unor cursuri care se adresau anumitor specialități, endocrinologi, psihologi, psihiatri, ginecologi și, ulterior, studenților. A militat pentru planificarea familială într-o perioadă în care politica demofilă a regimului făcea victime datorate absenței serviciilor care să ofere consiliere în domeniul sănătății sexuale.

A fost membru fondator al Societății pentru Educație Contraceptivă și Sexuală și a adus o contribuție esențială în plan clinic și al cercetării în domeniul disfuncțiilor sexuale. Cartea sa intitulată "Contracepția" a fost prima de acest gen apărută după 1989 și a avut un impact educațional deosebit. Prodigioasa sa activitate de cercetare științifică și publicistică i-a adus titlul de Membru al Academiei de Științe Medicale și înalta poziție de prorector al Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" din Iași.

Animat de un înalt spirit civic, de standarde științifice și morale ireproșabile Profesorul Zbranca a fost un membru recunoscut printre elitele intelectuale ieșene și românești. Și-a impresionat colegii prin umanism, dedicație profesională și forță creativă.

S-a luptat cu suferința și anxietatea unei boli necruțătoare cu forță și demnitate, continuându-și activitatea profesională până în ultimele momente ale existenței.

Prin întreaga sa operă științifică și verticalitatea caracterului, Profesorul Eusebie Zbranca va rămâne o personalitate de primă mărime a vieții culturale ieșene și un exemplu de dedicație sănătății fizice și spirituale a semenilor.

Endocrinologii români au pierdut prin Profesorul Eusebie Zbranca un excepțional coleg, iar echipa sa un conducător de elită.

Prof. Dr. Voichița Mogoș

Nevoia de a face lucrurile diferit din perspectiva comunicării



Bogdan Grosu

Bogdan Grosu este consultant TMI, specializat în programe de comunicare, cu vastă experiență dobândită prin implementarea unor programe de dezvoltare a abilităților de comunicare a medicilor, farmaciștilor și a reprezentanților industriei farmaceutice.

De multe ori ne trezim în situația în care un pacient ne uimește cu modul în care interacționează cu noi în cabinet. Uimirea poate fi în sens pozitiv sau negativ. Fiecare medic are câțiva pacienți de care își aduce aminte cu plăcere, la fel cum credem că fiecare medic are pacienți de care își aduce aminte cu regret. De multe ori acești pacienți ies din tiparele cu care ne-am obișnuit să operăm zi de zi, poate "dulcea rutină" care face zilele să treacă uneori mai ușor, alteori mai greu.

Întrebat fiind un medic dacă a avut vreodată senzația că stând de vorbă cu un pacient a mai auzit poveste aceea de zeci sau poate chiar sute de ori, mi-este greu să cred că nu va răspunde: "DA!" Tocmai aceste experiențe repetitive ne fac să ne creăm tipare de abordare în materie de comunicare. La scară mai largă, aceste tipare se cheamă credințe (nu doar religioase), valori, paradigme sau hărți mentale în baza cărora adulții interpretează realitatea și își ajustează comportamentul, influențând comunicarea.

Formarea lor necesită timp și experiențe similare. Mai interesant este că le activăm instantaneu când sesizăm că trecem printr-o situație cunoscută. Câți dintre noi nu ne enervăm instant numai văzând numele persoanei care ne apelează pe telefonul mobil, înainte să răspundem, spunându-ne: "Ce o mai fi vrând și asta?"

Același fapt funcționează și în relația cu pacienții. Aceștia sunt categorisiți mental cu diferite etichete, comportamentul în relația cu ei fiind influențat în mod direct de etichetă. Poate fiecare medic realizează că, uitându-se câteva secunde la un pacient care intră pe ușă, îl categorisește: "Ăsta e din acela dificil!", "Ăsta o să mă întrebe o grămadă de lucruri!" sau "Cu asta o să îmi petrec mult timp și am o grămadă de treabă!". După categorisire urmează și prima reacție: dacă îl crede pe pacient dificil inspiră adânc pregătindu-se de "luptă", dacă simte că va petrece mult timp cu acel pacient se pregătește de "fugă" prin explicații. Lucrurile pot merge și mai departe: oare nu există pacienți care au auzit un oftat din partea medicului când au spus: "Am afecțiunea asta și știu și ce tratament trebuie să îmi dați!"

Interesant este că atunci când pacientul nu reacționează conform etichetei aplicate, prima reacție este mirarea; nu ne vine să credem că "ne-am înșelat". Și în alte situații avem tendința să ne încredem în paradigma noastră posibil subiectivă, decât să analizăm obiectiv realitatea. Mirarea poate continua multă vreme după ce pacientul pleacă.

Acum funcționează cel mai bine afirmația: "*Cea mai bună minte nu e cea de pe urmă, ci cea deschisă!*". Numai că este ușor de zis că avem o minte deschisă și destul de greu de aplicat, căci "deschiderea la minte" e influențată direct de paradigmele noastre și puterea lor. O minte deschisă este o minte cu paradigme flexibile.

Implicațiile acestui mecanism merg mai departe: paradigmele influențează comportamentul care la rândul lui influențează rezultatele pe care le obținem. Și rezultate este un cuvânt pe care îl auzim zilnic. Cine nu vrea rezultate de la noi? Răspunsurile ne vin ușor în minte: pacienții noștri, șeful nostru, colegii noștri, familia, chiar și noi. Unii vor rezultate cunoscute în cifre, în bani, alții vor poate mai mult timp petrecut împreună.

Cu alte cuvinte, dacă dorința noastră este să obținem rezultate mai bune, nu este de ajuns să ne uităm la comportamentul nostru ci la un nivel mai profund: paradigmele noastre. Schimbarea lor nu e un proces atât de ușor, căci adulții au tendința să își apere credințele, care izvoresc din experiențele trăite de ei în mod direct și din surse de informare pe care le consideră credibile.

Gândiți-vă care a fost prima reacție a oamenilor când cineva a spus că pământul nu e plat ci rotund! Avem nevoie de experiențe cu puternic impact emoțional și rațional pentru a ne chestiona paradigmele.

Parafrazând o celebră afirmație a lui Albert Einstein, nebunia este să faci același lucru și să te aștepti la rezultate diferite. Mediul din jurul nostru s-a schimbat, de acest fapt se ocupă C.A.S.-ul, Ministerul Sănătății; pacienții s-au schimbat, veniturile lor s-au schimbat; implicit, în acest lanț este necesar ca și medicii să se schimbe, lucru care poate se întâmpla deja. Practic, sunt toate premisele pentru a spune că există o nevoie de a face lucrurile diferit din punct de vedere al experienței pacientului în farmacie. Aici intervin abilitățile de comunicare cu pacientul, capacitatea de a ajunge pe aceeași lungime de undă cu ei, de așa natură încât să ajungem să relaționăm ușor și eficient cu acesta.



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE



AM-RO-MA
AGING MALE ROMANIAN
MEDICAL ASSOCIATION



UMF
CLUJ-NAPOCA

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

Președintele Conferinței:
VASILE COCA

**8-10
Aprilie 2011**

**GRAND HOTEL NAPOCA,
CLUJ NAPOCA**

www.amsr.ro

Sponsori



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



ZENTIVA
Part of the sanofi-sintelabo group



Parteneri



HYPERCLINICA
MedLife



BIMP.advertising

	VINERI, 8 APRILIE / FRIDAY 8 OF APRIL	SĂMBĂȚĂ, 9 APRILIE / SATURDAY 9 OF APRIL	DUMINICĂ, 10 APRILIE / SUNDAY 10 OF APRIL
08.00	SALA A HALL	SALA A HALL	SALA B HALL
09.00		CURSURI PARALELE / PARALLEL COURSES	CURSURI PARALELE / PARALLEL COURSES
10.00			
11.00		COFFEE BREAK	
12.00		CONFERINȚĂ INVITATĂ / INVITED CONFERENCE	
13.00		ATELIER / INTERACTIVE SESSION	
14.00		PRÂNZ / LUNCH	
15.00		ATELIERE / INTERACTIVE SESSION	
16.00		COFFEE BREAK	
17.00		COFFEE BREAK	
18.00		ESSM CONFERENCE	
19.00		SIMPOZION LILLY SYMPOZIUM	
	SECRETARIAT / CONFERENCE SECRETARY	SECRETARIAT / CONFERENCE SECRETARY	SECRETARIAT / CONFERENCE SECRETARY
	EXPOZIȚIE MEDICALĂ / MEDICAL EXHIBITION	EXPOZIȚIE MEDICALĂ / MEDICAL EXHIBITION	EXPOZIȚIE MEDICALĂ / MEDICAL EXHIBITION
	SESIUNEA / SESSION „EXPERT LECTURE”		
	COFFEE BREAK		
	DESCHIDERE / OPENING CEREMONY		
	PRESIDENT CONFERENCE		
	LECTURE		
	CONFERINȚĂ INVITATĂ / INVITED CONFERENCE		
	SIMPOZION GSK SYMPOZIUM		
			ADUNAREA GENERALĂ AMSR / AMSR MEETING
			VIZIONAREA POSTERE / POSTERS SESSION
			ATELIER / INTERACTIVE SESSION
			COMUNICARE / LECTURES
			COFFEE BREAK
			COMUNICARE / LECTURES
			CAZURI CLINICE / CLINICAL CASES
			DECERNAREA PREMIILOR / AWARD CEREMONY
			ÎNCHIDEREA LUCRĂRILOR / CLOSING REMARKS

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

Disfuncția erectilă ambientală

Coca Vasile

Cab. Consiliere Sexologică și Medicina Sexualității, Cl. Endocrinologică,
Sp. Jud. Urgență – Cluj-Napoca

Există în literatura de specialitate a ultimilor patruzeci de ani numeroase articole care demonstrează implicarea factorilor din mediul extern, alții decât cei habituali, în alterarea funcției erectile. Acești factori fac parte, în majoritatea lor, din categoria poluanților și acțiunea lor nocivă asupra aparatului erectil și a inductorilor funcției lui se resimte după o expunere accidentală sau profesională prelungită, rezultatul fiind cunoscut sub denumirea de disfuncție erectilă ambientală.

Disfuncția erectilă ambientală reprezintă, deci, tulburarea funcției erectile apărută indisolubil ca urmare a expunerii prelungite, accidentale sau profesionale, la un factor din mediul înconjurător, altul decât cei habituali, demonstrat sau prezumtiv cunoscut ca depreciativ al mecanismelor componente ale răspunsului erectil (Anis et al. 2007).

În general, substanțele nocive din mediul înconjurător dovedite ca responsabile de alterarea funcției erectile fac parte din categoria poluanților chimici, toxicelor menajere și a metalelor ori metaloizilor. Poate fi vorba despre substanțe aditive utilizate în agricultură (pesticide), dezinfectante, deratizante, insecticide (organoclorurate), produse din industria metalurgică și turnătorii (benzpiren) sau produși din industria maselor plastice (bisfenol). Ele afectează componentele organice ale funcției erectile: mecanismul nervos autonom periferic, mecanismul endotelial sincițial, mecanismul endocrin și spermatogeneza.

Bisfenol-A este nelipsit din toate produsele plastice utilizate în societatea modernă (casnice, industriale, sanitare, transport etc.). Acesta este și un poluant major rezultat în industria materialelor plastice. Există dovezi (Lee et al. 2003, Kuehn et al. 2007) cum că expunerea prelungită la bisfenol-A induce disfuncție erectilă prin afectarea țesutului cavernos și a receptorilor neurali pentru androgeni.

Riscul de disfuncție erectilă este mare și în cazul expunerii profesionale la unele pesticide sau insecticide de tipul clordanului, lindanului sau metilbromidei, inclusiv pentru lucrătorii din posturi administrative (Park et al. 2005, Polsky et al. 2007). Unele afecțiuni preexistente (diabet, HTA, boală coronariană etc.) măresc riscul de disfuncție erectilă ambientală (Oliva et al. 2002) generat de aceste substanțe.

Plumbul, cadmiul sau zincul, după expunere prelungită, induc deteriorarea miocitelor netede cavernoase, hipogonadism și oligospermie (Oldereid et al. 1993).

În concluzie, evidențele despre cauzele și patogeniza disfuncției erectile ambientale, în condițiile unei societăți industrializate, cu o agricultură intensivă, ne fac să reconsiderăm evaluarea tulburărilor de funcție sexuală masculină, cel puțin în anumite medii profesionale și de habitat.

Environmental induced erectile dysfunction

Coca Vasile

Sexology Counseling & Sexual Medicine Office, Division of Endocrinology,
County Emergency Hospital, Cluj-Napoca

There are in the last forty years literature numerous articles showing the environmental factors, others than the domestic ones, involved in the erectile function (ED) damage. All these causes belongs to the pollutants category and their noxious action is experienced after a long term exposure, the result being know as environmental induced erectile dysfunction.

Thus, the environmental ED is defined as an erectile function damage induced by a long term accidentally or professionally exposure to a noxious environmental medium factor, but not a household one, being already knows or proved as negatively influencing the different component of the erectile reacting mechanisms (Anis et al. 2007).

Generally speaking there are environmental noxious products impairing erectile function and which belongs to diverse categories such are chemical pollutants, domestic toxic products or residues, heavy metals or their chemical combinations. It could be agriculture additives (pesticides), disinfecting or insecticides (organoclorurates), metallurgy industry products (benzpyren), or chemistry and plastic industry products (bisphenol). All these substances affect physical and physiological ways of erection: autonomic nervous system, cavernous endothelium, the endocrine mechanism and sperm production.

Bisphenol-A, for instance, can be found in all the modern society plastic used materials (household, industrial, sanitary, transportation etc.). It is also a resultant pollutant in the plastic materials industry. There are data (Lee

et al. 2003, Kuehn et al. 2007) about cavernous tissue and cavernous nerve receptors damage after a long term exposure to bisphenol-A.

Professional exposure to pesticides or insecticides like clordane, lindane, methylbromide etc., even in administration work places, is proved as a ED risk (Park et al. 2005, Polsky et al. 2007). Comorbidities like hypertension, diabetes, coronary disease, increases the risk of environmental ED induced by these substances (Oliva et al. 2002).

Lead, cadmium or zinc profesional and accidental long exposure generates cavernous smooth muscle damage, low testosterone activity and decreases spermatozoon in seminal fluid (Oldereid et al. 1993).

Evidences about causes and patogenesis of environmental ED in an industrialised society with an intensive (agresive) agriculture, make us to reconsider the male erectile impairment assessment at least in special profesional conditions.

Disfuncția erectilă de cauză iatrogenă

Daniel Porav - Hodade

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Disfuncția erectilă iatrogenă include modificări ale funcției erectile datorate unui tip de terapie ce poate să includă intervenția chirurgicală, radioterapia, terapia medicamentoasă, etc. Mult timp transuretorezecția prostatei a fost incriminată că duce la apariția disfuncției erectile. Ea nu pare însă să producă modificări în sfera erecției. În schimb intervențiile de exereză de tipul prostatectomiei radicale sau cistectomiei radicale pot fi urmate de un procent mare de disfuncție erectilă postoperatorie. Introducerea tehnicilor de *nerve-sparing* (uni sau bilateral) a redus mult numărul cazurilor de afectare erectilă postoperatorie. Noile tehnici de radioterapie pentru cancer prostatic au redus numărul pacienților cu probleme de erecție postterapeutică. Dacă din punct de vedere al intervențiilor chirurgicale sau radioterapiei există o evoluție spre minim invaziv și deci o afectare cât mai redusă a funcției erectile, utilizarea pe scară a terapiei medicamentoase de tipul diureticelor tiazidice, tranchilizante etc, a dus la creșterea numărului de pacienți cu disfuncție erectilă.

Spune-mi ce mănânci, ca să-ți spun ce funcție erectilă ai

Coca Vasile

Cab. Consiliere Sexologică și Medicina Sexualității, Cl. Endocrinologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

Comportamentul alimentar și obiceiurile culinare definesc particularitățile sociale ale omului modern, diferențiază relațiile interumane și crează premisele unor riscuri clinice în patologia cardiovasculară, metabolică și neuro-endocrină. Există numeroase dovezi care atestă legătura etio-patogenetică între consumul caloric anormal, calitatea meniului zilnic și ingerarea de excitante neuropsihice pe de o parte și debutul, evoluția și severitatea disfuncției erectile (DE) pe de alta. Ansamblul vieții (activității) sexuale masculine cuprinde, în linii mari, trei domenii: libidou, erecție și orgasm (ejaculare). Amploarea acestor componente și echilibrul dintre ele sunt condiționate psihogen, social, conjunctural și organic (clinic). Excesul alimentar conduce invariabil spre două dintre cauzele demult dovedite ale DE: depresie și obezitate. Aceasta din urmă este oricum o stare de risc cardiovascular prin statusul inflamator cronic indus, dar, în plus, ea evoluează frecvent spre sindrom metabolic (obezitate abdominală, HTA, hipertrigliceridemie, HDL scăzut și alterare glicemică), care la rândul său este punctul de plecare pentru o serie de linii patogenetice vasculare, metabolice, neurologice și endocrine. În acest context trebuie subliniat că și DE organică este condiționată, unilateral sau multifactorial, de către toate aceste condiții de morbiditate, care pot rezulta din

cumulul caloric. Drept urmare, prezentarea de față va detalia date din literatură și din experiența personală referitoare la riscul de DE în condițiile consumului excesiv de carne roșie, ciocolată, cafea, alcool și tutun, cu referire la deteriorările specifice induse de aceste excese și care stau la baza fiziopatologiei aparatului erectil de la nivelul corpului cavernos. Finalul prezentării este rezervat unor imagini, sperăm sugestive, care fac diferența între viața intimă cu caracter senzual și cea de tip hedonic, compulsiv, care implică riscul psihosocial și clinic corespunzător.

Tell me what do you eat and I will tell you how yours erections works

Coca Vasile

Sexology Counseling & Sexual Medicine Office, Division of Endocrinology, County Emergency Hospital, Cluj-Napoca

Eating behavior and the cooking habits defines modern human kind social characteristic features, make people relationships different and induces clinical risks condition for cardiovascular, metabolic and neuro-endocrine risks.

It is already proved the causal and pathogenesis link between abnormal caloric intake, the daily menu quality, neurological and psychological exciting substances ingestion and the onset, the clinical evolution and the severity degree of the erectile dysfunction (ED).

The male sex-life has all three major domains: libido, erection and orgasm (ejaculation). The proportion of these components is psychological, social, conjectural, and physical (clinical) conditioned.

Food intake excess invariable induces two of the major well know cause of ED: obesity and depression. The first one is a cardiovascular risk condition due to chronic inflammatory status, and moreover it often convert to metabolic syndrome (visceral obesity, high blood pressure, high serum triglycerides, low serum HDL and glucose metabolism impairment), which is also a clinical start condition for vascular, metabolic, neurologic and endocrine pathogenesis. In the same thing, it is good to underline that the physical caused ED can be induced, in one or multiple ways, by all these caloric excess induced morbidities.

Accordingly all these considerations, this conference shows details from international literature and our professional experience regarding ED risk induced by red meat, chocolate, coffee, alcohol and tobacco abuses, underlying pathways by which erectile cavernosal tissue is damaged by each of them.

The final of this presentation shows suggestive slights in order to differentiate the sensual sex-life from that of the hedonic and compulsive life style, which actually involves an adequate psychosocial and clinical risk for ED.

Rolul actual al ecografiei peniene în diagnosticul disfuncției erectile

¹Zeno Spârchez, ²Daniel Porav, ²Ioan Coman

¹3rd Medical Clinic, ²Urological Clinic, University of Medicine, Cluj Napoca, Romania

Disfuncția erectilă este un sindrom frecvent și debilitant având ca și etiologie cauze psihologice, fizice sau medicamentoase. Cauzele fizice pot fi create de probleme ale aportului de sânge arterial, anomalii structurale peniene precum și incompetența mecanismului venos oclusiv. Ecografia Doppler Peniană (EDP) este o tehnică ușor de efectuat și ieftină dar care necesită cunoștințe aprofundate pentru stabilirea unui diagnostic complet și ghidarea ulterioară a terapiei. Metoda este în acest moment indicată la pacienții cu disfuncție erectilă care nu răspund la medicamentele orale de tipul inhibitorilor de 5 fosfodiesterază. Prezentarea va cuprinde informații despre anatomia și fiziologia erecției, tehnica EDP, interpretarea rezultatelor precum și rolul acestei metode în diagnosticul diverselor cauze de DE, cum ar fi insuficiența arterială, incompetența venoasă, boala Peyronie, priapismul și trauma. Vor fi oferite detalii referitoare la locul EDP la vârstnici, fumători, persoane cu diabet zaharat și se va detalia interrelația cu ateroscleroza. Ultima parte a prezentării va fi axată pe rolul unei tehnici ultrasonografice relativ noi, ecografia armonică cu agenți de contrast, în diagnosticul unor suferințe peniene care creează disfuncție erectilă.

Current role of penile ultrasonography in the diagnosis of erectile dysfunction

¹Zeno Spârchez, ²Daniel Porav, ²Ioan Coman

¹3rd Medical Clinic, ²Urological Clinic, University of Medicine, Cluj Napoca, Romania

Erectile dysfunction (ED) is a common and debilitating condition with physical, psychological, and pharmacological etiologies. The physical causes can be divided into problems with arterial inflow, structural penile abnormalities, or problems with the venous occlusion mechanism. Penile Doppler Sonography (PDS) is an easy to perform and cheap technique but requiring a complete knowledge of the topic in order to aid diagnosis and direct subsequent treatment. The technique is currently indicated in those patients with erectile dysfunction who do not respond to oral pharmacological agents (e.g., PDE-5 inhibitors).

This presentation will focus on the anatomy and physiology of penile erection, some data regarding the technique of PDS, interpretation of results and review of the imaging features for various causes of ED like arterial insufficiency, venous incompetence/“venous leakage, Peyronie disease, priapism and trauma.

The presentation will also include the role of PDS in particular conditions like elderly, smokers, atherosclerosis and after penile traumatism.

The last part of the presentation will deal with the current role of contrast-enhanced ultrasound in the diagnosis of various penile abnormalities leading to erectile dysfunction.

Factorii de reziliență la femeile cu traume sexuale

Diana Lucia Vasile

Dr. psihoterapeut

Reziliența se referă la capacitatea oamenilor de a se reîntoarce la echilibrul pe care îl aveau înainte de situația stresantă sau traumatizantă. Boris Cyulnik consideră ca factori de reziliență inteligența, relațiile afective, empatia, generozitatea, sensul și semnificația, creativitatea, mecanismele de apărare. De asemenea, acest autor subliniază importanța persoanelor din jurul persoanei traumatizate care stimulează procesul rezilienței; aceste persoane sunt denumite *tutori de reziliență*. Prin intermediul a trei studii de caz, femeile adulte cu istoric de abuz sexual în copilărie, sunt analizați factorii și tutorii de reziliență, legăturile dintre ei, precum și modalitatea în care toate acestea pot permite recuperarea funcționării sexuale normale prin intermediul unui demers psihoterapeutic.

Resilience factors in women with sexual trauma

Diana Lucia Vasile,
PhD., psychotherapist

Resilience refers to the human capacity to come back to the psychological balance the person had before the stressful or traumatizing situation. Boris Cyulnik identifies intelligence, emotional relationships, empathy, generosity, meaning, creativity, defense mechanisms as resilience factors. He also underlines the importance of those people around the traumatized person who stimulates the process of resilience; he calls these people: *resilience tutors*. Using three case studies, adult women with a history of childhood sexual abuse, we analyze resilience factors and tutors, the relationship between them, and the way all these can facilitate the recovery of normal sexual functioning through psychotherapy.

Sexul și criza

Florin Tudose

Departamentul de Psihiatrie de Legătură, Spitalul Universitar de Urgență, București

Lucrarea prezintă un studiu privind calitatea vieții sexuale, efectuat pe un lot de 242 persoane cu vârsta peste 18 ani. Lotul este compus din 92 de bărbați și 150 de femei, iar vârsta medie a respondenților a fost de 37,4 ani.

Au fost investigate atât aspecte sociale de sănătate și economice, cât și comportamentul sexual și gradul de satisfacție pe care subiecții îl au în legătură cu acesta.

Surprizele generate de rezultate sunt semnificative, relațiile cu partenerii fiind considerate în peste 85% din cazuri bune și foarte bune. De asemenea, fidelitatea cuplurilor este foarte ridicată, iar modificările în bine ale relațiilor din ultimul an le depășesc sensibil pe cele în rău.

Este destul de evident că între criza economico-socială, ajunsă în ultimul an la punctul cel mai înalt, și starea de sănătate sexuală a pacienților, nu pare să fie o legătură directă, cel mult o legătură inversă sau o schiță a acesteia.

Menționăm că un număr de 16 subiecți din cei 242 nu aveau nici un suport material.

Sex and Crisis

Florin Tudose

Liaison-Psychiatry Department, University Emergency Hospital, Bucharest

This paper presents a study on quality of sexual life, performed on a group of 242 people aged over 18 years. The group is composed of 92 men and 150 women, and the average age of respondents was 37.4 years.

There were investigated both economic and social aspects of health and sexual behavior and subjects' satisfaction regarding their sexual life.

Surprises generated by results are significant, the relationships with partners in over 85% of cases are considered good and very good. Also, the couples' fidelity is very high, and changes in a good mood of relationships in the last year exceed sensitively the worst ones.

It is quite obvious that between social and economic crisis, last year reached the highest point, and sexual health of patients seems to be no direct link, maybe a reverse link or an outline.

Note that a total of 16 of the 242 subjects had no material support.

Female sexual desire disorders (HSDD)



Juza Chen, MD

Department of Urology, Tel-Aviv Sourasky Medical Center, Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel

Member of ESSM Executive Committee Head of Sexual Dysfunction Clinic, Department of Urology, Tel-Aviv Sourasky Medical Center President of Israeli Society for Sexual Medicine Chairman of Membership Committee of International Society of Female Sexual Dysfunction

Dr. Chen is currently Director at the Sexual Dysfunction Clinic and Senior Urologist in the Department of Urology at the Tel-Aviv Sourasky Medical Center. He is also Full Associated Professor of Urology at Tel-Aviv Sourasky Medical Center and Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University.

He is an active member in the field of sexual medicine. In addition to 75 published articles, 2 books and 3 chapters on the subject, he has also been involved in many professional societies. He served on the Executive Committee of the European Society for Sexual Medicine, as President of the Israeli Society for Sexual Medicine and as chair of the ISSWSH Membership Committee. Recently Dr Chen was elected as member of the directors at large of the ISSWSH. He is member of the educational and prize committees of the International Society for Sexual Medicine. Since 2006 Dr. Chen is member of the Editorial board of the Journal of Sexual Medicine – the official journal of the ISSM and ESSM. He serves as reviewer by invitation for the

Journal of Urology, European Urology, JSM, IJIR, and Journal of Infectious Disease.

Dr. Chen received his medical degree from the University of Naltchic FRSSR in the USSR, and did his residency in General and Vascular Surgery as well as his residency in Urology at the Ichilov Hospital, Tel-Aviv Sourasky Medical Center. He completed his fellowship in Urology at the Medical College of Virginia in Richmond, Virginia and fellowship in Sexual Medicine at the McGuire Veterans Affairs Medical Center in Richmond, Virginia. He was also a visiting attending at the Institute of Urology and Nephrology at the University College of London, Lister & Middlesex Hospitals in London, England and at the Elisabethinen Hospital, Linz, Austria.

Normal sexual function plays an important part in women's lives and has a major effect on the couple relationship. Female sexual dysfunction (FSD) encompasses a group of highly prevalent disorders characterized by problems related to sexual desire, arousal, orgasm, or pain. Hypoactive sexual desire disorder (HSDD) has been the most common presenting problem in clinical institutions. Until recently, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) HSDD has been defined as a persistent or recurrent deficiency (or absent) of sexual fantasies and desire for sexual activity, condition that causes marked personal distress and interpersonal difficulties. This definition has been criticized as overpathologizing women and the emphasis on sexual fantasies and desire for sexual activity is not applicable to all women. Therefore, the most recent recommendation of the International Experts Sub-committee on HSDD is that desire be regarded as the result of an incentive (sexually competent stimulus) which activates the sexual system, of which the subjectively perceived desire is one of many components (Grade C).

Diagnosis of HSDD is a complex process and requires that it be carefully differentiated from other forms of FSD. Experts in gynecology, urology, endocrinology, psychiatry, and sex therapy may play an important role in the diagnosis and treatment of HSDD. There are several biological, psychological and relationship aspects that plays role in HSDD.

The evaluation process should be tailored to the individual patient, the diagnosis process should be in an appropriate atmosphere and include the bio-psycho-social interview, self-report assessment tools, the physical examination, psycho-physiological tools, and laboratory investigations.

Treatment of HSDD is not established yet and should include psycho-sexual therapy, hormonal and non-hormonal medications.

In this presentation, the definitions, classifications, diagnosis and evaluation flowcharts of the HSDD will be discussed, emphasizing the role of the new treatment option.

Relaxați-vă, Urgența este sub control



 **Vesicare**
solifenacin

Indicații abreviate de prescriere:
DENUMIREA COMERCIALĂ A PRODUSULUI MEDICAMENTOS: VESICARE® 5 mg, VESICARE® 10 mg. **COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ:** Vesicare 5 mg: Un comprimat filmat conține solifenacin 3,8 mg sub formă de succinat de solifenacin 5 mg. Vesicare 10 mg: Un comprimat filmat conține solifenacin 7,5 mg sub formă de succinat de solifenacin 10 mg. **FORMA FARMACEUTICĂ:** Comprimate filmate. **DATE CLINICE:** **Indicații terapeutice:** Tratatamentul simptomatic al incontinenței de urgență și/sau frecvenței crescute și urgenței micșunilor, așa cum pot apărea la pacienți cu sindromul vezicii urinare hiperactive. **Doze și mod de administrare:** **Adulți inclusiv vârstnici:** Doză recomandată este de 5 mg solifenacin succinat o dată pe zi. La nevoie, doza poate fi mărită la 10 mg solifenacin succinat o dată pe zi. **Copii și adolescenți:** Siguranța și eficacitatea la copii nu au fost încă stabilite. Din acest motiv, Vesicare nu trebuie utilizat la copii. **Contraindicații:** Solifenacin este contraindicat la pacienți cu retenție urinară, tulburări severe gastrointestinale (incluzând megacolonul toxic), miastenia gravă, glaucomul cu unghi îngust și la pacienți cu risc pentru afecțiunile de mai sus; pacienți cu hypersensibilitate la substanța activă sau la orice dintre excipienții medicamentului; pacienți sub hemodializă; pacienți cu insuficiență

hepatică severă; pacienți cu insuficiență renală severă sau cu insuficiență hepatică moderată, aflați în tratament cu un inhibitor potent al CYP2A4, de ex. ketoconazol. **Atenționări și precauții speciale:** Înainte de începerea tratamentului cu Vesicare, trebuie evaluate alte cauze ale micșunilor frecvente (insuficiența cardiacă sau afecțiune renală). În cazul infecției urinare, se va iniția un tratament antibacterian adecvat. Vesicare se administrează cu precauție la pacienții cu risc crescut de retenție urinară prin obstrucție subvocală semnificativă clinic; tulburări obstructive gastrointestinale; risc de motilitate gastrointestinală scăzută; insuficiență renală severă (clearanță creatinină 30 ml/min), dozele nu vor depăși 5 mg la acești pacienți; insuficiență hepatică moderată (Scorul Child-Pugh de 7 la 9); dozele nu vor depăși 5 mg la acești pacienți; administrarea concomitentă a unui inhibitor potent al CYP3A4, de exemplu ketoconazol; hernie hiatală / reflux gastroesofagian; pacienți sub tratament cu medicamente care scurgerbează esofagii (cum ar fi hidroclorazid); neuropatie autonomă. **Interacțiuni farmacologice:** Tratatamentul concomitent cu preparate cu proprietăți anticolinergice poate accentua efectele terapeutice și reacțiile adverse. Se va lăsa un interval de aproximativ o săptămână după întreruperea tratamentului cu Vesicare înainte de începerea altei terapii anticolinergice. Efectul terapeutic al solifenacin poate

fi redus prin administrarea concomitentă a agonștilor receptorilor muscarinici. Solifenacin poate reduce efectul medicamentelor care stimulează motilitatea tractului gastrointestinal ca metoprolamida și cisaprida. **Reacții adverse:** Ca urmare a efectului farmacologic al solifenacin, Vesicare poate produce reacții adverse anticolinergice, în general ușoare până la moderate în strânsă legătură cu doza administrată. Cea mai frecventă reacție adversă raportată este uscăciunea gurii. Severitatea reacției a fost în general ușoară și nu a dus desigur ocazional la oprirea tratamentului. În general, complianța a fost foarte ridicată (aproximativ 99%) și aproximativ 50% din pacienții tratați cu Vesicare au încheiat perioada de 12 săptămâni de tratament incluse în studii. Vesicare se eliberează pe bază de prescripție medicală. Autorizare de punere pe piață nr. S772/2005/01-5773/2005/01. Rezumatul caracteristicilor produsului Vesicare® 5 mg, Vesicare® 10 mg este disponibil la cerere. Informații suplimentare pot fi obținute la sediul reprezentanței.

 **astellas**
Leading Light for Life

Pentru că mersul la
toaletă poate fi uneori
încăpăimântător



Omnic Tocas®

tamsulosin, **comprimate filmate**
sistem cu absorbție orală controlată
O terapie proaspătă pentru BPH

Indicații abreviate de prescriere:

Numele produsului medicamentos: Omnic Tocas® 0,4, comprimate filmate cu eliberare prelungită. **Compoziția cantitativă și calitativă:** Un comprimat filmat cu eliberare prelungită conține 0,4 mg clorhidrat de tamsulosin. **Forma farmaceutică:** Comprimate filmate, cu eliberare prelungită (Sistem oral de absorbție controlată, OCAS). **Particularități clinice. Indicații terapeutice:** Simptome de tract urinar inferior (LUTS) asociate cu hiperplazia benignă de prostată (BPH). **Posologie și metode de administrare:** Un comprimat zilnic. Omnic Tocas 0,4 poate fi administrat indiferent de mese. Comprimatul trebuie înghițit întreg și nu sfărâmat sau mestecat deoarece aceasta interferă cu eliberarea prelungită a substanței active. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la tamsulosin hidroclohidrat sau la oricare dintre excipienți. Antecedente de hipotensiune ortostatică. Insuficiența hepatică severă. **Atenționări și precauții speciale în folosire:** Ca și în cazul altor antagoniști α_1 -adrenoreceptori, în cazuri individuale în timpul tratamentului cu Omnic Tocas 0,4, poate apărea o scădere a presiunii sanguine, în urma căreia, rar, poate apărea sincopa. La primele semne de hipotensiune ortostatică (amețeală, slăbiciune), pacientul va sta în poziție culcată sau sezândă până când simptomele dispar. **Tratamentul pacienților cu insuficiență renală severă** (clearance creatinină <10 ml/min) trebuie abordat cu precauție, deoarece acești pacienți nu au fost studiați. **Interacțiuni cu alte produse medicamentoase sau alte forme de**

interacțiuni: Nu au fost observate interacțiuni în cazul administrării concomitente a tamsulosin hidroclohidrat cu atenolol, enalapril, nifedipină sau teofilină. Administrarea concomitentă de cimetidină conduce la o creștere a nivelului plasmatic al tamsulosin, în timp ce furosemidul duce la o scădere, dar nivelele rămân într-un interval normal, așa încât posologia nu trebuie ajustată. In vitro, diazepam, propranolol, trichlormethiazidă, chlormadinonă, amitriptylină, diclofenac, glibenclamidă, simvastatină sau warfarina nu modifică fracțiile libere de tamsulosin din plasma umană. Nici tamsulosin nu modifică fracțiile libere de diazepam, propranolol, trichlormethiazidă și chlormadinonă. Nu au fost observate interacțiuni la nivelul metabolismului hepatic în timpul studiilor in vitro cu amitriptylină, salbutamol, glibenclamidă și finasterid pe fracții microzomale din ficat (reprezentative ale sistemului enzimatic metabolizant al medicamentului citocrom P450-linkat). Totuși, diclofenacul și warfarina, pot crește rata eliminării tamsulosin. Administrarea concurentă a altor antagoniști ai α_1 -adrenoreceptorilor poate duce la efecte hipotensive. **Reacții adverse:** Comune (>1%, <10%), Ameteli (1-3%). Rare (>0,1%, <1%): palpitații, constipație, diaree, greață, vărsături, astenie, cefalee, ejaculare anormală. APP nr. 5480/2005/01. **Rezumatul caracteristicilor produsului:** Omnic Tocas® este disponibil la cerere. Informații suplimentare pot fi obținute la sediul reprezentanței.

Aspecte clinice în ejacularea precoce

Radu Mihalca[#], Simona Fica^{*}

[#]Secția Endocrinologie și Diabet, Spitalul Universitar de Urgență Elias București, Doctorand UMF Carol Davila;

^{*}Șef Secție Endocrinologie și Diabet, Spitalul Universitar de Urgență Elias București, Profesor Universitar UMF Carol Davila București

Ejacularea precoce (EP) este una dintre cele mai frecvente disfuncții sexuale masculine. Este caracterizată de un timp scurt de latență pentru ejacularea intravaginală, un control scăzut asupra ejaculării și consecințe psihologice personale și relaționale negative. EP primară apare în mod normal în adolescență, odată cu începutul activității sexuale. Este caracterizată de tendința de a ejacula prematur atât prin raporturi penetrative cât și prin masturbare, persistând la majoritatea pacienților de-a lungul întregii vieți. Ipoteze despre mecanisme neurobiologice ce au la bază o hipoactivitate serotonergică cronică, genetică sau dobândită, se suprapun azi teoriilor clasice asupra unei geneze exclusiv psiho-sexuale a EP primară. EP secundară este cea dobândită într-un moment al vieții de către bărbați ce până în acel moment nu aveau disfuncții ale ejaculării. Aceasta este în mod normal asociată cu probleme psihologice sau relaționale, cu disfuncția erectilă, cu boli inflamatoare ale CGM, cu hipertiroidismul sau cu consumul de substanțe psihotrope. De curând au fost adăugate alte două categorii: „EP Natural Variabilă” și „Disfuncțiile Ejaculatorii tip Ejaculare Precoce”. În primul grup este vorba despre o ejaculare inconstant rapidă, deseori legată de gradul de excitare a bărbatului, modificare a performanței sexuale pe care bărbatul o descrie ca ”moderată dar imprezibilă”. În al doilea grup sunt incluși bărbați cu un deficit în controlul ejaculării dar un timp de ejaculare normal, ce descriu o senzație subiectivă de EP.

Clinical aspects of premature ejaculation

Radu Mihalca[#], Simona Fica^{*}

[#]Endocrinology and Diabetes Department, Emergency University Hospital Elias, Bucharest, PhD student, University of Medicine and Pharmacy Carol Davila; ^{*}Head of Endocrinology and Diabetes Department, Emergency University Hospital Elias, Bucharest, Professor in Medicine, University of Medicine and Pharmacy Carol Davila, Bucharest

Premature ejaculation (PE) is one of the most frequent male sexual dysfunctions. Typical features are short intravaginal ejaculatory latency time, reduced control over ejaculation, negative psychologic personal and relational consequences. Primary (lifelong) PE usually appears with the beginning of sexual activity, during the teenage period. Classic theories that assign primary PE a psycho-sexual origin seem to be overhyped today by possible mechanisms involving inherited or acquired chronic serotonergic hypoactivity. Secondary PE appears later during lifetime in men that didn't show any feature of PE before. It is often associated with psychological and relational problems, erectile dysfunction, male tract infections or drug abuse. Lately, two new categories of PE have been added, „Natural Variable PE” and „Ejaculatory Dysfunctions PE-like”. The first group includes men with inconstant rapid ejaculation, usually linked with high excitement grade, a modification of sexual performance that men describe as „moderate but unexpected”. The second group includes men with a subjective sensation of EP while having only a deficient control of ejaculation but a normal ejaculatory time.

Tratamentul cu testosteron la bărbatul vârstnic. Rațiuni și beneficii

Voichița Mogoș

Disciplina de Endocrinologie, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr. T. Popa”, Iași

Îmbătrânirea axului gonadotrop este un fenomen programat genetic care antrenează deopotrivă reducerea producției de testosteron și deficitul sistemului de control hipotalamo-hipofizar al acestuia, ceea ce determină apariția hipogonadismului cu debut tardiv al bărbatului vârstnic. Acesta se caracterizează prin involuția caracterelor sexuale secundare, a libidoului și funcției erectile, reducerea masei și forței musculare, osteoporoza. Creșterea masei grase în particular a celei abdominale, antrenează rezistența la insulină, sindrom metabolic, disfuncție endotelială și apariția evenimentelor cardio-vasculare. Depresia, anxietatea, reducerea funcțiilor cognitive, tulburările de memorie concură, alături de fenomenele menționate anterior la reducerea calității vieții.

Administrarea de testosteron în cazurile documentate de deficit androgenic al bărbatului vârstnic determină creșterea masei minerale osoase și reduce riscul de fractură.

Testosteronul determină reducerea masei grase, a leptinei, LDL-colesterolului, creșterea HDL-colesterolului, ameliorarea rezistenței la insulină și a diabetului zaharat de tip 2.

Testosteronul ameliorează disfuncția endotelială, vasodilatația mediata de flux, reduce citokinele inflamatorii implicate în aterogeneză, reduce pragul de apariție a ischemiei miocardice determinate de efort. Administrarea de testosteron are efecte neuroprotective și ameliorează funcțiile cognitive.

Administrarea de testosteron ameliorează toate componentele funcției sexuale: dorință, troficitatea genitală, funcție erectilă, calitatea răspunsului la inhibitorii de fosfodiesterază și satisfacția sexuală.

Deficitul de testosteron al bărbatului vârstnic necesită o corectă documentare și un bilanț clinic și biologic preterapeutic ai cărui parametri sunt ulterior urmăriți la intervale strict stabilite. Alegerea preparatului depinde de calitățile farmacodinamice ale acestuia, de preferințele pacientului și de perspectiva de discontinuitate impusă de anumite efecte adverse.

În concluzie, administrarea de testosteron în condiții justificate poate contribui în mod esențial la ameliorarea calității vieții bărbatului vârstnic.

Treatment with testosterone in aging male Rationale and benefits

Voichița Mogoș

Clinic of Endocrinology, University of Medicine and Pharmacy "Gr. T. Popa" Iași

The ageing of gonadotropic axis is a genetically programmed phenomenon which produces reduction in testosterone production and a deficiency in the hypothalamo-pituitary control on testosterone leading to the late onset hypogonadism of aging male. This is characterized by involution of secondary sex characteristics, reduction of libido and erectile function, reduction of muscle mass and strenght, osteoporosis. Increased fat mass produces insulin resistance, metabolis syndrome, endothelial dysfunction and appearance of cardiovascular events.

Depression, anxiety, reduction of cognitive functions, memory problems are associated to aforementioned events leading to reduction of quality of life. Testosterone treatment in well documented cases of testosterone deficiency in aging male produces an increase in muscle mass and reduces fracture risk.

Testosterone produces a reduction of fat mass, of leptine, LDL-cholesterole, an increase of HDL-cholesterole, an improvement of insulin resistance and of type 2 diabetes mellitus.

Testosterone improves endothelial dysfunction, flux-mediated vasodilatation, reduces inflammatory cytokines involved in atherosclerosis and reduces the threshold of myocardial ischemia produced by effort. Testosterone treatment has neuro-protective effects and improves cognitive functions.

Testosterone treatment improves all components of sexual function: sexual desire, genital trophicity, erectile function, the quality of response to phosphodiesterase inhibitors and sexual satisfaction.

Testosterone deficiency in aging male requires a correct documentation, a clinical and biological pretreatment evaluation and these parameters have to be followed at well established intervals of time. Choice of testosterone formulation depends of its pharmacodynamic qualities, patient's option and the prospective of discontinuity in case if adverse events occur.

As a conclusion, testosterone treatment in well justified conditions may essentially help to improvement of quality of life of aging males.

Up-date în diferențierea sexuală și patologică la sexul masculin

Carmen Georgescu

Clinica Endocrinologie, UMF "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

Diferențierea sexuală reprezintă un proces fiziologic ce debutează în momentul fertilizării ovulului și se finalizează cu dezvoltarea caracterelor sexuale secundare și edificarea aspectului somatic specific fiecăruia dintre sexe. Spre deosebire de sexul feminin, la sexul masculin, secreția intrauterină de testosteron, respectiv dihidrotestosteron este indispensabilă formării organelor genitale cu fenotip masculin. Markerul tulburărilor de diferențiere sexuală cu debut intrauterin îl reprezintă ambiguitatea (ambivalența) organelor genitale, iar categoriile diagnostice asociate cu acestea cuprind hermafroditismul adevărat și pseudohermafroditismul. În rândul acestor entități, cel mai frecvent sunt întâlnite defectele enzimatice corticosuprenale, substratul hiperplaziei congenitale adrenale. Disgeneziile gonadale cuprind un grup larg de afecțiuni genetice caracterizate prin tulburări de diferențiere ale gonadei masculine, și clasificabile după mecanismul patogenetic în anomalii cromozomiale de număr sau structură, disgenezia gonadică pură și mixtă, și

sindromul Noonan. Diagnosticul tulburărilor de diferențiere sexuală vizează, alături de suspiciunea clinică, teste hormonale, examinări imagistice, examinări morfologice și teste genetice. Tratamentul este complex, asociind terapia chirurgicală și endocrină. În unele dintre afecțiuni se impune sfatul genetic, acompaniat în cazul sarcinii de diagnostic intrauterin și terapie precoce intrauterină sau postnatală.

Up-date in normal and abnormal male sex differentiation

Carmen Georgescu

Endocrinology Clinic, „Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca

Sex differentiation is the physiological process that begins at ovum fertilization and culminates in the development of somatic changes and secondary sexual characteristics of the male or female phenotype. In contrast to women, in male, normal development of internal and external genitalia is dependent on in utero testosterone and dihydrotestosterone levels. Sexual ambiguity represents the hallmark of sex differentiation disorders with precocious (in utero) onset, classified as true hermaphroditism or pseudohermaphroditism. Among these entities, deficiencies in enzymes involved in adrenal steroidogenesis represent the most prevalent disorders, leading to congenital adrenal hyperplasia. Gonadal dysgenesis syndromes consist of a large group of genetic diseases characterized by differentiation disturbances of the male gonad and include number and structure chromosomal anomalies, pure and mixt gonadal dysgenesis, and Noonan syndrome. The diagnosis of sex differentiation disorders involves an clinical exam, endocrine tests, imagistic exams, morphological and genetic tests. The therapy is complex, both surgical and endocrine. Genetic counselling is sometimes needed and in case of pregnancy, in utero diagnosis and early in utero or postnatal treatment should be considered.

Excesul ponderal: impact asupra sexualității cuplurilor tinere

Dana Stoian

Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara, Clinica de Obstetrică Ginecologie, Spitalul Clinic nr. 1

Este un lucru general cunoscut că excesul ponderal alterează sexualitatea la bărbați. Studii multiple, referitoare la asocierea sindrom metabolic - modificări metabolice - deficit parțial de testosteron – disfuncție endotelială – disfuncție erectilă, au schimbat abordul față de sexualitatea bărbatului matur. Aceleași modificări se observă însă și la bărbații tineri, sub 40 de ani, la care apare un deficit parțial de testosteron, în absența unor modificări hormonale preexistente, exclusiv pe perioada supraponderalității. La femeile tinere, impactul supraponderalității este variabil, afectând atât sexualitatea indirect prin modificarea imaginii de sine, a satisfacției personale, a alterării schemei coprolorale; mai mult, supraponderalitatea determină modificări ale axului hipofizo-suprarenalian, respectiv hipofizo-ovarian. În mod paradoxal, excesul de androgeni nu determină o creștere proporțională a interesului sexual, a dorinței și libidoului, ci dimpotrivă modifică în sens negativ aceste domenii, precum și secundar cel al satisfacției sexuale generale și a orgasmului.

Reversibilitatea acestor modificări odată cu ameliorarea greutateii corporale și a schimbării stilului de viață este surprinzătoare și convingătoare.

Overweight: impact on sexuality in young couples

Dana Stoian

University of Medicine and Pharmacy “Victor Babes” Timisoara, Clinic of Obgyn No 1, County Hospital no 1

The association between overweight and erectile dysfunction is well documented. Multiple studies, regarding the cascade metabolic syndrome – metabolic changes – partial testosterone deficiency – endothelial dysfunction – erectile dysfunction, changed the general approach to the sexuality of adult overweight man.

The same changes, more dramatic ones, are seen in young obese men below 40 years of age, without previous hormonal dysfunction. They are reversible after weight loss. In young women, the impact of overweight is variable. Obesity is affecting sexuality indirectly, mediated by the changes in self-image, altered body image and personal satisfaction. Moreover, overweight young women have a load of the hypophyseal - corticosuprarenalian axis, and also hypophyseal – ovarian axis. Paradoxical, androgen excess is not associated with a proportional increase in sexuality, contrary there is a decrease in sexualities, libido, arousal, and secondary in orgasm and sexual satisfaction.

The reversibility of all these changes is impressive, in parallel with weight loss and sustained changes in life style.

What is new in the surgical treatment of peyronie's disease and priapism?



Prof. Dr. Ateş Kadioğlu
Professor of Urology

Chief Section of Andrology, Department of Urology, University of Istanbul.

Ateş Kadioğlu was born in Istanbul in 1959. He earned his medical degree at the Istanbul Faculty of Medicine, University of Istanbul in 1983, where he served as a resident and clinical instructor until 1990. He became associate professor in 1994 and full-professor in 2000. He is former president of Turkish Society of Andrology. He is currently the chief of the Andrology Section of Department of Urology in Istanbul Faculty of Medicine and vice president of Turkish Urological Association. He is a lecturer and researcher in the field of sexual medicine and infertility. Dr. Kadioğlu has authored 74 original articles in peer-reviewed journals and received 612 citations. His main interest of research is Peyronie's disease and varicocele.

He is a member of ESSM, EAU, AUA, ISSM, ISSWSH and ASRM. He is a reviewer for European Urology and served as reviewer for Sexual Medicine. He was member of the committee of pathophysiology of FSD, for the 2nd and chairman of the committee of priapism for the 3rd International Consultation on Erectile and Sexual Function. He is married and has two daughters. He speaks English and German.

Surgical correction is the gold standard treatment option for PD, having the most reliable and sustained outcomes for correction of penile deformities. Surgery should only be considered after stabilization of the disease (that is, 12 months after the onset of disease or once the deformity has been stable and painless for at least 3 months, preferably 6 months), or in the presence of severe penile shortening or severe deformity that causes difficulty in penetration, or in the presence of plaque calcification, or after previously failed conservative treatment or when the patient wants the most definitive result. The surgical treatment options available for PD involve different techniques which can be divided into two main categories: 1-Reconstructive surgeries based upon either shortening the convex side or lengthening the concave side of the TA by incision or partial excision of plaque and use of different types of grafts for closure of defect. 2-Penile prosthesis implantation with or without additional procedures such as remodeling, plication and grafting.

Tunical shortening procedures are ideal for men with good erectile capacities, penile curvatures less than 60° and predicted postprocedural length loss less than 20% of the erect penile length. Penile lengthening procedures with grafting are indicated in the presence of severe penile length loss, curvatures greater than 60° and prominent hourglass deformities. Among autologous graft materials, saphenous vein and tunica albuginea are commonly used; whereas cadaveric/bovine pericardium and 4-layer small intestinal submucosa (SIS) seem to be promising allografts/xenografts. Meanwhile, implantation of penile prosthesis is the standard procedure in men with erectile dysfunction (ED) who do not respond to conservative treatment. If residual penile curvature is less than 30° after implantation, no further treatment is required; whereas if it is over 30°, penile straightening may be achieved by manual modeling. Additional procedures such as penile plication or Nesbit procedure can be performed if modeling fails to correct deformity after penile prosthesis implantation. However, if the incision results in a tunical defect greater than 2 cm, grafting with autologous rectus fascia, allograft pericardium or SIS is generally recommended to decrease the risk of recurrent contractures or herniation of the prosthetic cylinders. As a novel approach, transcorporal incision (TCI) followed by penile prosthesis implantation in PD patients with refractory ED was reported. TCI is a minimally invasive endoscopic approach for plaque incision from within the corpora. The technique is performed at the point of maximum deformity to provide straightness and length to the penis before calibration of the corpora cavernosa, allowing implantation of a longer prosthesis in a straight penis with no need of mobilization of the NVB and a secondary incision. Post-TCI, both corpora were of equal length with an average increase of 2.5 (11.9%) cm on the right side and 1.9 (9.1%) cm on the left. All patients were satisfied with the surgical outcome and none of them reported sensory deficit or residual curvature.

Priapism is a full or partial erection which continues more than 4 hours beyond sexual stimulation and orgasm or is unrelated to sexual stimulation. There are three types of priapism such as ischaemic, non-ischaemic and stuttering priapism. Surgical management of ischemic priapism is indicated after repeated penile aspirations and injections of sympathomimetic injections have failed or if such an attempt has resulted in significant cardiovascular side effects.

The ISSM Standards Committee (expert opinion) have stated that shunting is to be considered for priapism events lasting ≤ 72 hours. The objective of shunt surgery is oxygenation of the corpus cavernosal

smooth muscle (CCSM). The technical goal of shunting in ischemic priapism is to re-establish outflow from the cavernous bodies by creating a communication to the glans, or corpus spongiosum or directly to a vein. Shunt procedures are subdivided into 4 groups: Percutaneous distal shunts (Winter, Ebbehøj, Lue), open distal shunt (Al-Ghorab, Burnett), open proximal shunt (Quackles, Sacher), Saphenous vein (Grayhack), superficial or deep dorsal vein (Barry). A cavernoglanular (corporoglanular) shunt should be the first choice of the shunting procedures because it is the easiest to perform and has the fewest complications. This shunting procedure can be performed with a large biopsy needle (Winter) or a scalpel (Ebbehøj) inserted percutaneously through the glans. It can also be performed by excising a piece of the tunica albuginea at the tip of the corpus cavernosum (Al-Ghorab). A recent surgical technique for facilitating corporal blood evacuation by retrograde insertion of a cavernosal dilator through the excised tunical windows of the distal corpora cavernosa after transglandular incision was also reported. Proximal shunting using the Quackles or Grayhack procedures may be warranted if more distal shunting procedures have failed to relieve the priapism. While open shunt procedures are likely to result in higher shunt patency rates, there is no data comparing percutaneous and open distal shunts; the surgeon must be guided by familiarity with various techniques. In cases where a distal shunt fails, a proximal shunt is indicated.

The most commonly performed proximal shunt is the unilateral shunt, described by Quackles in 1964. Proximal corpus cavernosum to spongiosum (CC – CS) shunt procedures require a trans-scrotal or perineal approach. There is no data comparing bilateral (Sacher) and unilateral CC - CS shunts. Typically, bilateral shunts are staggered; right side and left side are separated by a distance of at least 1cm in an effort to minimize the risk of urethral stricture at the point of CC – CS communication. In cases where proximal shunt fails, some have advocated performing a saphenous vein by-pass or deep dorsal vein procedure.

T shunt is a new approach in the treatment of ischaemic priapism that are refractory to intracavernous injection of diluted α -adrenergic medications. In ischaemic priapism of >3 days' duration. The technique is performed by vertical placement of no 10 blade from glans to corpus cavernosum 4 mm distance to urethral meatus in order prevent urethral injury, after 90° rotation blade is removed, 50 mm² shunt area should be provided following rotation and removal of blade.

Tunneling is the part of shunting techniques for priapism lasting longer than 3 days, 20 Fr dilatator and 7/8 Hegar dilatator is used to create tunnelling of the corpora cavernosa.

In men presenting with ischemic priapism of duration >36 hours or failing interventions, severe erectile dysfunction is inevitable. Consideration may be given to implantation of a penile prosthesis for unresolved ischemic priapism. Complications related to immediate implantation of penile prosthesis for unresolved ischemic priapism are significantly high, but delayed placement of penile prosthesis is technically challenging due to corporal fibrosis, and outcomes may be compromised due to penile shortening. The patient must be fully informed of the risks of immediate implantation.

The initial management of high-flow priapism is conservative. Selective arterial embolization is recommended for the management of non-ischemic priapism in patients who request treatment. The embolization with either temporary or permanent materials may cause ED. Overall success rates with embolization are high, although a single treatment carries a recurrence rate of 30-40%. There are no comparative outcome studies of selective pudendal catheterization and embolization techniques. Where angioembolization fails or is contraindicated, surgical ligation is reasonable.



Beatrice Cuzin MD, MSc

Hospital Edouard HERRIOT, Service Urologie, Lyon, France

Béatrice Cuzin graduated in Medicine, and completed her Urology residency program in Lyon University, France. In present she is Chief of Andrology in the Department of Urology and Transplantation of E Herriot Hospital, Lyon, France. She is involved in several international clinical trials on the pharmacological treatment of erectile dysfunction, but also female sexual dysfunction.

Author of several peer-reviewed papers and chapters on Erectile Dysfunction. Invited speaker and moderator in several Urological-Andrological Meetings.

Formerly: Chairman of ESSM Congress of Lyon in 2009, and member of several national and international panels for Consensus Consultations on Erectile Dysfunction.

Presently: member of EDITORIAL BOARD: Journal of Sexual Medicine (I Goldstein), Sexologies (European Journal of Sexologie and Sexual Health (M Bonierbale); member of the EC of ESSM, reviewer for European Urology; member of the following medical societies: Association InterHospitalo Universitaire de Sexologie, Association Française d'Urologie, International Society for Sexual Medicine, European Society for Sexual Medicine (EC: 2004 – 2007, 2009-1012), European Urological Association, Association InterHospitalo Universitaire de Sexologie, Société d'Andrologie en langue française, Société Francophone de Médecine Sexuelle.

NEBIDO®



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Terapia cu testosteron - reducerea rezistenței la insulină și îmbunătățirea controlului glicemic¹

Nou

Nebido® (testosteron undecanoat)

O singură administrare menține nivelul optim al testosteronului până la 14 săptămâni²

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

Bibliografie

1. D Kappor1, S, E Goodwin1, K S Channer2 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: carcinomul androgen-dependente de prostată sau de glandă mamară a bărbatului; tumoră hepatică actuală 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 injectării (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 membrelor inferioare, artralgii, amețeli, hipersudorație, cefalee, tulburări respiratorii, acnee, dureri mamare, ginecomastie, prurit, tulburări cutanate, dureri testiculare, tulburări prostatice, hematoame subcutanate la locul injectării. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** Schering AG, Mullerstrasse 178, D-13342, Berlin, Germania.

Nebido se eliberează numai cu prescripție medicală. Pentru informații complete consultați Sumanul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv profesionștilor din domeniul medical.

REI-RO2007.0135



Din nou în formă

Avantajele terapiei cu testosteron cu absorbție prelungită

Coca Vasile

Cab. Consiliere Sexologică și Medicina Sexualității, Cl. Endocrinologică, Sp. Clinic Jud. de Urgență – Cluj-Napoca

Hipogonadismul adultului ca și entitate fiziopatologică, cu excepția unor cazuri particulare, cunoscute și cu caracter clinic, de reducere sau anulare a funcției gonadice, se suprapune practic peste etiopatogeneza hipogonadismului cu debut insidios sau a *low onset hypogonadism*-ului (LOH). Incidența acestuia realizează o progresie corelată cu vârsta, prevalența pe grupe de vârstă fiind progresiv mai mare odată cu apropierea de perioada senioratului. Practic, începând cu vârsta de 30 (Harman et al. 2001) sau cel mult 40 de ani (Rhoden et al. 2004) există o concordanță semnificativă între scăderea nivelelor serice de testosteron și testosteron liber și creșterea titrului de globulină transportoare (SHBG).

Alături de vârstă, bolile metabolice (obezitatea, sindromul metabolic, diabetul zaharat tip 2) cresc prevalența hipogonadismului (hG), incidența lui progresivă cu vârsta corelându-se de altfel și cu o creștere „fiziologică” în greutate pe seama țesutului gras (în special abdominal) de cca. 20% (Vermoelen et al. 1998) începând cu vârsta de 40 de ani.

Nivelul seric normal al testosteronului condiționează comportamentul și instinctul sexual al bărbatului, controlează histologia și fiziologia normală a aparatului erectil (în special a corpului cavernos și a interrelației dintre stimularea endoteliu-nervoasă și răspunsul miocitului sincițial), precum și a capacității fertilizante.

În general, substituția androgenică cunoaște toate formele de administrare farmacologică. Preparatul Testosteron cu absorbție prelungită, 250 mg/ml, 1000 mg/fiolă a 4 ml, administrat i.m. odată la 6–12 săptămâni oferă toate avantajele unei farmacoterapii moderne, eficiente și cu target-uri farmacodinamice reale. Absorbția prelungită a testosteronului din acest preparat oferă un titru seric constant și de lungă durată realizând o impregnare androgenică adecvată cu o atitudine psiho-comportamentală corespunzătoare (Yassin et al. 2006) respectând optim atât parametrii de eficacitate: revigorarea funcției sexuale (Aversa et al. 2008) și ameliorarea compoziției corporale și a tonusului muscular (Svartberg et al. 2008), cât și pe cei de siguranță: hematocrit în limite normale (Zitzman et al. 2008) și lipsă de reactivitate patologică a prostatei (volum și PSA) (Wang et al. 2009).

În concluzie, preparatul Testosteron cu absorbție prelungită are o farmacocinetică capabilă să inducă o farmacodinamică stabilă, cu o bună eficiență farmacologică datorită absorbției prelungite. Administrarea modernă conferă o bună complianță și oferă siguranță terapeutică, fiind recomandabil inclusiv bărbaților aflați la vârsta riscurilor prostatice și hemoreologice.

The advantages of the testosterone substitution using a long acting pharmaceutical product

Coca Vasile

Sexual Counseling & Sexual Medicine Department, Division of Endocrinology, County Clinical Hospital – Cluj-Napoca

Except some particular known clinical situations when gonadic activity is dramatically reduce or even failed, mature hypogonadism, is basically overtake on the low onset hypogonadism (LOH). Its incidence in general population is progressive and link to the age progression, becoming more evident near the senior ages. Actually starting with the age of 30 (Harman et al. 2001) or maximum 40 years old (Rhoden et al. 2004) there is a significant concordance between the testosterone and free testosterone serum levels lowering and the sexual hormone binding globulin (SHBG) enhancement.

Alongside age, metabolic disease (obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes) also increases the prevalence of hypogonadism (hG), its age related progressive incidence being however correlated to a „physiological” weight gain against the abdominal adipose tissue. In the next approximately twenty five years it could be about 20% over initial weight (Vermoelen et al. 1998) starting from the age of around 40.

Normal testosterone serum level confer the specific male sexual behavior and sex-drive, controls the normal histology and physiology of the erectile tissue (particularly the cavernous tissue and the relationship between the endothelial and nerve stimulation and the cavernous smooth muscle relaxation), as well as the fertilization capability.

Testosterone substitution recognized all the pharmacological admissions. It has all the advantages of a modern pharmacotherapy with real efficiency. Specific pharmacokinetic (serum prolonged absorption, long acting molecule) of this testosterone drug realize a normal androgenic body permeation, adequate to a male specific behavior (Yassin et al. 2006) and corresponding to both, efficacy parameters: improvement of sexual function (Aversa et al. 2008) and body composition (Svartberg et al. 2008) and safety parameters: serum blood cells concentration (Zitzman et al. 2008) and prostate reactivity in volume and specific antigen (Wang et al. 2009).

Finally, we can say that Testosterone with prolonged absorption is a safe testosterone drug having pharmacokinetic properties capable to induce a stabile positive effect, especially due to the long action by a prolonged absorption. The convenient and modern admission induce a good compliance and a safety therapy, this drug being recommended not even in younger but also in prostate and red cells stability risk period of male persons with clinical and serum androgen deficiency.

P1. Evaluarea funcției sexuale a pacienților oncologici de sex masculin după intervenții chirurgicale radicale în sfera pelvină

Petruț B, Nechita F, Țintilă B, Codreanu C, Hogeia M, Gherman V, Schitcu V, Popescu DS, Irimie A

Obiectivul acestui studiu a fost de a evalua în mod prospectiv funcția sexuală a pacienților de sex masculin care au fost supuși intervențiilor chirurgicale de exereză radicală pelvină în sfera urologică.

Material și metodă. Au fost incluși în studiu 59 de bărbați operați în perioada iunie 2008 - februarie 2010 în cadrul departamentului de Urologie al IOCN. La 43 din aceștia s-a practicat prostatectomia radicală retropubică, respectiv laparoscopică, iar la 17 pacienți s-a practicat cistectomia radicală clasică, respectiv laparoscopică. Vârsta medie a fost de 65,23 de ani. Funcția sexuală a fost evaluată folosind chestionarul IIEF pentru evaluarea preoperatorie, respectiv varianta prescurtată a acestuia, IIEF 1-5, 15 pentru evaluarea funcției erectile postoperatorii.

Rezultate. Prezervarea uni- sau bilaterală a bandetelor neuro-vasculare, respectiv a vârfului veziculelor seminale în cadrul prostatectomiei radicale a reprezentat un factor de prognostic important în prezervarea funcției erectile postoperatorii. De asemenea, în cadrul cistectomiei radicale prezervarea apexului prostatic a reprezentat un factor independent de prognostic pentru reluarea funcției erectile după intervenția chirurgicală. Radioterapia, respectiv hormonoterapia adjuvantă, au reprezentat factori de prognostic negativ în ceea ce privește funcția sexuală a bărbatului.

Concluzii. Prezervarea inervației pelvine în cadrul operațiilor pelvine cu viză oncologică este unul dintre cei mai importanți factori predictivi ai prezervării funcției erectile. La pacientul oncologic, calitatea vieții sexuale în contextul prezervării funcției erectile este dependentă de factori psihologici, precum și de integrarea sau nu într-un protocol de chimio- sau radio-terapie. Rezultă deci necesitatea abordării multidisciplinare a sexualității în cazul pacienților uro-oncologici.

Evaluation of sexual function of male cancer patients after radical surgery in the pelvic area.

Petruț B, Nechita F, Țintilă B, Codreanu C, Hogeia M, Gherman V, Schitcu V, Popescu DS, Irimie A

The objective of this study was to prospectively evaluate sexual function of male patients who underwent surgical excision in radical pelvic urological field.

Material and methods. Included in the study were 59 men operated on between June 2008 - February 2010 in the Department of Urology at the Oncological Institute Cluj Napoca. 43 of them underwent radical retropubic prostatectomy, laparoscopic respectively, and 17 patients underwent laparoscopic radical cystectomy. The mean age was 65.23 years. Sexual function was assessed using the IIEF questionnaire for preoperative evaluation and its short version IIEF for the erectile function: questions 1 to 5 and 15.

Results. Unilateral or bilateral preservation of the neuro-vascular strips, respectively of the tip of seminal vesicles in the radical prostatectomy was an important prognostic factor in preserving postoperative erectile function. Also, in the case of radical cystectomy, preservation of the prostatic apex was an independent prognostic factor for the resumption of erectile function after surgery. Radiotherapy and adjuvant hormone therapy were negative prognostic factors in terms of male sexual function.

P2. Implicarea terapiei multimodale a cancerului de prostată în viața de cuplu: abordul clasic, robotic și HIFU

Cristian Manea, Ioana Hirișcău, Radu Maxim, Nicolae Crișan, Mihaly Zoltan, Carmen Lăpușan, Ioan Coman
 Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca; Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca, Centrul de Robotică, România; Clinica Endoplus Cluj-Napoca, Centrul HIFU, România

Introducere: Diagnosticul și tratamentul cancerului de prostată determină adesea efecte secundare fizice semnificative și asociază elemente de stres psiho-social care pot interfera cu relația intimă din cadrul cuplului. Studiul nostru își propune să evalueze viața sexuală a cuplurilor și să determine orice potențială disfuncție a dinamicii sexuale ce ar putea apărea înainte și după efectuarea unei prostatectomii radicale ca intenție radicală de tratament a cancerului prostatic, prin metoda clasică, robotică sau HIFU.

Metodă: Au fost evaluați 55 de bărbați diagnosticați cu cancer de prostată localizat și local avansat, împreună cu partenerii lor; în total, 20 de cupluri din serviciul de urologie al CHU Rangueil Toulouse, Franța și 35 de cupluri din centrul de Robotică și HIFU din Cluj Napoca, România. Evaluarea inițială a avut ca scop identificarea disfuncțiilor de dinamică sexuală înainte de intervenție. Cuplurile au completat un chestionar înainte de intervenție și au fost informați cu privire la efectele imediate și pe termen lung ale intervenției și asupra soluțiilor terapeutice existente. Toți pacienții au fost supuși unei intervenții pentru cancer de prostată, astfel: intervenție clasică la 30 de pacienți, intervenție cu ajutorul robotului chirurgical la 10 pacienți și tratament HIFU la 10 pacienți.

Rezultate: Fiecare partener al cuplului a fost reevaluat la două luni după intervenție. Prin această evaluare a comportamentului sexual am obținut informații valide care ne-au ajutat să luăm o decizie terapeutică optimă. Cuplurile au răspuns la fiecare chestionar instituit preoperator și postoperator, iar rezultatele au fost calculate. Contribuția echipei noastre de cercetare are ca rezultat individualizarea unei grile pentru această patologie.

Concluzii: Conservarea intimității sexuale este o problemă importantă care trebuie luată în considerare pentru ca partenerii să întrețină o activitate sexuală satisfăcătoare în cuplu. Implementarea unui chestionar organizat și individualizat este un important instrument informativ și predictiv asupra profilului sexual al vieții de cuplu. Totodată, acesta este esențial unei decizii post-terapeutice corespunzătoare.

Prostate cancer multimodal therapy involvement in couple life: open, robotic and HIFU approach

Cristian Manea, Ioana Hirișcău, Radu Maxim, Nicolae Crișan, Mihaly Zoltan, Carmen Lăpușan, Ioan Coman
 Medicine and Pharmacy University, Cluj Napoca, Romania; Cluj Municipal Clinical Hospital, Robotic Center, Romania; Endoplus Clinic, Cluj Napoca, HIFU Center, Romania

Introduction: The diagnosis and treatment of prostate cancer often results in significant physical side-effects and associated psycho-social stressors that can interfere with the experience of sexual intimacy for couples. Our study aims to evaluate couples' sexual life and to determine any potential sexual dynamic dysfunctions which could occur before and after performing classic, robotic and HIFU radical prostatectomy as a radical therapy in prostate cancer.

Method: 55 men diagnosed with localized and locally advanced prostate cancer, along with their partners, will undergo evaluation; in total 20 couples from the CHU Rangueil Toulouse urology service in France and 35 couples from the Robotic and HIFU Surgery Center in Cluj Napoca Romania. The initial evaluation aimed to identify sexual dynamic dysfunctions before the intervention. The couples filled in an interview sheet before the intervention and were informed about the immediate and long term effects of the intervention and of existing therapeutic solutions. All patients underwent the prostate cancer intervention as follows: 30 patients underwent open surgery, 10 patients robotic surgery and 10 patients HIFU therapy.

Results: Each partner of the couple was reevaluated two months after the radical therapy. The main goal of evaluating the sexual behaviour was to obtain valid information in order to make the optimal therapeutic decision. The partner's answer frequency for both pre and postoperative of each item of the questionnaire was calculated.

Our research team's contribution is the individualization of the grid on the respective pathology.

Conclusions: The preservation of sexual intimacy is an important issue to consider, as the majority of older adults continue to value, engage in, and enjoy sexual activity throughout their lives. Bringing into being an organized and individualized questionnaire is an important informative and predictive tool for outlining the profile of the sexual life of a couple and also for making the proper post-therapeutic decision.

P3. Evaluarea disfuncției erectile prin ecografie Doppler peniană în practica clinică. Tehnică, aplicații, limite

¹Zeno Spârchez, ²Daniel Porav, ²Ioan Coman

¹Clinica Medicală 3, ²Clinica de Urologie, Universitatea de Medicină, Cluj Napoca

Ultrasonografia Doppler are un rol important în determinarea cauzei disfuncției erectile. Afectarea vasculară peniană poate duce la tulburări ale erecției sau chiar la impotența completă. Aproape 30% din cazurile de DE au ca și cauză prezența unei boli sistemice ce afectează vascularizația peniană. Ecografia Doppler peniană (EDP) (color-duplex) combinată cu testul de farmacoerecție reprezintă o metodă valoroasă, noninvazivă de investigare a aportului arterial de sânge și a competenței mecanismului venoocluziv. Viteza maximă sistolică și modificarea diametrului arterei cavernoase sunt indicatori ai aportului de sânge arterial, în timp ce indicele de rezistivitate este folosit de unii autori pentru aprecierea influxului de sânge la nivelul penisului.

Pentru a asigura o acuratețe înaltă a EDP, măsurătorile velocimetrice trebuie efectuate la nivelul bazei penisului, utilizând un unghi Doppler de 60°.

Folosirea agenților orali precum inhibitori de 5 fosfodiesterază (I5PDE) sau a agenților cu administrare intrauretrală a schimbat protocolul de examinare. Utilizarea cocktailurilor noi de tipul Trimix-ului este superioară I5PDE și este asociată cu mai puține efecte adverse în comparație cu “vechea” Papaverină.

În DE arteriogenică, o serie de parametri, precum diametrul AC, VMS, gradul dilatării arteriale, timpul de accelerație sistolică, au fost utilizați în diagnostic. Dintre aceștia, VMS sub 25 cm/sec este considerat indicatorul cu cea mai mare acuratețe a bolii arteriale.

În practică, există câteva condiții particulare care pot influența în sens negativ rezultatul unei EDP precum prezența unor vase colaterale din AC contralaterală sau din artera dorsală peniană sau prezența unei fistule arteriovenoase sau arterio-sinusoidale. Evidențierea unor VMS peste 100 cm/sec sau discrepanțe mari între VMS în cele 2 AC pot fi întâlnite și trebuie interpretate în consecință. Pentru evaluarea patului vascular distal penian, și anume a micilor artere helicine, este necesară utilizarea tehnicii Power Doppler cu/fără agenți de contrast.

Doppler evaluation of erectile dysfunction in clinical practice. Technique, applicability, limitations

¹Zeno Spârchez, ²Daniel Porav, ²Ioan Coman

¹3rd Medical Clinic, ²Urological Clinic, University of Medicine, Cluj Napoca, Romania

Doppler evaluation in erectile dysfunction (ED) has a significant role in determining the cause of ED. Penile vascular disorders may result in impaired erection or complete impotence. Almost 30% of erectile dysfunction is due to the presence of systemic disease which affects the blood supply to the penis. Penile color-coded duplex sonography (PDS) combined with the phamacoerection test represents a valuable, non-invasive approach to investigate arterial and veno-occlusive function.

Peak systolic velocity and a change in cavernous artery diameter are indicators of arterial inflow, while the pathological and diastolic velocity and resistance index point out veno-occlusive dysfunction. Some authors have investigated the role of velocities in CA in the flaccid state of the penis. To ensure a high accuracy of PDS the measurements should be performed at the base of the penis, with a Doppler angle below 60°.

The use of oral agents like PDE inhibitors or the intraurethral agents changed the investigation protocol. The new cocktails like Trimix for intracavernosal use are superior to 5PDE inhibitors and are associated with less side

effects in comparison to the "old" papaverine.

In arteriogenic ED various parameters, such as diameter of the cavernosal artery, peak systolic flow velocity, degree of arterial dilatation and acceleration time, have been suggested for the diagnosis, but peak systolic flow velocity <25cm/s is the most accurate indicator of arterial disease.

There are several particular conditions like presence of collateral vessels from the contralateral CA or dorsal artery, arteriovenous or arterio-sinusoidal fistula that may alter the results of PDS. Unexpected results like very high velocities in CA (>100 cm/s) or discrepancies between the velocities in the 2 CA may be encountered and should be interpreted accordingly.

To assess the distal arterial bed for anomalies of the small helicine arteries and to diagnose a arteriolar disease, Power Doppler technique with or without contrast agents is mandatory.

P4. Evoluția homeostaziei glicemice după substituție testosteronică în hipogonadismul din sindromul metabolic cu diabet zaharat tip 2 nou diagnosticat

V Coca¹, I Duncea¹, MC Coca², M Ispas³, D Simu³

¹Cl. Endocrinologică, ²Laborator Clinic Central, ³Centrul de Diabet, Sp. Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Hipogonadismul (hG) asociat sindromului metabolic (SMet) se corelează semnificativ cu insulinorezistența (Johnes TH et al. 2007). Substituția testosteronică în SMet reduce insulinorezistența (American Society of Andrology Statement, 2005).

OBIECTIVE: Evaluarea glicemiei bazale, a hemoglobinei glicate și a nivelelor serice de insulină și respectiv peptid C, la pacienți având sindrom metabolic cu diabet zaharat tip 2 nou-diagnosticat, după o cură de testosteron cu absorbție prelungită.

METODĂ: La bărbați cu sindrom metabolic (SMet), diabet zaharat tip 2 (T2D) nou-depistat și disfuncție erectilă (DE) cu hG (Gr. A = 22 cazuri) s-au determinat: glicemia bazală (Gly), hemoglobina glicată (A1c), insulinemia bazală (Ins), peptidul C (Pep C), colesterolemia (Col), trigliceridemia (TG), lipoproteinele cu densitate crescută (HDL), tensiunea arterială (TA), indicele de masă corporală (IMC) și circumferința abdominală (CA) la înrolare (V1) și după o cură (V2) de testosteron cu absorbție prelungită (T) - testosteron undecanoat fiole a 250 mg/ml (4 f în total, 1 f/10 săptămâni). Siguranța terapiei de substituție s-a evaluat măsurându-se: hematocritul (Ht), antigenul prostatic (PSA) și testosteronemia totală (Tt) (Testosterone Replacement Therapy For Male Aging: ASA Position Statement, 2007). Evaluări: DE = sub 20 puncte IIEF-5 (SHIM); SMet = NCEP/ATP III; T2D = ADA 2009; hG = Current Guidelines for the Diagnosis of Testosterone Deficiency, 2009 (< 12 nM/L). Lotul de control (Gr. B = 20 cazuri) a urmat același design doar că s-a administrat apă distilată injectabil.

REZULTATE: În tabelul de mai jos sunt redate valorile caracteristice homeostaziei glicemice înainte și după administrare de testosteron:

Itemii*	Gr. A			Gr. B		
	V1	V2	P	V1	V2	P
Gly	7.6±0.54	7.4±0.81	0.27	7.27±0.8	7.01±0.44	0.25
A1c	7.7±0.2	6.3±0.11	0.001	7.89±0.5	7.18±0.2	0.84
Ins	30.1±2.6	20.3±1.9	0.05	29.9±3.1	23.03±3.0°	0.01
Pep C	3.8±0.04	3.3±0.06	0.9	3.72±0.21	3.5±0.09	0.37

*Gly = mmol/L; A1c = %; Ins = μUI/mL; Pep C = ng/mL. ° Semnificația statistică a diferenței Gr. A vs. Gr. B a fost P < 0.05.

CONCLUZII: În condițiile managementului diabetului zaharat, substituția testosteronică ameliorează valorile serice ale hemoglobinei glicate și, respectiv, ale insulinemiei. Scăderea semnificativă a A1c după substituția testosteronică, în contrast cu evoluția glicemiilor bazale, ar putea fi explicată prin ameliorarea nivelelor ascensiunilor glicemice postprandiale.

Blood glucose homeostasis aspects after testosterone substitution in hypogonadic metabolic syndrome with recently diagnosed type 2 diabetes

V Coca¹, I Duncea¹, MC Coca², M Ispas³, D Simu³

¹Division of Endocrinology, ²Central Clinical Laboratory, ³Diabetes Center, County Emergency Clinical Hospital, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Metabolic syndrome (MetS) associated hypogonadism (hG) correlates to insulin resistance (Johnes TH et al. 2007). Testosterone substitution in MetS decreases insulin resistance (American Society of Andrology Statement, 2005).

OBJECTIVE: To assess before and after long acting testosterone (T) substitution the fasting serum glucose (Gly), glycated hemoglobin (A1c), basal insulin (Ins) and C peptide (CPep) levels in men having metabolic syndrome with newly diagnosed type 2 diabetes (T2D) and erectile dysfunction (ED) with hypogonadism.

METHODS: In 42 men having MetS, T2D, ED and hypogonadism, Gly, A1c, Ins, CPep, serum total cholesterol (Chol), triglycerides (TG), high density lipoprotein (HDL), blood pressure, body mass index and abdominal circumference (waist: W) were measured at the inclusion (V1) and at the final assessment (V2). While in 22 participants 4 ampoules of long acting testosterone undecanoate (250 mg/ml) was administered at every 10 weeks, the other 20 men received placebo, also injected. Final assessment (V2) was considered at ten weeks after the last injection. Diagnosis establishments: ED = IIEF-5 (SHIM) questionnaire; MetS = NCEP/ATP III; T2D = ADA Statement 2009; hG = Current Guidelines for the Diagnosis of Testosterone Deficiency, 2009 (< 12 nM/L).

RESULTS: In the below table the glucose metabolism followed items are show.

CONCLUSION: Testosterone substitution decreased the glycated hemoglobin and improved insulin serum level. A1c diminish in the testosterone substitution cases, in contrast to the unchanged fasting glucose mean level, could be explained by the possible limitation of the after meal glycaemic elevations.

P5. Calitatea funcției erectile la partenerii femeilor cu lubrifiere vaginală diminuată pe fond de diabet zaharat tip 2

Coca V¹, Coman I², Micluția I³, Mureșan B³, Manea C²

¹Cl. Endocrinologie, Sp. Clinic Jud. de Urgență, ²Cl. Urologică, Sp. Clinic Municipal, ³Cl. Psihiatrie, Sp. Clinic Jud. de Urgență, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Diabetul zaharat tip 2 induce disfuncție sexuală feminină (DSF), exprimată și sub forma diminuării lubrifierii vaginale cu dispareunie (intercurs sexual dureros). Este singura formă de DSF diabetică de cauză organică dovedită.

OBIECTIVE: Am studiat prevalența și calitatea disfuncției erectile (DE) la bărbații partenerelor cu diabet zaharat tip 2 (T2D) complicat cu lubrifiere vaginală diminuată (LVD).

METODĂ: S-au evaluat 35 de cupluri active sexual, împărțite în două grupuri: Gr. A=21 cupluri de femei cu T2D+LVD; Gr. B=14 cupluri cu parteneri fără diabet. Vârsta: Gr. A=47.76±2.12 ani; Gr. B=45.08±4.44 ani. Vechime diabet (Gr. A): 9.89±1.23 ani. La Gr. A evaluările s-au făcut în funcție de vechimea LVD: a) sub 12 luni și b) peste 12 luni. Bărbații din gr. A au fost comparați cu cei din gr. B. Determinări: 1. DSF: scorul FSFI-6; 2. LVD: domeniul respectiv al FSFI (Q7-10; Q19). 3. DE: scorul IIEF-5 (SHIM); 4. frecvența coitală: relațiile intime/lună (ultimele 6 luni); 5. prevalența erecțiilor de gr. IV; 6. prevalența tumescenței peniene nocturne (TPN)/săptămână.

REZULTATE: Prevalența generală a DE: Gr. A=66.6% (14 cazuri) vs. Gr. B = 28.6% (4 cazuri). Frecvența coitală: Gr. Aa=12.7±3.2 (P<0.02); Gr. Ab=6.3±1.4 (P<0.001); Gr. B=18.4±7.2. Prevalența erecțiilor grad IV: Gr. Aa=62.8% (P<0.001); Gr. Ab=54.6% (P<0.001); Gr. B=97.8% (semnificația comparației Gr. Aa vs. Gr. Ab: P=0.0279). Prevalența TPN: Gr. Aa=79.3% (P<0.9); Gr. Ab=79.4% (P<0.9); Gr. B=87.3%.

CONCLUZII: Femeile cu T2D+LVD au semnificativ mai frecvent parteneri cu DE. Aceste cupluri au o frecvență coitală mai scăzută în concordanță și cu vechimea LVD. EA nu influențează prevalența erecțiilor de grad IV. Prevalența TPN la partenerii femeilor cu T2D+LVD este nesemnificativ diminuată și necorelată cu vechimea LVD, sugerând, astfel, etiologia psihogenă a DE, cel mai probabil prin stres psiho-social de tip partenerial.

Erectile function in sexual partners of females accusing type 2 diabetes induced insufficient vaginal lubrication

Coca V¹, Coman I², Micluția I³, Mureșan B³, Manea C²

¹Endocrinological Division, County Emergency Hospital, ²Urology Division, Community General Hospital, ³Psychiatry Division, County Emergency Hospital – Cluj-Napoca.

BACKGROUND: Type 2 diabetes mellitus (T2D) cause sexual dysfunction in both genders. Diabetes induced female sexual dysfunction (FSD) can be express among other things by a lack of vaginal lubrication LVL or vaginal dryness with dyspareunia. It is a proved diabetes physical induced FSD.

OBJECTIVE: We evaluated the prevalence and the quality of ED in male sexual partners of women accusing T2D inducing LVL.

METHOD: 35 sexually active couples were divided in two groups: Gr. A = 21 couples of women with T2D+LVL and non-diabetic men. Gr. B = 14 couples containing non-diabetic partners. Gr. A was subsequently divided in Gr. Aa with LVL ≤ 12 months and Gr. Ab with LVL ≥ 12 months. Mean age: 47.76±2.12 years old. Diabetes history: 9.89±1.23 years. Evaluation instruments: FSFI – 6, FSFI-LVL domain (Q7-Q10, Q19.) and IIEF – 5. Men from both groups were compared between them according: the general ED prevalence, the intercourse frequency in the last 6 month, the prevalence of 4 degree level erections and the weekly frequency of nocturnal penile tumescence (NPT).

RESULTS: General DE prevalence: Gr. A=66.6% (14 cases) vs. Gr. B = 28.6% (4 cases), $P < 0.001$. Intercourse frequency: Gr. Aa=12.7±3.2 ($P < 0.02$); Gr. Ab=6.3±1.4 ($P < 0.001$); Gr. B=18.4±7.2. Prevalence of 4 degree level erections: Gr. Aa=62.8% ($P < 0.001$); Gr. Ab=54.6% ($P < 0.001$); Gr. B=97.8% (significance of comparison of gr. Aa vs. gr. Ab: $P = 0.0279$). Frequency of nocturnal penile tumescence: Gr. Aa=79.3% ($P < 0.9$); Gr. Ab=79.4% ($P < 0.9$); Gr. B=87.3%.

CONCLUSIONS: Women with T2D+LVL has more often ED sexual partners. Sexual intercourse in these couples are less frequent and concordant to LVL history. Nevertheless an older LVL do not affect the 4 degree level erections prevalence in men having T2D+LVL female partners. Similar prevalence of NPT in male participants of both groups can suggest a psychological ED induced by cople relationship psycho-social distress.

P6. Evaluarea funcției erectile la pacienții propuși pentru puncție biopsie prostatică

Radu Maxim², Cristian Manea², Răzvan Mănescu², Ioan Coman¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca; ²Clinica Endoplus, Cluj Napoca

Obiective: Investigarea funcției erectile la pacienți cu suspiciune de cancer prostatic cărora li se efectuează puncție biopsie prostatică.

Material și metodă: Au fost incluși în studiu 47 pacienți cu indicație de puncție biopsie prostatică pe baza valorilor crescute ale antigenului specific prostatic (PSA) coroborat cu examenul clinic. S-a folosit un ecograf Esaote cu sondă endorectală și chit de ghidare a acului de biopsiere. Numărul de fragmente de biopsie a fost 12 la toți pacienții din studiu. Pacienții au fost evaluați anterior puncției prostatice (0 luni), la 1 lună și la 6 luni prin chestionare IIEF. Bolile asociate și tratamentele concomitente care ar putea influența funcția erectilă au fost consemnate.

Rezultate: În rândul pacienților care au avut o funcție sexuală normală anterior biopsiei și la care nu s-a evidențiat cancer prostatic s-a observat o disfuncție erectilă ușoară la un procent de 18,6% la 1 lună și care s-a remis în totalitate la 6 luni.

Concluzii: Funcția erectilă suferă modificări între momentul indicației de puncție biopsie prostatică și termenul de 1 lună la control prin IIEF. Deși este considerată o procedură minim-invazivă, riscul de afectare a funcției erectile există și acesta poate fi explicat cel mai probabil prin anxietatea pacientului până la aflarea rezultatului puncției biopsie prostatică.

Erectile function evaluation in patients who underwent prostate biopsy

Radu Maxim², Cristian Manea², Răzvan Mănescu², Ioan Coman¹

¹„Iuliu Hatieganu” Medicine and Pharmacy University, Cluj Napoca, Romania; ²Endoplus Clinic, Cluj Napoca, Romania

Objective: Erectile function evaluation in patients with prostatic cancer suspicion who underwent prostate biopsy.

Material and method: 47 patients were included in the study. They had elevated prostatic-specific antigen (PSA) and were proposed for prostatic biopsy. We used Esaote transrectal ultrasound (TRUS) for prostatic biopsy. An exactly number of 12 –core biopsy prostate biopsies was taken. Patients were evaluated before prostatic biopsy, after a month, and after 6 months from the biopsy. We used International Index of Erectile Function domain scoring. Concomitant diseases and medication that would interfere with erectile function were recorded.

Results: For patients who were previously potent and were found to be cancer free at prostatic biopsy there was a 18,6 % erectile dysfunction found through IIEF at 1 month control but normal erectile function at 6 month control.

Conclusions: Erectile function suffers a temporary decrease in the first month postbiopsy but has a 100% recovery after 6 month. Even it is known as a minimal invasive procedure it can produce damage effect on erectile function probably because of the preoperative anxiety.

P7. Efficacy and safety of internet use in prescribing erectile dysfunction treatments

Dr. Adnan R. El Kharoubi

E-med Private Medical Services Ltd.

The aim of this study was to determinate the efficacy and safety of online prescribing for patients who apply to internet pharmacies to get ED treatment (Viagra, Cialis and Levitra).

Patients and Methodology. The initial patient questionnaire was the same in all E-med coordinated websites. Those consultations that were approved and paid for were sent an additional questionnaire with their final email confirming drug delivery and time. Our policy at www.e-med.co.uk is that all websites have to fulfill all GMC criteria that fits with their “Good Medical Practice Guidelines 2008”. They also have to be MHRA compliant on the advertising of medicines. All patients participate in this study were approved for ED treatment after completing the initial questionnaire which addressed many questions, including age, weight, height, full details of their medical history, e.g cardiovascular diseases, history of any surgery, allergy to any kind of food and medications, chronic diseases and permanent medications. All patients that participated in our study were invited to complete the additional questionnaire containing twelve supplementary questions. These pertained to their experience of using the internet for ED consultation and treatment as well as their partners views.

Results and discussion. Our research on the treatment of erectile dysfunction (ED) has focused on medical interventions, in particular oral medications. The current study examined the effectiveness of internet-based clinics for this condition. In total, 509 men who were approved to use ED treatments completed the second questionnaire. The results demonstrated that men who used the internet based clinics showed improved erectile functioning and sexual relationship satisfaction and quality.

P8. Maladii hipofizare, hipertiroidia și disfuncția erectilă

Simona Juliette Mogoș, Carmen Vulpoi, Maria Christina Ungureanu, Cristina Dascălu, Eusebie Zbranca, Voichița Mogoș

Clinica de Endocrinologie – Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa” Iași

Studiul prevalenței și severității disfuncției erectile la pacienții cu afecțiuni hipofizare și hipertiroidie. Chestionarele IIEF și SHIM au fost aplicate pentru a aprecia disfuncția erectilă la 83 de pacienți cu

afecțiuni hipofizare (31 pacienți cu hipopituitarism, 11 diabet insipid, 10 prolactinoame, 11 adenoame nonfuncționale, 16 acromegalie operată, 4 pacienți cu nanism hipofizar) și pentru 25 de pacienți cu hipertiroidie. Prezența și severitatea disfuncției erectile au fost cuantificate cu ajutorul chestionarelor IIEF domeniul FE așa cum a fost validat de Althof și Giuliano în 2006. Corelațiile dintre valorile testosteronului plasmatic și severitatea DE (disfuncție erectilă) au fost analizate folosind corelațiile Pearson.

Rezultate: Funcția erectilă (FE) a fost cel mai sever afectată la pacienții cu hiperprolactinemie, cu o medie a scorului IIEF – FE de 5,7 și aproximativ 60% cu disfuncție erectilă severă, 30% moderată, 10% ușoară. Testosteronul plasmatic se corelează invers proporțional cu prolactina. Pacienții cu acromegalie prezintă o afecțiune severă a funcției erectile, media IIEF FE=9,2 și o corelație slabă cu nivelul de testosteron ($r^2=0,235$). Severitatea disfuncției erectile scade progresiv la pacienții cu adenoame nonfuncționale IIEF FE=12, urmați de pacienții cu hipopituitarism, cu o medie IIEF FE =12,45, nanismul hipofizar 15 și diabetul insipid 18,5. Pacienții cu adenoame nonfuncționale prezintă corelații puternice, direct proporționale între concentrația testosteronului plasmatic și scorul IIEF FE ($r^2=0,286$). La pacienții cu hipopituitarism, testul IIEF a arătat o prevalență a DE severă, 41,9% arătând o corelație slabă cu nivelul testosteronului ($r^2=0,054$). La pacienții cu nanism, scorul IIEF FE arată DE moderată. Pacienții cu diabet insipid au avut o prevalență a DE de 63,7% dar majoritatea o disfuncție ușoară sau moderată. Pacienții cu hipertiroidie au obținut scoruri ridicate, media IIEF FE=20 și fără afectare severă 21,4%, DE ușoară și 50% moderată.

Concluzii: Prevalența și severitatea DE este diferită în grupurile studiate. Cea mai severă DE s-a înregistrat la pacienții cu prolactinoame, urmată de acromegalie, adenoame nonfuncționale, hipopituitarism, nanism și diabet. Pacienții cu hipertiroidie au manifestat cele mai bune scoruri ale funcției erectile.

Erectile dysfunction in endocrine patients (pituitary and thyroid diseases)

*Simona Juliette Mogoș, Carmen Vulpoi, Maria Christina Ungureanu, Cristina Dascălu, Eusebie Zbranca, Voichița Mogoș
Department of Endocrinology - University of Medicine and Pharmacy "Gr. T. Popa" Iasi*

Aim of the study: Assessing prevalence and severity of erectile dysfunction in patients with pituitary and thyroid diseases.

Materials and methods: IIEF (International Index of Erectile Function) and SHIM (Sexual Health Inventory for Men) questionnaires were used to assess erectile dysfunction (ED) in 83 patients having pituitary diseases (31 patients had hypopituitarism, 11 diabetes insipidus, 10 prolactinomas, 11 nonfunctional adenomas, 16 operated acromegaly, 4 growth hormone deficiency) and 25 patients with hypertyroidism. The presence and severity of erectile dysfunction were quantified by using IIEF questionnaire scores for erectile function (IIEF-FE) validated by Althof and Juliano in 2006. Correlation between plasma testosterone levels and severity of ED was analyzed using Pearson correlations. Results: Erectile function was most severely affected in patients with hyperprolactinemia, with a mean IIEF-FE score of 5,7, and among them 60% had severe dysfunction, 30% moderate, 10% mild dysfunction. Plasma testosterone levels were in inverse relation with prolactin levels. Acromegalic patients had severe impairment of EF, mean IIEF-FE 9,2, and weak correlation with testosterone levels ($r^2=0,235$). ED severity decreases progressively in patients presenting nonfunctional adenomas, mean IIEF-FE 12, followed by hypopituitarism, mean IIEF-FE 12,45, GH deficiency having a mean IIEF-FE 15 and diabetes insipidus IIEF-FE 18,5. Patients having nonfunctional adenomas showed a strong direct correlation between testosterone levels and IIEF-FE score ($r^2=0,286$). In patients with hypopituitarism IIEF test showed a high prevalence of severe ED, 41,9%, displaying a weak correlation with testosterone levels ($r^2=0,054$). In GH deficient patients IIEF-FE score shows moderate ED, close to the mean value of the other subjects. Patients with diabetes insipidus showed elevated prevalence of ED, 63,7%, but most of them had mild to moderate ED. There was no correlation between testosterone levels and severity of ED. Patients with hypertyroidism showed elevated scores FE, mean IIEF-FE 20 and among them no severe dysfunction, 21,4% moderate, 50% mild dysfunction.

Conclusions: The prevalence and severity of ED are different between the groups studied. The most severe erectile dysfunction was seen for prolactinomas, followed by acromegaly, nonfunctional adenomas, hypopituitarism, GH deficiency and diabetes. Patients with hypertyroidism showed the best scores for erectile function.

P9. Aspecte ale activității sexuale în sindromul Turner

Ana Valea, Alina Silaghi, Delia Vintilă, Anca Vasilis, Iulia Iacob
UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Sindromul Turner este cea mai frecventă disgenezie gonadală feminină determinată de anomaliile structurale sau absența unui cromozom X. Dacă aspectele fenotipice ale bolii sunt bine cunoscute, există încă întrebări legate de implicațiile bolii în viața sexuală a femeilor cu Sindrom Turner.

Obiectiv: Analiza funcției sexuale a femeilor cu Sindrom Turner.

Material și Metodă: Studiul observațional a cuprins un număr de 15 paciente cu Sindrom Turner cu vârste cuprinse între 18-55 ani. Pacientele au acceptat voluntar să completeze un chestionar privind atracția sexuală, debutul vieții sexuale, statusul marital, prezența sau absența orgasmului.

Rezultate: 68,5% din paciente au manifestat atracție sexuală după vârsta de 18 ani, 58% din paciente au viață sexuală activă; orgasmul este prezent la 46,6% din paciente, iar 40% au căsătorii stabile.

Concluzii: Majoritatea pacientelor cu Sindrom Turner prezintă activitate sexuală, în ciuda anomaliilor morfologice și hormonale existente. Calitatea vieții sexuale este totuși diferită raportat la populația generală și depinde de parametrii analizați.

Aspects of the sexual activity in the Turner syndrome

Ana Valea, Alina Silaghi, Delia Vintilă, Anca Vasilis, Iulia Iacob
UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

The Turner syndrome is the most frequent feminine gonadal dysgenesis determined by structural anomalies or the absence of an X chromosome. If the phenotypical aspects of the condition are well known, there still are questions related to the effects of this condition on the sexual activity of women with Turner syndrome.

Objective: The analysis of the sexual function of women with Turner syndrome.

Material and Method: The observational study encompassed a number of 15 Turner syndrome female patients, ages ranging between 18 and 55. The female patients voluntarily accepted to fill in a form regarding: sexual attraction, start of sexual life, marital status, the presence or absence of orgasm.

Results: 68,5% of the female patients manifested sexual attraction after the age of 18; 58% of the patients had an active sexual life; orgasm is present in 46,6% of the patients, and 40% have stable marriages.

Conclusions: Most of the Turner syndrome female patients present sexual activity despite existent morphological and hormonal anomalies. The quality of their sexual life is still different as compared to that of the general population and it depends on the analyzed parameters.

P10. Evaluarea disfuncțiilor sexuale la pacienții oncologici tratați prin chimioterapie, radioterapie și/sau chirurgie oncologică

Carmen Țintilă¹, Bogdan Țintilă², Ioana Micluția¹
Clinica de Psihiatrie Cluj Napoca

Scopul studiului. Scopul lucrării este evaluarea efectelor tratamentului chirurgical, a chimioterapiei și radioterapiei asupra vieții sexuale a pacientului oncologic și cuantificarea simptomelor depresive care apar.

Material și metodă. 36 pacienți internați în Institutul Oncologic “Ion Chiricuță” în perioada

noiembrie 2009 - iunie 2010 la care s-a aplicat pentru prima dată chimioterapie, respectiv radioterapie sau chirurgie pentru neoplasm de sân, col uterin și prostată. Fiecare pacient a răspuns unor chestionare de evaluare a vieții sexuale (Indexul Internațional al Funcției Erectile - IIEF, Indexul de Funcționare Sexuală

Feminină - FSFI) și de depresie (Scala de Depresie Montgomery și Asberg) inițial, la o lună, trei luni și șase luni.

Rezultate. La pacienții cu carcinom prostatic, satisfacția actului sexual și satisfacția generală au fost superioare la șase luni. La pacientele cu neoplasm mamar, dorința sexuală și excitația au fost parametrii cei mai influențați de tratamentul oncologic. Pacientele cu carcinom de col uterin au prezentat postoperator tulburări de lubrefiere și act sexual mai dureros, dar au avut cea mai bună recuperare din punctul de vedere al depresiei.

Concluzii. La 6 luni după prostatectomie radicală, pacienții au avut o bună recuperare a funcției sexuale, iar lipsa ejaculării nu a influențat obținerea orgasmului sau satisfacția actului sexual. Pacientele supuse mastectomiei radicale au suferit o deteriorare a funcției sexuale și a statusului psihic pe tot parcursul studiului. Statusul sexual al pacientelor operate de carcinom de col uterin se îmbunătățește odată cu vindecarea fizică și psihică, majoritatea reluându-și activitatea sexuală la 3 luni postoperator, funcția sexuală neatingând însă la 6 luni nivelul inițial.

Assessment of sexual dysfunction in oncology patients receiving chemotherapy, radiotherapy and / or surgical treatment

Carmen Țintilă¹, Bogdan Țintilă², Ioana Micluția¹
Psychiatric Department

Objectives. The aim of this study is to evaluate the effects of surgery, chemotherapy or radiotherapy on sexual life in oncological patients and measuring depressive symptoms.

Patients and method. 36 patients hospitalized in the Oncological Institute "Ion Chiricuta" between November 2009 and June 2010 were included in this study. They were treated for the first time with surgery, chemotherapy or radiotherapy for breast, cervical and prostate cancer. Each patient responded to questionnaires assessing sexual life (International Index of Erectile Function, IIEF, Index of Female Sexual Function, FSFI) and depression (Montgomery and Asberg Depression Scale) initially, at one month, three months and six months after the treatment.

Results. Sexual satisfaction and general satisfaction in prostatic cancer patients was superior after six month of treatment. Sexual desire and arousal were the most affected parameters in women with mamar neoplasm. The patients with cervical cancer suffered after six month impaired lubrication and painful intercourse, but had the best recovery in terms of depression after the treatment.

Conclusions. At 6 months after radical prostatectomy, patients had a better recovery of sexual function and absence of ejaculation did not affect getting sexual satisfaction after the treatment. Patients undergoing radical mastectomy experienced a deterioration in sexual function and psychological status throughout the study after the treatment. The sexual status for the patients treated for cervical cancer improves once with the physical and mental recovery, the majority resuming their sex life after 3 months, but the initial measured sexual parameters are not achieved 6 months after the treatment.

P11. Aspecte psihologice, sociale, legislative și terapeutice în abordarea transsexualității female-to-male pornind de la două cazuri clinice

Alina Silaghi¹, Ana Valea², Codruța Popescu³, Ioana Micluția³, Ileana Duncea²

¹Clinica Endocrinologică Cluj, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj; ² Clinica Endocrinologică Cluj, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj; ³ Clinica Psihiatrică Cluj, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj

Introducere: Transsexualismul definește persoana care simte că trupul său nu corespunde cu identitatea sa de gen. Pentru a duce o viață în acord cu imaginea de sine, majoritatea lor doresc să recurgă la proceduri medicale și legale de reatribuire de gen.

Scop: Precizarea unor aspecte psihologice, sociale, legislative, religioase și terapeutice în abordarea transsexualității în general și female-to-male în particular.

Subiecții: Avem în evidență două persoane de sex feminin, de 25 și respectiv 20 de ani, studente în Cluj-Napoca, care au solicitat începerea procedurii de reabilitare de gen spre cel masculin.

Rezultate: Pacientele au fost evaluate psihiatric și psihologic, apreciindu-se că întrunesc criteriile de tulburare de identitate sexuală, transsexualism female-to-male, neexistând contraindicații pentru demersurile de reabilitare hormonală, chirurgicală și socială. Ambele paciente se află în prezent în faza de pregătire a perioadei de tranziție. Se impune parcurgerea unor etape în transformare, prima fiind "real life test". Aceasta reprezintă perioada în care, sub efectul tratamentului cu hormoni androgeni, subiectul se va transforma fizic și psiho-comportamental și va trăi ca membru activ al sexului dorit. Depășirea cu succes a acestui test va fi urmată de etapa modificărilor chirurgicale ireversibile. În România nu există în prezent nicio legislație corespunzătoare schimbării sexului și prenumelui în cartea de identitate.

Concluzii: Tulburările de identitate sexuală, deși rare, reprezintă o realitate care trebuie susținută legislativ și în România. Acest lucru ar favoriza integrarea socială, relațională și profesională, precum și ameliorarea stării psihologice și de împlinire de sine a acestor pacienți.

Psychological aspects, social, legal and therapeutic approach in female-to-male transsexuals: two clinical cases

Alina Silaghi¹, Ana Valea², Codruța Popescu³, Ioana Micluția³, Ileana Duncea²

¹Endocrinology Clinic Cluj, Cluj County Hospital Emergency; ²Cluj 2 Endocrinology Clinic, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj;

³Psychiatric Clinic Cluj UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj

Introduction: The term of transsexual defines person who feels that his body does not match his gender identity. To live a life according to their self-image, the most of transsexual persons want to resort medical and forensic procedures for gender reassignment.

Purpose: We present some psychological, social, legal, religious and therapeutic aspects in the approach of transsexuals in general and in female-to-male in particular.

Subjects: We have two female, 25 and 20 years, students in Cluj-Napoca, which called for beginning the rehabilitation process for the male gender.

Results: Patients were assessed psychiatric and psychological and appreciated that meet the criteria of sexual identity disorder, female-to-male transsexuals. There was no contraindication for hormonal, surgical and social rehabilitation procedure. Both patients are currently under preparation of transition period. It requires the completion of the first steps in transforming the "real life test." This is the period when, under the effect of androgen therapy, the subject will gain physical and psycho-behavioral transformations and will live as an active member of the desired sex. This test phase will be followed by irreversible surgical modifications. In Romania there is no currently appropriate legislation to change sex and first name in the card.

Conclusion: Although sexual identity disorders are rare, represent a reality that must be supported by legislation in Romania. This would foster social integration, relational and professional improvement and psychological status and self-fulfillment of these patients.

P12. Sindromul metabolic și calitatea vieții sexuale la pacienții psihiatrici

Mihai Bran, Maria Ladea, Cristina Mihaela Sinca, Larisa Silvia Grosu, Cristina Maria Barbu

Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia", București

Studiul de față își propune să evidențieze corelația dintre sindromul metabolic și tulburările sexuale la pacienții cu afecțiuni psihiatrice. În studiu au fost incluși un număr de 23 de pacienți psihiatrici diagnosticați cu sindrom metabolic. Tuturor pacienților li s-a aplicat scala ISS (Index of Sexual Satisfaction) pentru a se evalua calitatea vieții sexuale în ultimele 3 luni. Scoruri mai mici ale scalei ISS au fost obținute în cazul pacienților de sex masculin, al pacienților diagnosticați cu schizofrenie, precum și al pacienților care prezentau obezitate asociată cu un număr mai mare de factori de risc cardiovascular. De asemenea, s-au observat scoruri mai mici în cazul pacienților cu afecțiuni psihice care prezentau un index de masă corporală mai ridicat. Calitatea vieții sexuale a pacienților incluși în studiu este nesatisfăcătoare. Acest fapt se poate datora atât sindromului metabolic cât și afecțiunii psihice.

Metabolic syndrome and quality of sexual life in psychiatric patients

Mihai Bran, Maria Ladea, Cristina Mihaela Sinca, Larisa Silvia Grosu, Cristina Maria Barbu
Clinical Psychiatry Hospital "Prof. Dr. Al. Obregia", Bucharest

Our study wants to show up the correlation between the metabolic syndrome and the quality of the sexual life in psychiatric patients. The ISS scale (Index of Sexual Satisfaction) was applied to all the patients in order to evaluate the quality of their sexual life in the last 3 months. Lower scores on ISS scale were obtained in males, in patients with schizophrenia and in patients with obesity associated with a higher number of cardiovascular risk factors. Lower scores were observed in psychiatric patients having a higher body mass index. The quality of the sexual life in our patients is unsatisfactory, due to the metabolic syndrome and/or to the psychiatric disorder.

P13. Scăderea ponderală ameliorează satisfacția sexuală la femeile tinere supraponderale

Stoian Dana, Anastasiu D.

Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș" Timișoara; Clinica de Obstetrică Ginecologie I, Spitalul Clinic nr 1 Timișoara

Material: Grupul de studiu a fost selectat dintr-un grup mai mare, de 189 de paciente, cu exces ponderal, care s-au prezentat în ambulatorul nostru pentru un program de scădere ponderală. Cele 54 de cazuri au întrunit criteriile de diagnostic Rotterdam 2003, pentru SOP (sindromul de ovar polichistic). Pacientele au fost urmărite pe o perioadă de 1 an.

Metodă: Am evaluat hiperandrogenia prin scorul Ferimman Gallwey, aspect clinice tipice, dozări hormonale (testosteron liber, Dhea, androstendion, raport LH/FSH, ecografie transvaginală de confirmare a morfologiei ovariene polichistice. Periodic am reevaluat hiperandrogenia, precum și satisfacția sexuală (scor FSFI total și pe domenii), respectiv modificările de imagine corporală (scorul BESAQ).

Resultate: În paralel cu scăderea ponderală, care a devenit semnificativă după primele 3 luni de dietă, am observat o creștere semnificativă a scorurilor domeniilor dorinței, excitabilității, lubrefierii și, respectiv orgasmului. Schimbările au devenit semnificative după șase luni ($p < 0,005$) (tabelul 1). La reevaluarea de 12 luni, a crescut și satisfacția sexuală per global.

Tabel 1 Domeniile funcției sexuale evaluate seriat în cele 12 luni de studiu

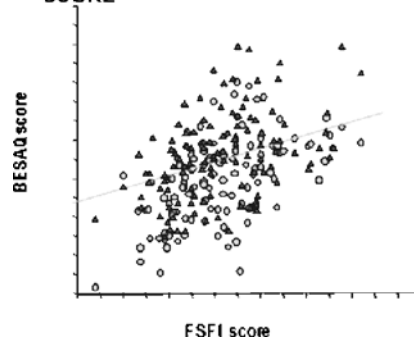
	Desire	Arousal	Lubrication	Orgasm	Satisfaction	Pain
0	4.6	4.4	4.5	4.5	4.0	4.9
1 month	4.6	4.6	4.7	4.6	4.2	4.9
6 month	4.8	4.8*	5.0*	4.9*	4.7	4.9
12 month	5.0	5.0*	5.1*	5.0*	5.2*	4.9

Efectul scăderii ponderale asupra satisfacției sexuale a fost mediat prin scăderea nivelului androgenic (tabelul 2), precum și prin ameliorarea imaginii corporale, așa cum reiese din scorul BESAQ în dinamică. (Fig. 1)

Tabel 2 Corelații între scorul BESAQ, descreșterea hiperandrogenemiei și scorurile pe domenii ale FSFI

	Desire	Arousal	Lubrication	Orgasm	Satisfaction
BESAQ	-0.32*	-0.25*	0.11	-0.28*	-0.41
% ↓ ft	0.43*	0.21*	0.36*	0.18	0.44*
AGE	0.11	0.09	0.08	0.09	0.12

FIG 1: CORRELATION BESAQ SCORE – TOTAL FSFI SCORE



Concluzii: Scăderea ponderală semnificativă și sistematică determină o diminuare a hiperandrogenemiei clinice și biochimice. Modificările pozitive ale schemei corporale determină creșterea satisfacției sexuale, a potențialului de orgasm, respectiv de excitabilitate. Se descrie o corelație importantă între scăderea androgenilor, creșterea scorului BESAQ, respectiv a celui FSFI.

Weight loss improves sexual satisfactions in overweight young females

Stoian Dana, Anastasiu D.

University of Medicine and Pharmacy "V. Babes" Timisoara; Clinic of ObGyn I, County Hospital no 1 Timisoara

Material: The study group was selected from a total pool of 189 overweight females, which came in our office for a weight loss program. 54 cases were identified with PCOS by the Rotterdam 2003 criteria. They were followed up for a period of 1 year.

Method: besides hormonal workout, all patients were evaluated by means of Ferimman Gallwey scale, clinical aspects, TVU, and completed every 3 months the FSFI and BESAQ questionnaires.

Results: In parallel with the weight loss, that became significant after the first three months, there was an increase in desire, arousal, lubrication and orgasm domains. The changes became significant ($p < 0.005$) after the first six months (Table 1). After one year of sustained weight loss there was an increase in the general sexual satisfaction. The weight loss effect on sexual satisfaction was secondary to decrease in androgenic levels (Table 2) and also due to improvement of body image (Fig. 1)

Conclusion: Significant and sustained weight loss ameliorates clinical and biochemical hyperandrogenemia. Positive changes in body appearance increase the sexual satisfaction, orgasm potential and arousal. There is an important correlation between decrease of androgen levels and BESAQ score, and also FSFI score.

P14. Este important diagnosticul copilului meu? Investigarea relației dintre diagnosticul copilului, satisfacția maritală și satisfacția sexuală a membrilor cu copii cu autism din Sibiu

Mihai Copăceanu, Elena Tudorache, Elena Dobrovolschi

Fundația "Un Copil - O Speranță" (UCOS) Sibiu

Obiective. Scopul studiului a fost investigarea relației dintre diagnosticul copilului, satisfacția maritală și satisfacția sexuală a mamei cu copii cu autism din Sibiu.

Materiale și participanți. Într-un cross sectional study, 24 de mame au răspuns la cinci scale (126

itemi, dintre care 4 standardizate și una creată pentru acest studiu): Scala Sexualității, Scala Satisfacției Sexuale Feminine, Chestionarul pentru evaluare a satisfacției maritale, Relația maritală și Diagnostic și Noua Scală a Satisfacției Sexuale.

Rezultate. Analiza răspunsurilor mamelor a arătat că diagnosticul copilului a avut un impact negativ de-a lungul anilor (media=4 ani) asupra satisfacției maritale și satisfacției sexuale (ex: mai multe certuri, conflicte, alcoolism și separare). Doar 33,3% au raportat un impact pozitiv al diagnosticului (ex: ne iubim mai mult, ne înțelegem și ne ajutăm unul pe celălalt). Activitatea sexuală (afectivitatea, gesturile, sexul) nu mai este o prioritate a căsătoriei.

Concluzii. Rezultatele acestui studiu arată încă o dată că satisfacția maritală și satisfacția sexuală nu sunt influențate în mod direct doar de afecțiunile psiho-somato-patologice ale individului ci și indirect, de afecțiunile copilului (ex. autism), un alt membru al familiei (co-suferință). Sunt necesare mai multe cercetări și mai multă atenție din partea clinicianului.

Does the diagnosis of my child matter? Exploring the relationship between child diagnosis, marital satisfaction and sexual satisfaction in mothers with a child with autism spectrum disorder in a Sibiu population

Mihai Copăceanu, Elena Tudorache, Elena Dobrovolschi
"One Child - One Hope" UCOS Foundation Sibiu

Objectives. The aim of this study was to investigate the relationship between child diagnosis, marital satisfaction and sexual satisfaction in mothers with a child with autism spectrum disorder.

Methods. A cross sectional study using five self-administered structured questionnaires (126 items) was employed (The Sexuality Scale, The Sexual Satisfaction Scale for Women, Marital Satisfaction Questionnaire, The New Sexual Satisfaction Scale, The Diagnosis and Marital Satisfaction Scale). The fourth were validated questionnaires and the last one was developed for this study assessing the relationship between marital satisfaction and child diagnosis. 24 mothers were recruited.

Findings. The mothers reported that their child diagnosis had a negative impact on their marital satisfaction (e.g. more conflicts, problems, alcoholism and separation) and sexual satisfaction (e.g. less sexual interest and activity). Only 33% reported a positive impact and a strong marital relationship (e.g. we love/understand more, we help each other). Sexual activity and sexual satisfaction is not anymore a marriage priority.

Conclusions. The findings from this short study suggest that the child diagnosis has a negative impact on the marital and sexual satisfaction, which means that not only the direct effect of client pathology is important but also the family pathology. More studies in needed and more attention should be paid from the clinicians' perspective.

P15. Testosteronul undecanoat injectabil 1000 mg la 3 luni nu crește nivelul PSA după 1 an

Dan Perețianu¹, Mara Carșote², Cătălina Poiană², Dana Cristina Staicu¹

¹Societatea Civilă Medicală "Povernei", ²Institutul de Endocrinologie – București

Obiectiv. De a afla dacă injectarea de testosteron undecanoat 1000 mg (Nebido®; Bayer-Schering) are efect negativ asupra prostatei.

Material și metodă. Din 150 pacienți cărora li s-a administrat testosteron undecanoat 1000 mg, i.m. la 3 luni, în ultimii 4 ani, cărora li s-a cuantificat volumul prostatei timp de 2 ani (J. Sex. Med., 2010, 7, Suppl. 6: 402. HP-04-005), s-au efectuat 60 de duble analize PSA, bază și la 1 an. Nici unul din pacienți nu a avut cancer prostatic. Analiza statistică: testul Student, corelație simplă, regresie multiplă.

Rezultate. A. Pacienții: 60 bărbați de 18-96 ani, media: 62,15; mediana: 65. B. Volumul prostatei: media: 42,36 cm³, deviația standard SD: 21,3. Prostatectomie parțială: 7 pacienți. C. PSA antetratament: media: 2,23 ng/ml, SD: 1,79; PSA post 1 an: media: 2,08, SD: 1,58. D. Semnificația statistică a diferenței:

$p=0,63$, nesemnificativ. E. Corelația între vârstă și PSA este semnificativă, atât înainte (r_1), cât și după tratament (r_2): $r_1=0,55$; $r_2=0,55$, $p<0,01$. F. Corelația între PSA și volumul prostatei a fost semnificativă, atât înainte (r_3), cât și după tratament (r_4): $r_3=0,55$, $r_4=0,43$. G. Testul de regresie multiplă ($r_2=0,82$; $F=85,6$; $p<<0,001$) arată că nivelul PSA post testosteron nu depinde de testosteron ci de vârstă, volumul prostatei și valoarea inițială a PSA.

Concluzii. 1. Testosteronul undecanoat 1000 mg injectabil i.m. la 3 luni nu crește nivelul PSA după 1 an. 2. Nivelul PSA post testosteron este de fapt dependent de vârstă, volumul prostatei și nivelul anterior terapiei.

Testosterone undecanoat injection 1000 mg at 3 months does not increase the PSA level after 1 year

Dan Perețianu¹, Mara Carșote², Cătălina Poiană², Dana Cristina Staicu¹
¹Medical Civil Society "Povernei", ²Endocrinology Institute, Bucharest

Objective. To determine whether injection of 1000 mg testosterone undecanoate (NebidoR, Bayer-Schering) has a negative effect on the prostate.

Material and methods. Of 150 patients who received testosterone undecanoate 1000 mg im 3 months in the past 4 years, to whom we measured prostate volume during 2 years (J. Sex. Med., 2010, 7, suppl. 6: 402. HP-04-005) were performed 60 double PSA tests, base and after 1 year. None of the patients had prostate cancer. Statistical analysis: Student test, simple correlation, multiple regression test.

Results. A. Patients: 60 men, 18-96 years, average: 62,15; median: 65. B. Prostatic volume: average: 42,36 cm³, standard deviation (SD): 21,3. Partial prostatectomy: 7 patients. C. PSA ante treatment: average: 2,23 ng/ml, SD: 1,79; PSA post 1 year: average: 2,08, SD: 1,58. D. Statistical significance of difference: $p = 0,63$, nonsignificant. E. Correlation between age and PSA is significant, both before (r_1), and after treatment (r_2): $r_1=0,55$; $r_2=0,55$, $p<0,01$. F. Correlation between PSA and prostatic volume was significant, both before (r_3), and after treatment (r_4): $r_3=0,55$, $r_4=0,43$. G. Test of multiple regression ($r_2=0,82$; $F=85,6$; $p<<0,001$) shows that PSA level post testosteron does not depend on testosterone, but on age, prostatic volume and the initial PSA value.

Conclusions. 1. Testosterone undecanoat 1000 mg injection i.m. at 3 months does not increases PSA level after 1 year. 2. PSA level post testosteron is, in fact, dependent on age, prostatic volume and the level before therapy.

P16. Dozarea izolată a testosteronului total – instrument parțial util în diagnosticul hipogonadismului secundar

C. Belinski, A. Zbârcea, C. Bolunduț, N. Calomfirescu
 Spitalul Gerota, București

INTRODUCERE: Prevalența hipogonadismului a crescut în ultimii ani. Se raportează în literatura de specialitate că un procent de 12% și 19% dintre bărbații de 50, respectiv 60 de ani întrunesc criteriile de hipogonadism. Diferența între hipogonadismul primar și secundar se face în funcție de nivelurile FSH și LH (crescute în cel primar și scăzute sau normale în cel secundar).

MATERIAL ȘI METODĂ: Datorită faptului că am primit un kit de determinare a testosteronului total pentru 100 de pacienți, am hotărât să screenăm pacienții nechirurgicali între 40 și 60 de ani care s-au adresat secției de urologie în perioada oct. 2010 – feb. 2011.

REZULTATE: Doar 4 dintre cei 100 de pacienți testați au fost diagnosticați cu LOH (late onset hipogonadism).

CONCLUZII: Un screening bazat doar pe determinarea testosteronului total nu este eficient din punct de vedere economic. Diagnosticul presupune corelarea tabloului clinic cu teste de laborator. Testele inițiale de laborator includ determinarea dimineața la prima oră a testosteronului total și SHBG. Testosteronul liber se obține din testosteronul total și SHBG. Tratamentul se începe după 2 determinări succesive, a doua determinare incluzând atât testosteronul total și SHBG cât și FSH, LH și prolactina.

Dosing the total testosterone – partial useful tool for the diagnose of the secondary hypogonadism

C. Belinski, A. Zbârcea, C. Bolundut, N. Calomfirescu
Gerota Hospital, Bucharest

INTRODUCTION: The hypogonadism prevalence has increased in recent years. It has been reported that 12% and 19% of men of 50 and 60 years of age, respectively, fit the criteria of hypogonadism. The difference between primary and secondary hypogonadism is made based on the levels of FSH and LH (increased in primary hypogonadism and lower or normal in the secondary hypogonadism).

MATERIALS AND METHODS: Due to the fact that we received a kit for total testosterone determination for 100 patients, we decided to screen the non surgical patients between 40 and 60 years old who have been presented during October 2010 and February 2011 in our Urology Department.

RESULTS: Only 4 patients out of 100 tested were diagnosed with LOH.

CONCLUSION: The screening based only on total testosterone determination is not efficient from the economic point of view. The correlation between clinical signs and laboratory results is necessary to establish the diagnostic. Initial laboratory testing should include early morning measurement of serum testosterone and SHBG levels. Free testosterone is calculating using total testosterone and SHBG. The treatment has to be initiated after 2 consecutive tests. The second one includes the total testosterone, SHBG but also FSH, LH and prolactine.

P17. Evaluarea funcției sexuale la pacienții cu adenocarcinom prostatic metastatic aflați sub tratament hormonal

Nechita F, Țintilă B, Petruț B

Obiectivul acestui studiu a fost de a evalua funcția sexuală la pacienții diagnosticați cu adenocarcinom prostatic în stadiul metastatic și la care s-a aplicat hormonoterapia ca primă linie de tratament.

Material și metodă. Au fost incluși în studiu 30 de pacienți diagnosticați cu adenocarcinom prostatic în stadiul metastatic la care s-a inițiat ca primă linie de tratament blocada androgenică completă. Funcția sexuală a fost evaluată din punctul de vedere al funcției erectile și a libidoului înaintea debutului tratamentului hormonal și periodic la 3 luni pe o perioadă de 1 an.

Rezultate. 9 pacienți (30%) au prezentat boală metastatică avansată, funcția sexuală a acestora fiind afectată la debutul tratamentului. La acești pacienți nu s-a observat o ameliorare a parametrilor legați de funcția sexuală. 15 (50%) pacienți au fost activi din punct de vedere sexual la debutul tratamentului, IIEF mediu = 61, la aceștia s-a înregistrat o deteriorare a activității sexuale în ceea ce privește numărul de raporturi sexuale și calitatea acestora, 1 pacient renunțând la tratamentul hormonal datorită acestui fapt. 6 (20%) pacienți nu au prezentat activitate sexuală la debutul tratamentului datorită prezenței cateterului urinar. La acești pacienți, s-a înregistrat reluarea activității sexuale cu o calitate satisfăcătoare a raporturilor sexuale odată cu suprimarea cateterului urinar, în medie, la 4 luni de la debutul tratamentului hormonal.

Concluzii. Hormonoterapia în cadrul tratamentului multimodal al cancerului de prostată interferează cu viața sexuală a pacienților în primul rând prin scăderea libidoului în cadrul scăderii titrului seric de testosteron. În această situație, bicalutamida de 150 mg poate constitui o alternativă favorabilă.

Prezența cateterului urinar constituie un impediment care întrerupe brutal activitatea sexuală, situație în care procedurile moderne de dezobstrucție subvezicală (TUR-P, TURis, fotoablație sau plasmavaporizare) pot constitui o soluție temporară.

Evaluation of sexual function in patients with metastatic prostatic adenocarcinoma undergoing hormonal treatment

Nechita F, Țintilă B, Petruț B

The objective of this study was to assess sexual function in patients diagnosed with metastatic adenocarcinoma of the prostate and that hormone therapy was applied as first-line treatment

Material and methods. Included in the study were 30 patients diagnosed with metastatic prostate adenocarcinoma that was initiated as a first line treatment complete androgen blockade. Sexual function was assessed in terms of libido and erectile function before the onset of hormonal treatment and periodically over a period of three months a year.

Results. 9 patients (30%) had advanced metastatic disease, their sexual function was affected at the onset of treatment. In these patients there was no improvement in sexual function parameters tied. 15 (50%) of patients were sexually active at the beginning of treatment IIEF medium = 61 to them has been a deterioration in sexual activity in terms of number of sexual relationships and their quality, giving a patient to hormonal treatment because of this. 6 (20%) patients had no treatment at the onset of sexual activity because of this urinary catheter. These patients were recorded with a good quality resume of the sexual intercourse once with urinary catheter removal to an average of four months from the onset of hormonal treatment

Conclusions. Hormone therapy in the multimodal treatment of prostate cancer interferes with the sexual life of patients with decreased libido mainly by lowering titer of serum testosterone. In this situation of bicalutamide 150 mg may be a favorable alternative.

The presence of urinary catheter is an impediment to sexual activity brutally interrupted. In these cases the modern procedures for bladder neck deobstruction (TUR-P, tourism, or plasmavaporizare fotoablație) may be a temporary solution.

Disfuncția erectilă neurogenă: beneficiile clinice ale farmacoterapiei patogenice

Coca Vasile

Cab. Consiliere Sexologică și Medicina Sexualității, Cl. Endocrinologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

Relația de cuplu și îndeosebi afectarea părții active a registrului ei intim, afectare cunoscută sub denumirea de disfuncție erectilă (DE), a recunoscut o expresivitate și preocupări la nivelul celor mai diverse sfere ale socialului istoriei umanității.

Medicina ultimelor decenii a dezvoltat o ramură nouă – medicina sexualității – care, alături de sexologie, contribuie salutar, mai ales în ultimii 10-15 ani, la tratamentul și cercetarea clinică din domeniul disfuncțiilor sexuale și mai ales al DE.

DE organică și cea mixtă (aceasta din urmă reprezentând în evoluție peste jumătate din cazurile de DE) au variate mecanisme fiziopatologice, printre care și cel neurogen. Sistemul nervos autonom controlează decisiv funcția erectilă, atât prin mediatori chimici specifici cât și prin intermediul mecanismului nitrgeric al oxidului nitric (NO) din fibrele periferice non-adrenergice – non-colinergice (NANC). Sistemul nervos intervine și în contextul integrării funcției erectile în comportamentul sexual general, care cuprinde și sex – drive-ul, erogenismul, funcția ejaculatorie și orgasmul.

DE neurogenă o întâlnim într-o multitudine de condiții etio-patogenetice: boli neurologice, boli metabolice (ca și complicație cronică), abuzul etanolic, deteriorări medulare și periferice etc.

Tratamentul DE neurogene trebuie să vizeze atât ameliorarea integrității funcționale a terminațiilor nervoase cât și refacerea vaselor mici de la nivelul periferiei sistemului nervos (vassa nervorum). La ora actuală există cel puțin două preparate medicamentoase: benfotiamina și acidul α -lipoic, cu proprietăți farmacodinamice ambivalente, care le conferă un potențial deosebit în terapia patogenetică a DE neurogene.

BENFOTIAMINA, un derivat acil- al tiaminei, generează un metabolit activ liposolubil (S-benzoiltiamina), care intervine în creșterea concentrației intraneuronale a tiaminei și în transketolarea unor agenți oxidanți, contribuind astfel la regenerarea funcției fibrelor nervoase din neuropatia autonomă și ameliorarea disfuncției endoteliale a vassa nervorum.

ACIDUL α -LIPOIC, la nivelul terminațiilor nervoase autonome, reduce stres-ul oxidativ, crește funcția NOS, optimizează captarea oxigenului și a glucozei, dar contribuie și la menținerea necesarului de molecule de ATP din celula nervoasă. Există și indicii cum că, prin efect antiapoptotic, acidul α -lipoic menține densitatea normală a terminațiilor axonale în periferie.

Studii clinice observaționale și experiența farmaceutică a ultimilor ani, au demonstrat că terapia neurotropă combinată (benfotiamină + piridoxină + ciancobalamină, benfotiamină + acid α -lipoic) reprezintă varianta terapeutică optimă în neuropatia periferică. Asocierea benfotiaminei la inhibitori de fosfodiesterază 5 (sau la testosteron în DE din obezitatea cu neuropatie periferică asociată) ar putea realiza, de asemenea, beneficiile clinice importante în tratamentul DE neurogene.

Neurogenic erectile dysfunction: clinical benefit of the pathogenetic therapy

Coca Vasile

Sexology Counseling & Sexual Medicine Office, Division of Endocrinology, County Emergency Hospital, Cluj-Napoca

Couple relationship and mostly the damage of the active part of its intimate segment, damage better known under the name of erectile dysfunction (ED), have recognized various expressions and interests in diverse social spheres of the history of the humanity.

The last decades medicine have developed a new specialty – the sexual medicine – which is, actually together with the sexology, a major contributor to the treatment and the clinical research in the sexual dysfunctions especially in the field of ED.

Physical and mixed caused ED, the last one representing more than a half of the all ED cases, has multiple mechanisms and among them is the neurogenic one. The autonomic nervous system prominently controls the erectile function by specific chemistry of mediators and either by nitric oxide (NO) production in non-adrenergic

– non-cholinergic fibers (NANC). Moreover the nervous system brings the erectile function in the general sexual behavior including the sex-drive, the arousal, the ejaculation and the orgasm.

Neurogenic ED can be a distinguish state or induced by other clinical conditions with various pathogenesis: neurological disease, metabolic disease (as chronic complications), alcohol addiction, and low spinal marrow damages, peripheral nerves aggressions etc.

Treatment in neurogenic ED mast concern both nervous peripheral fibers function and morphology and the function of specific vassa nervorum. At this time there are at least two medicine drugs: benfotiamine and alpha lipoic acid, having the both pharmacological and pathogenesis efficacy, capable to confer clinical benefits in treating neurogenic ED.

BENFOTIAMINE, an acyl- thiamine chemical component, is transformed inside the body in a fat-soluble substance (S-benzoiltiamine), which increase neuronal inside thiamine concentration and by contributing to transketolasis reaction is a oxidative agents scavenger. These effects regenerate autonomic nervous fibers function and improve endothelial function in vassa nervorum in neurogenic erectile dysfunction.

ALPHA LIPOIC ACID in autonomic (and somatic) peripheral nerves decreases oxidative stress, increases NOS activity, optimize oxygen and glucose catch, being also a major contributor in ATP molecules production nervous cells. There are proofs in accordance to an anti-apoptotic effect by which the alpha lipoic acid could maintain an adequate axons density in periphery.

Observational clinical studies and the last decade pharmacological experiences have described combined therapy (benfotiamine + pyridoxine + cyanocobalamin or benfotiamine + alpha lipoic acid) as the best option in peripheral neuropathy treatment. Otherwise benfotiamine associated to a PDE5i (or even to testosterone in the obesity induced ED associating the so named obesity caused peripheral neuropathy) could be also a rational therapy option in the neurogenic ED.

Determinanți ai întâlnirii erotice

Micluția Ioana

Sp. Clinic Jud. Urgență Cluj, Cl. Psihiatrie, Disciplina de Psihiatrie – UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca.

Sexualitatea umană are la bază un dat provenit din imprintingul genetic, hormonal dar și multiple influențe educaționale, sociale, de experiențe personale, permițând modelarea ei în mod dezirabil și individualizat. Istoria sexualității mediază politic și social între nevoile sociale și libertățile individuale. Societatea este cea care statuează tabu-uri, conduite dezirabile, coduri morale și sancțiuni pentru încălcarea acestora dar individul este cel care deliberează asupra propriilor atitudini, practici sexuale. Datorită faptului că sexualitatea umană se desfășoară în intimitate, se revelează misterul doar cuplului și se păstrează aparențele în afară.

Despre sexualitatea umană nu s-a discutat franc în majoritatea culturilor, perpetuându-se mistificări, informații eronate sau mesaje stigmatizatoare. Puține informații credibile au răzbătut secretul monolitic despre sexualitate, ele fiind considerate erezii, scrieri decadente sau perverse. Și totuși, poeme ca *Grădina parfumată*, povestiri de dragoste celebre, încercări de sistematizare a deviațiilor sexuale de către Krafft Ebing, identificarea motorului social în libido descris de către Freud își păstrează farmecul.

Este însă meritul revoluției sexuale de a extinde limitele normalității sexualității de la sexul exclusiv procreativ spre cel relațional și/sau recreațional. Pe lângă evidentul libertinaj al anilor '60, permis datorită lansării pilulei contraceptive, discursul public deschis despre sexualitate are menirea să relaxeze practicile sexuale și să le deculpabilizeze.

Ce ne atrage la trăsăturile unui potențial partener sexual, care este mirosul ideal, vocea seducătoare, cum se petrece alegerea perechii, ce se ascunde în spatele legilor atractivității? Cum sunt manipulate aceste legi naturale de atracție sau respingere prin direcționare, exagerare, camuflare? La aceste întrebări dar și la altele încearcă sexologia modernă să ofere răspunsuri, explicații, remedii.

Erotic encounter determinants

Micluția Ioana

County Emergency Clinical Hospital, Division of Psychiatry, "Iuliu Hatieganu" Medicine and Pharmacy University, Cluj-Napoca.

Genetics specifically imprint human sexuality, further, hormonal together with multiple educative and social own experiences as well, allowing its individual and desirable development. Sexual history, by politically and socially manner mediate between social and human personality freedom. Even society is the one able to establish taboos, desirable attitudes, morale codes, as well as punishments for violation of all these, individual sexual attitudes and

behavior are deliberate by each person itself. Because human sexual life is an intimate matter, its mystery is revealed just to the couple, outside exposing only appearances.

Mystifications, wrong information or stigmatizing messages were long about human sexuality during millenary cultural evolution due to an un-open approach. Only some credible knowledge about sexuality has get through this monolithic secret and it were considered heresies, decadent or perverse writings. However, poems as Perfumed Garden, remarkable love stories, sexual deviations systematization attempted by Krafft Ebing, social-drive of libido described by Freud, kips charming.

“Sexual revolution”, however, extended sexual normal behavior limits from the exclusively procreation sex to the relational or even recreational one. Besides the sixties obvious free-license, sustained in the context of the contraceptive pill launch, public speech about sex must relax and exculpate the sexual practices.

How are we involved in the sexual partnership? What is the ideal smack, the seducing voice, or how the partner selection works and what is hidden behind the sex-a-peal lows? How the natural rules are manipulated by attraction and rejection or by landmarks, overreactions and camouflages? These are the questions and more other else, that the modern sexology attempts to give answers, explanations, remedies.

Partenerii din umbră ai disfuncțiilor sexuale

Ștefania Miclea
Psiholog principal

Disfuncțiile sexuale au un impact însemnat asupra sănătății mintale a individului și a cuplului.

Depresia și anxietatea sunt cele mai frecvente condiții asociate acestor disfuncții, alături de care apar și alte modificări ale dispoziției afective (iritare, furie, agresivitate etc.), scăderea stimei de sine, izolare socială, disfuncții ale relației de cuplu, nivel ridicat de stres ș.a.m.d.

Identificarea și evaluarea factorilor psihologici asociați disfuncțiilor sexuale reprezintă componente esențiale ale unui tratament eficient. Se vor prezenta scurte instrumente de screening al tulburărilor emoționale, precum și tehnici de comunicare eficientă, ca strategii ușor de aplicat și la îndemâna oricărui medic interesat de tratarea persoanelor cu disfuncții sexuale.

Shadow partners of sexual dysfunctions

Ștefania Miclea
Senior Psychologist

Sexual dysfunctions have a huge impact upon individual's mental health and couple's relationship.

Depression and anxiety are the most frequent associated disorders, as well as other mood disorders (irritability, anger, aggression etc.), low self esteem, social isolation, impaired couple relationship, high level of stress and so on.

Recognition and evaluation of psychological factors associated to sexual dysfunctions are core components of an efficient treatment. Short screening tools for affective disorders and effective communication techniques will be presented, as take-home tools for any health care provider with interest in treating people with sexual dysfunctions.

LISTA ALFABETICĂ A AUTORILOR

A

Anastasiu D. 37

B

Barbu C. M. 36

Belinski C. 40

Bolunduț C. 40

Bran M. 36

C

Calomfirescu N. 40

Carșote M. 39

Chen J. 16

Coca V. 11,12,25,28,30,43

Coca M.C. 29

Codreanu C. 26

Coman I. 13,27,28,30,43

Copăceanu M. 38

Crișan N. 27

Cuzin B. 23

D

Dascălu C. 32

Dobrovolschi E. 38

Duncea I. 29,35

E

El Kharoubi A. R. 32

F

Fica S. 19

G

Georgescu C. 20

Gherman V. 26

Grosu B. 36

H

Hogea M. 26

Hirișcău I. 27

I

Iacob I. 34

Irimie A. 26

Ispas M. 29

K

Kadioğlu A. 22

L

Ladea M. 36

Lăpușan C. 27

M

Manea C. 27,30,31

Maxim R. 27,31

Mănescu R. 31

Miclea Ș. 45

Micluția I. 30,34,35,44

Mihalca R. 19

Mihaly Z. 27

Mogoș V. 19,32

Mogoș S. J. 32

Mureșan B. 30

N

Nechita F. 26,41

P

Perețianu D. 39

Petruț B. 26,41

Poiană C. 39

Popescu C. 35

Popescu D.S. 35

Porav-Hodade D. 12,13,28

S

Schitcu V. 26

Silaghi A. 34,35

Simu D. 29

Sinca C. M. 36

Spârchez Z. 13,28

Staicu D. C. 39

Stoian D. 21,37

T

Tudorache E. 38

Tudose F. 15

Țintilă B. 26,34,41

Țintilă C. 34

U

Ungureanu M. C. 32

V

Valea A. 34,35

Vasile D. L. 14

Vasilis A. 34

Vintilă D. 34

Vulpoi C. 32

Z

Zbârcea A. 40



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE

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

REȚINEȚI DATA!

**20-22 aprilie 2012,
BUCUREȘTI**



INFORMAȚII IMPORTANTE

Vor beneficia de taxe preferențiale de participare membrii A.M.S.R. cu cotizația la zi
Dead-line de trimitere rezumate: 25 martie 2012