

DUMINICĂ, 6 APRILIE 2008

ÎNTÂLNIREA CU EXPERTII

### DISFUNȚIA SEXUALĂ – MARKER DE SĂNĂTATE

Prof. Asoc. Dr. N. Calomfirescu

În urma celor opt ani de activitate A.M.S.R, a atelierelor educaționale deja desfășurate, a studiilor populaționale efectuate și a traficului celor interesați din public pe [www.sansex.ro](http://www.sansex.ro), semiologia legată de problemele de sexualitate este încă jenantă pentru toată lumea. Deschiderea este făcută în direcția diagnosticului medical și a terapiei combinate psiho și farmaceutice, dar suntem, încă, foarte departe.

Trecerea firească a disfuncției erectile în domeniul disfuncției endoteliale vasculare și a patologiei vasculare deficitare multiorgan a creionat conceptual faptul că D.E. este semn, simptom important pentru starea de sănătate. În practica personală de consultații de urologie / sexologie / infertilitate, mulți dintre pacienții care m-au solicitat au rămas surprinși când, dincolo de aparent "simpla disfuncție", s-a găsit altceva.

Treptat, am ajuns la convingerea personală că orice disfuncție sexuală ar trebui considerată un marker de sănătate, indiferent dacă se referă la segmentul psiho sau la cel organic. În acest context, în up-grade-ul profesional al fiecărui practician acest nou marker trebuie introdus și folosit.

### OBEZITATEA – UN NOU SIMPTOM SANTINELĂ?

Bucuraș Dana

*Universitatea de Medicină și Farmacie, Endocrinologie, Clinica Obstetrică Ginecologie, Timișoara*

Suntem obișnuiți cu faptul că disfuncțiile sexuale sunt diverse alterări temporare sau definitive, parțiale sau totale ale unor faze ale actului sexual (dorință-erecție-lubrefiere-orgasm-ejaculare...) Și mai luăm drept criteriu de evaluare aspectul de disconfort indus de acea stare a pacientului nostru. Ce facem însă cu pacienții care au disfuncții sexuale, dar nu sunt deranjați de prezența lor, nu doresc o evaluare clară sau o intervenție terapeutică de orice fel (consiliere, terapie de cuplu, terapie medicamentoasă sau chiar chirurgicală)? Lucrăm într-un domeniu în care "normalul" este variabil, de multe ori reprezentând starea de bine a persoanei în cauză. Excesul ponderal în general, obezitatea, mai ales cea viscerală, în particular constituie un fapt obișnuit în viața noastră de medic, larg acceptat în comunitățile sociale în care trăim. Pacienții sunt de cele mai multe ori reticenți, sunt mulțumiți cu starea lor de fapt, doresc să își trateze punctual problemele, fără a vedea întregul ansamblu!

Să începem NOI, medicii, să vedem lucrurile și altfel decât decretând: „trebuie să slăbiți!” Asocierea exces ponderal-disfuncții sexuale este una extrem de bine cunoscută și descrisă, mai ales în cazul bărbaților. Cercul vicios, care se autoîntreține, cuprinde: exces ponderal - rezistență periferică la insulină - hipogonadism cu debut tardiv - disfuncție erectilă (DE) - sd. metabolic - accentuare, accelerare proces aterosclerotic - agravare DE - DZ - modificări apetit - obezitate. Este foarte greu de spus care este triggerul inițial, sau etapele clare de evoluție, dar trebuie să știm că:

- obezitatea este un factor de risc independent pentru disfuncții sexuale la ambele sexe;
- excesul ponderal este indicator al unui anumit stil de viață: sedentarism, alimentație dezechilibrată, frecvent asociere cu consum de toxine (alcool, tutun), sd. metabolic și HTA, care, toate în parte și cumulate, condiționează disfuncția sexuală, atât la femei cât și la bărbați;
- sd. metabolic prevestește apariția diabetului zaharat / afecțiunilor cardiovasculare;

- disfuncția erectilă este considerată un simptom SANTINELA în prevestirea sd. metabolic (incidență=43%), a insulinorezistenței (80%), a evenimentelor coronariene acute (5% în 10 ani). Incidența DE la pacienții obezi este cu mult mai mare comparativ cu normoponderalii;

- hipogonadismul este mai frecvent la cazurile de supraponderali cu insulino-rezistență (până la 92%, comparativ cu 5% în populația generală);

- apariția diabetului, ca o complicație a excesului ponderal, agravează și mai mult toți parametrii din ecuație: kilograme - funcție endotelială - disfuncție erectilă - proces aterosclerotic - hipogonadism.

Se descrie o corelație strânsă între obezitate și DE, de proporționalitate directă între nivelul alterării erecției și plusul de kilograme. Cumulul factorilor de risc, apariția pe parcurs a hipogonadismului explică doar parțial acest fenomen. Să nu uităm că obezitatea este o stare de stres oxidativ cronic și de inflamație, care pot contribui la alterarea funcționalității NO-sintetazei în organele țintă (vascular: disfuncție endotelială), dar și penian (disfuncție erectilă). În aceste condiții, întrebarea firească este DE CE să nu considerăm obezitatea ca prim semn al problemelor care vor apărea: sd. metabolic / DE / accidente cardiovasculare acute.

La femei, impactul excesului ponderal este ușor diferit. Fără ca doamnele să aibă problema "vizibilă" a lipsei unei erecții, obezitatea alterează sexualitatea prin mult mai multe mecanisme decât nivelul endotelial/enzmat. La femei, aspectul fizic joacă un rol extrem de important în sexualitatea proprie: condiționează respectul și încrederea în sine, atractivitatea (cum se percepe și cum o percep ceilalți). Preocuparea pentru aspectul fizic la femei este egală cu cea pentru erecție la bărbați. Alterarea acesteia generează o stare similară cu "anxietatea de performanță" a bărbaților. Există o proporționalitate între valorile IMC și gradul de disfuncție sexuală (peste 50% din doamne au o alterare a calității vieții). Modificarea imaginii corporale, a formelor, a conturilor corpului (mai ales în postmenopauză) accentuează și mai mult disfuncția sexuală. Nici perioada premenopauzei nu este ferită de probleme: modificările induse de sarcină, fetele cu sd. de ovar polichistic.

Practic, obezitatea (care de cele mai multe ori este urmarea stilului de viață ales, dorit și consimțit de pacient) devine preambulul alterării calității vieții ulterioare: cardiovascular / motor / vital, și acum și sexual. PE CARE DINTRE PLĂCERI LE ALEGI?

## **CE SE ASCUNDE ÎN SPATELE COMPORTAMENTULUI?**

### **Poiană Cătălina**

*UMF "Carol Davila", Catedra de Endocrinologie, București*

Progresul din ultimii ani al neuroștiințelor a facilitat înțelegerea conexiunilor multiple și sofisticate dintre hormoni și comportament. Hormonii nu cauzează reacțiile comportamentale, ci mai degrabă influențează modalitățile și probabilitățile de apariție a răspunsului la stimuli. Ei interacționează cu comportamentul, având ca țintă finală menținerea homeostaziei și asigurarea reproducerii organismului uman.

Hormonii necesită concentrații optime pentru determinismul comportamental. Excesul sau deficitul unui hormon, precum și nerespectarea timing-ului fiziologic de expunere a organismului la hormonul respectiv, pot antrena sindroame clinice caracteristice, cu repercursiuni importante asupra comportamentului uman. Hormonii pot facilita sau dimpotrivă reprimă anumite răspunsuri comportamentale. Unele dintre efectele hormonale, printre care și cele cu impact asupra reacțiilor comportamentale, sunt mijlocite de diferiți precursori sau metaboliți hormonal. De asemenea, un hormon poate influența diferite comportamente, dar în același timp un anumit comportament poate fi influențat de mai mulți hormoni. Un exemplu clasic îl reprezintă prolactina, hormon polipeptidic produs de celulele lactotrope adenohipofizare, cu rol important în producerea lactației, în dezvoltarea glandei mamare, care asociază și efecte reproductive și metabolice, dar care promovează și comportamentul matern, ca și exprimarea sentimentelor de atașament ale mamei față de nou-născut. Comportamentul

matern este însă complex și se află sub influența multor hormoni, cum ar fi estrogenii, progesteronul, androgenii, oxitocina, precum și hormonii axei hipotalamo-hipofizo-adrenale.

Multe dintre cele mai bine înțelese mecanisme ale efectelor hormonale asupra comportamentului se referă la sexualitate – comportament sexual, precum și la stres. Sexualitatea umană este una dintre funcțiile bazice care însoțesc ființa umană în toate etapele ciclului vieții, fiind în permanentă interdependență cu dezvoltarea neuro-psiho-motorie a organismului uman, cu interferențele socio-profesionale și apoi cu declinul biologic dependent de vârstă, deficiențe hormonale, boli acute, dar în special cronice. Identitatea normală a sexului este rezultatul unor achiziții complexe morfologice și hormonale, cu determinism genetic și influențate de mediul ambiental și de relațiile interpersonale ale individului, fiind condiționată însă de o diferențiere sexuală normală.

Termenul de stres, introdus în 1936 de Hans Selye, se referă la un răspuns nespecific al organismului, la acțiunea unui stimul extern perceput ca un pericol pentru homeostazia internă. Sistemele neuroendocrine principale incriminate în stresul acut sunt sistemul adrenergic - catecolaminele și axa hipotalamo-hipofizo-corticoadrenală - corticotropin releasing factor, corticotropin, cortisol, dehidroepiandrosteron. Există însă studii care completează acest tablou și cu activarea altor sisteme neurohormonale: hormonul somatotrop, argininvasopresina.

Aproape toți hormonii sunt implicați în comportament, așa cum sunt implicați în toate secvențele ciclului vieții: de la naștere, creștere, pubertate, la maturitate, reproducere și sarcină, apoi menopauză și andropauză, îmbătrânire. Comportamentul uman este complex și, fără îndoială, orice încercare de a-l eticheta este o cruzime. Putem să-l înțelegem, să-l dezvoltăm, să-l modulăm, să-l încurajăm, să optimizăm deciziile și să ne asumăm responsabilitățile...

**DUMINICĂ, 6 APRILIE 2008**

**STATE OF THE ART LECTURES**

### **ANDROGENII ȘI SINDROMUL METABOLIC LA FEMEI**

**Fica Simona, Martin Sorina**

Sindromul metabolic, caracterizat de asocierea obezității abdominale și a factorilor de risc cardiovasculari precum dislipidemia, hipertensiunea arterială, toleranța alterată la glucoză cu hiperinsulinemie, este asociat cu dezechilibrul hormonilor sexuali. Hormonii sexuali au un rol important în determinarea compoziției corporale și în modularea metabolismelor intermediare, hipoandrogenemia la bărbați și hiperandrogenemia la femei fiind semnificativ asociate cu sindromul metabolic.

Tratamentul hipogonadismului masculin cu testosteron, asociat cu dieta și efortul fizic, poate încetini sau stopa progresia spre diabet zaharat sau boală cardiovasculară. Relația dintre androgeni și sindromul metabolic la femeie este inversă, hiperandrogenemia asociind un risc crescut de boală cardiovasculară. Date crossecționale relevă la femeile cu SOPC o asociere de factori de risc independenți de obezitate, care includ: rezistența la insulină, dislipidemia, afectarea fibrinolizei.

Mediul metabolic și hormonal cronic anormal, care poate să apară din adolescență, predispune aceste femei la ateroscleroză prematură. Deoarece sindromul ovarelor polichistice afectează 4-11% din femei în perioada fertilă, intervenția terapeutică reprezintă o oportunitate importantă de prevenție primară. Biguanidele și tiazolidindionele, prin îmbunătățirea rezistenței la insulină, ameliorarea hiperandrogenemiei și dislipidemiei, ar putea reduce riscul bolii cardiovasculare.

LUNI, 7 APRILIE 2008

SESIUNE DE COMUNICĂRI

*Comunicările vor avea o durată de maxim 7 minute (plus 2 minute de discuții).  
Pentru lucrările care necesită proiecție în timpul prezentării, autorii sunt rugați să contacteze  
secretariatul tehnic cu cel puțin 1 oră înainte de începerea sesiunii.*

#### PSIHOSEXUALITATE - DE CE ?

**Cambosie A., Dontu Anca, Drăgulănescu Cătălina, Popescu Carmen, Ricu V., Teleki Genoveva**

Sexualitatea umană se diferențiază net de sexualitatea animală prin psihologizarea sexualității. Instinctul sexual pur de la animale este înlocuit la om cu libidoul. Sexualitatea umană nu poate face abstracție de istoria ei, de reglementările sociale, culturale dintr-un anumit moment și de până atunci.

Evoluția psihosexuală comportă o stadializare, pe parcursul trecerii prin relația bilateral deschisă a copilului cu mama – primul tip de relație în cadrul căreia ne formăm – spre relația triangularizată copil - mamă - tată ce introduce Complexul Oedip. Prin rezolvarea diferită a acestui complex se realizează feminizarea, respectiv masculinizarea libidoului.

Psihosexualitatea implică deci o matrice de funcționare pe baza diferențelor dintre sexe și, în aceste condiții, întâlnirea poate conduce și la eșec, eșec ce trebuie abordat terapeutic. Conduita de eșec poate fi ori a bărbatului, ori a femeii, ori a cuplului. Piedicile întâlnite de un bărbat în asumarea virilității sale, precum și dificultățile trăite de o femeie în asumarea rolului său feminin se pot „trezi” și pot ieși la suprafață atunci când cei doi se întâlnesc.

Disfuncțiile sexuale apar putând avea cauze atât fizice cât și psihice, dar având întotdeauna efecte psihologice. Psihoterapia intervine astfel pe mai multe direcții, acționând fie asupra efectelor disfuncției sexuale, fie asupra disfuncției în sine. Sub denumirea generică de „specialist” se regăsesc, de fapt, mai multe profesii, specializări și competențe din domeniul medicinei și psihologiei, iar adevărata provocare este să putem construi acea echipă pluridisciplinară în măsură să abordeze cât mai complex aceste disfuncții.

#### EJACULAREA PRECOCE DEPINDE DE MĂRIMEA ȘI DURATA ERECȚIEI: INSUFICIENȚA ERECȚIEI ESTE CAUZA EJACULĂRII PRECOCE, UNDE DETUMESCENTA PRECOCE CONDUCE LA EJACULARE PRECOCE. IPOTEZĂ: MECANISMELE PROERECTILE PERIFERICE INHIBĂ CENTRUL EJACULĂRII

**Perețianu D., Radu L.V., Ion Dumitra**  
*SCM "Povernei", SCM "Medcenter", București*

**Ipoteză:** Mecanismele proerectile periferice inhibă centrul ejaculării.

**Scop:** Analiza comportamentului ejaculatoriu la bolnavii cu ejaculare precoce (EP) după administrarea unui tratament proerectil.

**Material-metodă.** **A. Pacienții:** 1. EP: 60; vârstă: media: 41,23. 2. Pacienți - Moment control: 100, vârstă: media: 35,67. **B. Chestionar:** 1. retrospectiv, estimarea timpului de latență ejaculatorie intravaginală (IVELT) și timpului de detumescență postejaculator (TEPE), după Pryor et al. J Sex Med, 2006; 3, suppl. 1, A126. Măsurare vs estimare: DE:  $r = 0,69$ , normali:  $r = 0,55$ . **C. Sildenafil (S)** (50/100 mg) 1-2 luni (4-8 administrări). **D. Teste statistice:** Student - diferențe, Pearson - corelații.

**Rezultate.** **I. Bazal.** **A. Pacienții EP:** 1. TEPE: media: 0,54 min. 2. IVELT: media: 1,34 min. 3. Corelație vârstă - TEPE:  $r = -0,31$ ,  $p < 0,05$ . 4. Corelație vârstă - IVELT:  $r = 0,11$ ,  $p = \text{NS}$ . 5. Corelație TEPE - IVELT:  $r = 0,01$ ,  $p = \text{NS}$ . **B. Pacienții control:** TEPE: media: 3,62; IVELT: media: 12,77,  $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ .

**II. Pacienți EP cu S:** a. #48 erecție prelungită. Cresc: TEPE: media 4,49;  $p < 0,001$ ; IVELT: 6,21,

$p < 0,01$ . b. Fără efect erectil: #12 (20%); vârsta: media 61, limite: 49-74. c. Satisfacție foarte mare în 80% din cupluri. III. După sistarea S, 2 situații: 1. #5 (8% din total și 10,4% din repondenți la S) nu mai prezintă EP. 2. La #43 (89,6% din repondenți la S) EP revine.

**Concluzii.** 1. TEPE corelativ cu/dependent de IVELT. 2. Sildenafil stimulează puternic IVELT și TEPE în #80%. 3. **Ipoteză:** timpul ejaculator depinde de nivelul erecției! 4. **Propunere:** model de corelație erecție-ejaculare bazat pe mecanisme periferice și medulare.

## **SEXUAL DYSFUNCTIONS IN CRANIOPHARYNGIOMAS, EXPERIENCE OF 137 CASES OF CHILDREN VERSUS ADULTS**

**Ciurea A.V., Tașcu A., Rotărescu Virginia, Rizea R.E., San Aurelia, Gheorghită N.A.**

*Clinic of Neurosurgery, Psychology Department, ATI Department, "Bagdasar-Arseni" Clinical Hospital, Bucharest*

**Objective:** The goal of this study is evaluation of sexual dysfunctions and outcome in craniopharyngiomas in pediatric and adult population, treated surgically, emphasizing on therapeutically and psychological issues.

**Background:** Craniopharyngiomas are benign, slow-growing tumors, expanding in the pituitary stalk axis, from the sphenoid body to the third ventricle.

**Methods:** Authors performed a retrospective analysis of 102 children and 35 adults with craniopharyngiomas diagnosed and operated, during a period of 17 years (1990-2006).

**Results:** In the cohort of children, with predominantly affected age 7-10 years old (41 cases - 40.2%), endocrine and sexual dysfunction occurred in 81.5%. Children present with growth failure, hypogonadism, delayed or arrested puberty, genital dystrophy, lack of menstruation, breast development, absence of sexual development, lack of genital enlargement, pubic hair and beard growth, lack of muscle development, absence of sexual interest, aspermatogenesis and infertility. In adults, endocrine and sexual dysfunction occurred in 43.7%. Adults present with menstrual irregularities, amenorrhea, loss of libido, dyspareunia, sexual dysfunction, precocious menopause, vaginal dryness, decreased beard and body hair, breast enlargement, muscle loss, infertility, galactohrea. A personal craniopharyngiomas grading scale was presented.

**Conclusions:** Sexual dysfunctions are common finding in craniopharyngiomas, differing with the age of patient, and important causes of morbidity which require specific treatment. Surgical treatment remains the main option, but the important number of complications, regrowths and recurrences prove the necessity of a multidisciplinary approach: microsurgery, radiosurgery and endocrinological treatment. Authors present a craniopharyngioma scale which facilitates the perfect location, surgical approach and outcome in this kind of tumor.

## **TULBURĂRILE IDENTITĂȚII SEXUALE – O ABORDARE PSIHODINAMICĂ**

**Botezat-Antonescu Ileana**

*Spitalul de Psihiatrie "Dr. C. Gorgos", București*

Prezentarea încearcă să ofere o perspectivă atât asupra formării identității sexuale (de gen), cât și a tulburărilor acestora din unghiul mai degrabă socio-psihologic decât din cel biologic. Sunt examinate similaritățile și diferențele care "fac" deosebirea dintre bărbat și femeie, privite în lumina teoriei psihodinamice la a cărei origine stau lucrările lui Sigmund Freud. Factori ca agresivitatea, puterea socială, empatia, abilitățile verbale și spațiale reprezintă repere ce definesc identitatea sexuală, așa cum atestă achizițiile neuroștiințelor și ale psihosociologiei.

De asemenea, ciclurile vieții, tipul de personalitate, tipul de cultură socială și variațiile culturale

din interiorul societății își pun amprenta asupra modului în care se configurează psihopatologia, adică ceea ce DSM IV definește drept "tulburări ale identității sexuale (de gen)". Sunt menționate criteriile de diagnostic, teoriile psihanalitice și aspectele relaționale care servesc înțelegerii ilustrărilor clinice.

## TRAUMĂ ȘI SEXUALITATE

Vasile Diana, Ragea Carmen, Sârbu Lavinia

Logos

În lucrare sunt discutate efectele traumelor psihice în planul sexualității. Două studii de caz sunt prezentate pentru a scoate în evidență rolul psihoterapiei traumei în diminuarea acestor efecte și în stimularea dezvoltării psihosexuale a persoanelor traumatizate. De asemenea, rolul psihoterapeutului este analizat din punctul de vedere al evoluției procesului terapeutic.

## DISFUNȚIA ERECTILĂ ASOCIATĂ ÎNGROȘĂRII DE INTIMĂ-MEDIE DIN SINDROMUL METABOLIC PREZICE RETINOPATIA EVIDENȚIABILĂ OFTALMOSCOPIE DIN DEBUTUL DIABETULUI TIP 2

Coca V.<sup>1</sup>, Coman I.<sup>2</sup>, Coca Mariana C.<sup>1</sup>, Tatu Simona<sup>3</sup>, Popa-Gorgan Corina<sup>4</sup>, Niță Cristina<sup>1</sup>, Cerghizan Anca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centrul Clinic de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice - Spitalul Județean, <sup>2</sup>Cl. Urologie - Spitalul Municipal, <sup>3</sup>Cl. Oftalmologie - Spitalul Județean, <sup>4</sup>Cabinet Neurologie - Centrul de Diagnostic și Tratament, Cluj-Napoca

**Obiective:** Disfuncția erectilă (DE) este un marker clinic de afectare endotelială. Îngroșarea intimei-medii (intima-media thickness: IMT) sugerează modificări de perete arterial (proliferare celulară, infiltrat inflamator, alterare matriceală și de membrane bazale, etc). În consecință, am urmărit dacă asocierea DE cu IMT la bărbați cu sindrom metabolic (MetS) poate fi corelată cu debutul precoce al unor complicații cronice microvasculare în diabetul tip 2 (T2DZ) consecutiv: retinopatia diabetică (RD), nefropatia diabetică (ND), polineuropatia periferică senzorială (PNP).

**Metodă:** Din 98 de bărbați înrolați cu MetS și IMT (IM>0,999 mm), 61 au devenit diabetici după 6,2±0,82 ani. Ei au fost împărțiți (V1) în: Grup A = 28 cazuri cu IMT + DE (prediabetică) și Grup B = 33 cazuri, doar cu IMT. Aceste grupuri au fost reevaluate la debutul T2DZ (V2) măsurându-li-se: hemoglobina glicată (A1c), colesterolul, trigliceridele, HDL, LDL, microalbuminuria (ND) plus oftalmoscopie (RD) și teste neurologice (PNP). DE a fost evaluată prin utilizarea chestionarului IIEF-5 (SHIM). IMT s-a evaluat ultrasonografic (ESEAOTE AU4, 7.5 MHz) la nivelul arterelor carotide, 1 cm presinusoidal, excluzându-se persoanele cu IM<1,0 mm. MetS = obezitatea abdominală (talie > 96 cm) și minim alte două din criteriile NCEP/ATP III.

**Rezultate:** Diferența indicelui SHIM la grupul A a fost nesemnificativă: V1=15,4±1,01 vs. V2=14,69±0,8 (P<0,02). La debutul T2DZ nu s-au înregistrat diferențe semnificative în ceea ce privește evoluția IMT între cele două grupuri: V2=1,254±0,037 vs. V1=1,192±0,009 (P=0,9). Prevalența ND și a PNP nu au fost semnificativ diferite la V2. În schimb, prevalența RD a fost sensibil diferită: Gr. A = 6 cazuri (21,42%) vs. Gr. B = 2 cazuri (6,06%); P<0,001. S-a înregistrat și o diferență semnificativă statistic a echilibrului glicemic (A1c): Gr. A = 6,8±0,51 vs. Gr. B = 6,1±0,43 (P<0,05). Cu toate acestea, prevalența retinopatiei nu s-a corelat semnificativ cu cazurile de diabet cu dezechilibru glicemic (RD vs. A1c): Gr. A: r = -0,84, P<0,9; Gr. B: r = -0,47, P<0,01.

**Concluzii:** IMT din MetS nu este un marker al precocității complicațiilor microvasculare în diabet. Asocierea DE la IMT constituie, însă, o comorbiditate predictivă pentru prevalența crescută a retinopatiei diabetice din debutul T2DZ.

## **TERAPIA COMBINATĂ SILDENAFIL CITRAT – TESTOSTERON CU ACTIVITATE PRELUNGITĂ MENȚINE NIVELUL ADECVAT AL DORINȚEI SEXUALE ȘI ERECȚIILE NONFARMACOLOGICE**

**COCA V.<sup>1</sup>, PORAV D.<sup>2</sup>, COMAN I.<sup>2</sup>, COCA MARIANA CECILIA<sup>1</sup>, BOBĂRNEA AMFIANA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centrul Clinic de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, <sup>2</sup>Spitalul Municipal - Secția de Urologie, Cluj-Napoca

**OBIECTIVE:** Experiența anterioară a demonstrat că testosteronul cu activitate scurtă, în doză moderată, augmentează efectele sildenafil citratului (S) în disfuncția erectilă (DE) cu testosteronemie normală din sindromul metabolic (MetS). În consecință, am urmărit efectul asocierii testosteronului (T) cu activitate prelungită cu S asupra menținerii dorinței sexuale și a erecțiilor spontane după încetarea administrării de sildenafil citrat.

**METODĂ:** 49 bărbați cu MetS și DE au fost evaluați pe domeniile chestionarului IIEF urmărindu-se în speță funcția erectilă (FE) și dorința sexuală (DS) (V1). Participanții au folosit sildenafil 50 mg, 2-4 tb/săpt. timp de două luni, completat în prima zi, la 24 de cazuri (Grup A) cu 1 injecție i.m. de testosteron undecanoat (Nebido®). Grup B (fără T) = 25 cazuri. La sfârșitul administrării S (V2) și la o lună distanță (V3) s-a evaluat FE. La 10 (V2) și, respectiv 30 zile (V3) după S s-a evaluat, de asemenea, și DS. Evaluare metabolică: glicemie bazală (Gly), colesterol (Chol), trigliceride (TG) și col-HDL (mg/dl).

**REZULTATE:** Scorul IIEF la V<sub>1</sub>: Gr. A vs. Gr. B: 44,16 vs. 43,67 puncte (p). Scorul FE. Gr. A: V<sub>1</sub>=16,2 p; V<sub>2</sub>=27,34 p (P=0,001); V<sub>3</sub>=21,89 p (P<0,06). În Gr. B: V<sub>1</sub>=14,1 p; V<sub>2</sub>=23,3 p (P=0,001); V<sub>3</sub>=15,9 p (P=0,5). La V<sub>2</sub>, Gr. A vs. Gr. B: 26,34 p vs. 23,3 p; (P=0,45). La V<sub>3</sub>, Gr. A vs. Gr. B: 20,89 p vs. 15,9 p; P=0,08.

Scorul DS. Gr. A: V<sub>1</sub>=4,77 p; V<sub>2</sub>=9,21 p (P<0,001); V<sub>3</sub>=9,05 p (P=0,09). Gr. B: V<sub>1</sub>=5,67 p; V<sub>2</sub>=7,37 p (P=0,015); V<sub>3</sub>=4,89 p (P=0,1). La V<sub>2</sub>, Gr. A vs. Gr. B: 9,37p vs. 6,37 p (P=0,07); La V<sub>3</sub>, Gr. A vs. Gr. B: 9,05 p vs. 4,89 p (P<0,001).

Parametrii metabolici nu au fost influențați de utilizarea sildenafilului și a testosteronului: Gr. A: Gly la V<sub>1</sub>=118,4±7,2; V<sub>2</sub>=119,5±7,7. Chol la V<sub>1</sub>=234,7±22,8; V<sub>2</sub>=230,3±30,6. TG la V<sub>1</sub>=240,3±26,9; V<sub>2</sub>=218,6±31,4. HDL la V<sub>1</sub>=36,6±5,2; V<sub>2</sub>=37,8±9,1. Gr. B: Gly la V<sub>1</sub>=116,4±8,2; V<sub>2</sub>=117,6±9,8. Chol la V<sub>1</sub>=230,1±42,8; V<sub>2</sub>=229,8±33,3. TG la V<sub>1</sub>=250,3 ±20,5; V<sub>2</sub>=228,1±37,4. HDL la V<sub>1</sub>=33,2±4,7; V<sub>2</sub>=36,3±6,8.

Nu s-au înregistrat reacții adverse după administrarea de sildenafil și testosteron cu activitate prelungită.

**CONCLUZII:** În DE din MetS testosteronul cu acțiune prelungită îmbunătățește efectul sildenafilului, prelungind, de asemenea, capacitatea de a obține erecții spontane și a dorinței sexuale la un nivel adecvat.

### **IMPLICAȚIILE HIPOGONADISMULUI ȘI SINDROMULUI METABOLIC ÎN DISFUNCȚIA ERECTILĂ A PACIENȚILOR CU DIABET ZAHARAT**

**Georgescu Olivia**

**Scopul studiului:** Evaluarea corelațiilor dintre statusul hormonal, componentele sindromul metabolic și disfuncția erectilă la pacienții cu diabet zaharat.

**Material și metodă:** Pentru 25 de pacienți (5 cu diabet zaharat tip 1 și 20 cu diabet zaharat tip 2) cu vârste cuprinse între 20-70 ani s-au efectuat măsurătorile antropometrice și s-a evaluat atât echilibrul metabolic (HbA1c, profilul lipidic, tensiunea arterială) cât și statusul sexual hormonal (testosteronul seric total și liber, DHEA-S). Disfuncția erectilă s-a diagnosticat pe baza unui scor de sub 22 puncte obținut la chestionarul standardizat IIEF. Pacienții cu testosteron total sub 300 ng/dl au fost considerați hipogonadici.

**Rezultate:** Prevalența disfuncției erectile a fost 75% în diabetul zaharat de tip 1, 90% în cel de tip 2, iar a hipogonadismului 25% în diabetul zaharat de tip 1, 40% în cel de tip 2. Valoarea scăzută a testosteronului total s-a corelat semnificativ cu creșterea perimetrului abdominal ( $p=0,004$ ) și cu scăderea HDL-colesterolului, independent de vârsta pacienților. S-a observat o directă corelație între valoarea testosteronului liber și scorul IIEF ( $p=0,15$ ), iar creșterea DHEA-S a fost semnificativ asociată cu un scor IIEF ridicat ( $p=0,006$ ).

**Concluzii:** Disfuncția erectilă a fost frecventă la pacienții diabetici, severitatea acesteia fiind direct proporțională cu scăderea testosteronului liber și DHEA-S. Hipogonadismul s-a asociat cu prezența sindromului metabolic, independent de vârsta pacienților.

### **MODIFICĂRI CLINICO-BIOLOGICE INDUSE DE SCĂDEREA PONDERALĂ LA BĂRBAȚI OBEZI CU SINDROM METABOLIC**

**Bucuraș Dana, Bucuraș V., Hogeia Corina**

*Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara*

**Premize:** Sd. metabolic, antecamera patologiei cardiovasculare și metabolice majore, asociază într-o proporție extrem de mare disfuncție erectilă și hipogonadism.

**Obiective:** Lucrarea de față își propune evaluarea impactului asupra sexualității și testosteronemiei produs de scăderea ponderală la bărbați tineri care au ca motiv de prezentare la medic dorința de a slăbi.

**Material și metodă:** Începând cu ianuarie 2007 au fost selectați toți pacienții bărbați supraponderali și obezi, cu vârsta cuprinsă între 20-45 de ani, care s-au prezentat în ambulator cu motivația personală/relațională de a slăbi. Din numărul total de 65 de subiecți, 55 au fost de acord să participe la evaluarea completă, iar 45 au întrunit criteriile biochimice de sd. metabolic. 40 de subiecți au fost complianți pe toată durata de evaluare. Perioada minimă de urmărire a fost de 8 luni. Toți pacienții au fost evaluați prin interviu, calcul IMC, dozarea glicemiei à jeun, HDL-colesterol, LDL-colesterol, trigliceride, TA, raport talie/șold, testosteron total, SHBG, PSA. Cei 45 de pacienți cu sd. metabolic (definiția NCEP-ATPIII) au completat chestionarul FSFI simplificat (întrebările 1-5). Criteriul de diagnostic pentru hipogonadism a fost cea de testosteron liber calculat  $<10$  pg/ml. Analiza statistică a utilizat programul Spss, 9.0.

**Rezultate:** Caracteristicile lotului: vârsta medie  $37,3 \pm 8,6$  ani. Factori de risc prezenți: HTA (35/45), fumat (25/45), sedentarism - definit ca mai puțin de 1 oră de mișcare activă/săptămână) 41/45, DZ tip 2 sau intoleranță la glucide 19/45, medicație antihipertensivă (25/45), abuz de alcool 15/45. În dinamică, odată cu scăderea ponderală s-au observat următoarele modificări:

	<b>Inițial</b>	<b>Final</b>
<b>Greutate (kg)</b>	$101 \pm 3,7$	$87 \pm 2,5$
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	$34,18 \pm 4,1$	$26,55 \pm 3,2$
<b>Circumferința abdominală (cm)</b>	$123 \pm 12$	$117 \pm 8$
<b>Raport talie/șold</b>	1,02	0,95
<b>SHBG (nM/l)</b>	$26,7 \pm 9,85$	$33,5 \pm 11,4$
<b>Testosteron liber calculat</b>	$15,1 \pm 0,75$	$18,2 \pm 1,1$
<b>Scor FSFI</b>	18,8	21,2

Hipogonadism clar s-a constatat la 3/45 de pacienți, ameliorat odată cu scăderea în greutate la 1 caz. Incidența disfuncției erectile inițiale a fost de 40% (18 cazuri). Schimbarea stilului de viață



a generat normalizarea IIEF la 11 din cele 18 cazuri. Toți cei cu hipogonadism au avut rezistență periferică crescută la insulină.

**Concluzii:** mișcarea și scăderea ponderală generează efecte semnificative asupra calității vieții pacienților supraponderali și obezi, aparent fără probleme de sexualitate.

## **EXISTĂ O RELAȚIE ÎNTRE SCĂDEREA PONDERALĂ ȘI FUNCȚIA SEXUALĂ FEMININĂ?**

**Bucuraș Dana, Bucuraș V.**

*Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara*

**Premize:** Asocierea dintre supraponderalitate/obezitate și disfuncția sexuală este un DAT, precizat mai ales la bărbați, dar și la femei. Efectul cumulativ al factorilor de risc metabolici și cardiovasculari asociați/generați de obezitate, respectiv modificările de imagine corporală, condiționează alterarea sexualității la femei.

**Obiective:** Studiul de față își propune evaluarea impactului scăderii ponderale asupra funcției sexuale feminine.

**Material și metodă:** Lotul a cuprins 67 de femei supraponderale și obeze (IMC la limita superioară admisă a vârstei) care au finalizat un program de modificare a stilului de viață: dietă hipocalorică (reducere cu 500-800 kcal/zi față de consumul energetic mediu zilnic), hipoglucidică, cetogenă, începerea unei activități fizice, eventual tratament cu Sibutramină. Din lotul inițial de paciente de 350 de persoane, au fost selectate femeile aparent sănătoase, active sexual, aflate într-o relație stabilă, cu durata de minim 1 an, fără tulburări ale ciclului menstrual inerente premenopauzei. Funcția sexuală a fost evaluată doar prin completarea chestionarului FSFI (Female Sexual Function Index) tradus în limba română, la momentul administrării programului și după 6 luni.

**Rezultate:** După 6 luni de scădere și menținere ponderală, s-a înregistrat o diminuare a greutateii cu 11,76% (aproape 10 kg) respectiv diminuarea IMC cu 0,882. S-a observat o ameliorare a scorului total FSFI. Se descrie o corelație directă (0,76,  $p < 0,05$ ) între îmbunătățirea funcției sexuale și scăderea ponderală, exprimată în kilograme. Separat pe domenii, se observă o îmbunătățire a scorurilor pentru excitabilitate, lubrefiere, orgasm și satisfacția generală. Fără a avea semnificație statistică, domeniul orgasmului s-a îmbunătățit cel mai mult. Simptomele dureroase din timpul actului sexual nu au fost îmbunătățite de scăderea ponderală. 7 din cele 67 de paciente au întrunit criteriile "de prag clinic" al FSFI (valoare mai mică de 26,55 puncte). La finele perioadei de 6 luni, doar 5 paciente au întrunit același criteriu.

**Concluzii:** Schimbarea stilului de viață, dar mai ales scăderea ponderală importantă determină modificări benefice ale sexualității femeilor cu exces ponderal.

**LUNI, 7 APRILIE 2008**

**STATE OF THE ART LECTURES**

## **FLUROCHINOLONELE ÎN TRATAMENTUL UNOR INFECȚII UROGENITALE**

**Calomfirescu Cristina**

*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. V. Babeș", București*

Flurochinolonele sunt antibiotice care pleacă de la nucleul chinolonic (ac. nalidixic) și care pătrund în situsuri greu accesibile, în acele "sanctuarie ale organismului". Ele sunt active pe germenii Gram negativi, unii coci Gram pozitivi și pe germenii atipici.

Având bună penetrație în prostată, dar și în restul structurilor aparatului urinar, ele sunt recomandate atât în tratamentul prostatitelor (acute și cronice), cât și în infecțiile urinare joase sau înalte, a urosepsisului. Flurochinolonele de ultimă generație sunt active și pe unii germeni

multirezistenți, la pacienții imunodeprimați.

Sindromul inflamator pelvin al femeii, generator de dispareunie/dismenoree este cauzat uneori și de infecțiile din sfera genitală și poate fi tratat eficient cu fluorochinolone.

Având bună penetrabilitate intracelulară, fluorchinolonele pot fi utilizate cu succes în bolile cu transmitere sexuală atât la bărbat, cât și la femeie. De exemplu, *Chlamidia*, una dintre cele mai frecvente BTS, este implicată atât în uretrita cronică nespecifică cât și în boala inflamatorie pelvină.

Cheia succesului terapeutic ține atât de precocitatea și corectitudinea diagnosticului clinic (uneori și bacteriologic) cât și de corecta utilizare a antibioticului.

## **DISFUNȚIA SEXUALĂ ÎN CHIRURGIA VAGINALĂ ȘI PELVINĂ**

**Bumbu G.**

*Clinica de Urologie, Oradea*

Disfuncția sexuală la femei este frecvent întâlnită, crește cu vârsta, cu tulburările de statică pelvină (incontinența urinară și prolapsul urogenital). La începutul anilor 1999, National Health and Social Life Survey (NHSLs) a publicat un studiu în Journal of the American Medical Association indicând clar că problemele sexuale sunt mult mai frecvente decât ne-am fi imaginat, femeile americane trecând de 43%, un procentaj mai mare decât cel al bărbaților (31%). Totodată, se subliniază o incidență crescută a femeilor fără activitate sexuală, de până la 39,06%.

Scopul acestei lucrări este de a stabili o legătură între calitatea vieții și activitatea sexuală la pacientele cu incontinență urinară și prolaps urogenital înainte și după tratamentul chirurgical în care s-au utilizat bandele și meșe de polipropilenă.

Chirurgia invazivă determină întotdeauna modificări temporare sau permanente care nu pot fi anticipate de către femei sau care încep să devină evidente numai după externare.

Operațiile care duc la desfigurarea, mutilarea zonelor anatomice cum ar fi fața, sânii, organele genitale, au adesea un efect dezastruos asupra propriei imagini și asupra sexualității. Aspecte socio-psihologice ale propriului corp formează un model complex al cunoașterii de sine și asupra modului în care individul este perceput în societate.

Partenerii, care se adaptează greu la noua situație, consideră că este greu să-și continue activitatea sexuală, exceptând situațiile când relația de cuplu este bazată pe sentimente puternice.

Toate aceste sentimente negative care încearcă femeia, cuplul, trebuie analizate alături de echipa medicală, cu precădere anxietățile sexuale deoarece, înțelegându-le, se va trece mai ușor peste ele.

**MARȚI, 8 APRILIE 2008**

**SESIUNE DE COMUNICĂRI**

*Comunicările vor avea o durată de maxim 7 minute (plus 2 minute de discuții).*

*Pentru lucrările care necesită proiecție în timpul prezentării, autorii sunt rugați să contacteze secretariatul tehnic cu cel puțin 1 oră înainte de începerea sesiunii.*

### **CORPUL SISTEMIC**

**Zlătaru Ana-Maria**

*Cabinet individual de psihologie*

În zilele noastre, faptul că psihicul și soma sunt într-o strânsă interdependență a devenit axioma. Rapiditatea somatizării unui conflict psihologic este de-a dreptul uluitoare, la fel și capacitatea corporilor noastre de a se "reface" din condiții medicale mai mult sau mai puțin severe. Aceste fapte

ne vorbesc despre plasticitatea extraordinară a diadei corp-psihic în raport cu dinamica vieții. Dar ce se întâmplă atunci când, indiferent de tratamentul medical urmat sau de abordarea complexă, elaborată și foarte diversă de tip psihologic a substratului emoțional, anumiți pacienți nu răzbat, nu depășesc, nu li se ameliorează condiția somatică nesatisfăcătoare? Abordarea transgenerațională în psihoterapie vine cu o nouă paradigmă referitoare la aceste blocaje somato-psihoice. Privind în sistemul familial al clientului putem descoperi uneori cauze nebănuite ale blocajelor lor, dincolo de evidența predispoziției genetice. Legile neștiute ale sistemului familial acționează inclusiv la acest nivel, cel al corpului. Uneori, intervenind la acest nivel, putem ajuta la deblocarea condiției somatice nesatisfăcătoare.

## **OPINII ȘI ATITUDINI PRIVIND NOILE TEHNOLOGII DE REPRODUCERE**

**Rada Cornelia<sup>1</sup>, Manolescu Suzana<sup>2</sup>, Prejbeanu Ileana<sup>3</sup>**

<sup>1, 2</sup>*Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer” Academia Română București,* <sup>3</sup>*Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova*

Noile tehnologii de reproducere (New Reproductive Technologies - NRTs) înlocuiesc o verigă lipsă din mecanismul normal de reproducere, oferind o șansă persoanelor sterile care doresc să aibă copii.

**Metodologie:** În perioada 2005-2006, am lansat o cercetare în mediul urban privind sănătatea sexual-reproductivă în care am alocat un capitol NRTs cu scopul de a determina și evalua opiniile și atitudinile față de acestea. Eșantionul, format din 1902 subiecți, distribuiți relativ egal ca acoperire zonală, sex și grupe de vârstă, a fost chestionat asupra percepției, gradului de acord, vârstei potrivite și statutului marital al celor care pot apela la reproducerea asistată.

**Rezultate:** S-au identificat următoarele diferențe semnificative statistic ( $p < 0,001$ ) privind NRTs. Cunoșterea și gradul de acord sunt mai scăzute la persoanele de peste 50 de ani, cresc evident odată cu nivelul de instruire. Gradul de acord cu NRTs nu diferă semnificativ în funcție de sex, cu excepția acceptării metodei mamei surrogat, unde ponderea femeilor este aproape jumătate din cea a bărbaților.

În opinia respondenților, NRTs ar trebui folosite în principal de persoanele căsătorite.

Analiza de clusteri privind acordul cu NRTs identifică trei categorii de respondenți:

- "exclusivist" (55%) - dezacord cu toate cele 7 tehnologii de reproducere
- "liberal" (31,5%) - deschidere și acordul cu toate
- "conservator" (13,5%) - acord numai cu metodele care nu presupun implicarea unei terțe persoane.

**Concluzii:** Opinia respondenților poate constitui baza pentru colectarea de informații, planificarea și trasarea de recomandări legislative cu scopul elaborării unor strategii ce pot asigura dreptul la reproducere ce izvorăște dintr-o nevoie și o dorință de bază umană.

## **DINAMICA SEXUALĂ ȘI INDICELE DE MASĂ CORPORALĂ (BMI)**

**Rada Cornelia<sup>1</sup>, Manolescu Suzana<sup>2</sup>, Hudită D.<sup>3</sup>**

<sup>1, 2</sup>*Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer” Academia Română București,*

<sup>3</sup>*Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București*

**Metodologie:** Într-un studiu efectuat în mediul urban, în perioada 2005-2006, care a avut ca scop sănătatea sexual-reproductivă, peste 2.000 de subiecți cu vârsta între 15-80 ani, distribuiți omogen pe sex, grupe de vârstă și zone geografice, au fost evaluați privind înălțimea, greutatea și dinamica sexuală.

**Rezultate:** Testul Pearson  $\chi^2$  nu indică diferențe semnificative statistic între clasificarea subiecților în funcție de BMI și variabila dinamica sexuală exprimată prin frecvența contactelor sexuale. Totuși, ponderea subiecților considerați obezi este de aproape 3 ori mai mare (12,7%) în cazul unei activități

sexuale reduse (contacte sexuale la două luni sau mai rar), comparativ cu 4,4% ponderea subiecților considerați obezi, care au raportat activitate sexuală mai intensă (zilnic).

Analiza de corespondență a celor două variabile în spațiul bidimensional identifică că persoanele obeze sunt situate în cadranul III, în opoziție cu persoanele clasificate normale, situate în cadranul I. Datorită unghiului ascuțit mic dintre vectorul „Normali” și vectorii „Zilnic” și „Săptămânal” putem interpreta că persoanele normoponderale sunt apropiate de o activitate sexuală mai intensă. În mod similar, activitatea sexuală mai redusă la două luni și peste și lunar este corelată cu subiecții considerați obezi. Din punctul de vedere al activității sexuale, normoponderalii sunt mai aproape de supraponderalii, obezii sunt în opoziție cu normoponderalii, iar supraponderalii sunt în opoziție cu subponderalii.

**Concluzii:** Desigur, BMI influențează dinamica sexuală așa cum au arătat și alte studii, însă durata, frecvența și calitatea activității sexuale necesită evaluări și determinări multifactoriale, în această ecuație intrând cel puțin variabile cum sunt vârsta, statutul marital, stilul de viață, temperamentul ș.a.

### **PERCEPȚIA ROLULUI SEXOLOGIEI/PSIHOSEXOLOGIEI ȘI EDUCAȚIEI ÎN MANAGEMENTUL DISFUNȚIILOR SEXUALE**

**Bălănean R.<sup>1</sup>, Chiriac Jeni<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii, Tg-Mureș, <sup>2</sup>Clinica Terapiam, București*

**Context:** Ne aflăm astăzi în România într-un context socio-politico-economic de tranziție, într-un model conservator socio-cultural asupra sexualității și în lipsa unui demers educațional coerent. În fața libertinismului și sexualității debordante, cât și în fața unei explozii informaționale formatoare de modele, apare necesitatea unui demers coerent multidisciplinar al specialiștilor în ceea ce privește sexualitatea și psihosexualitatea omului modern.

**Scop și obiective:** Scopul studiului a fost identificarea percepției populației pe anumite segmente de vârstă asupra sexualității și disfuncțiilor sexuale, rolului specialiștilor și educației/informării în sexualitatea omului modern.

Identificarea și definirea barierelor perceptuale (erori de percepție, percepții incomplete) cât și a bagajului informațional pe grupe de vârstă care pot conduce la demersuri concrete de ameliorare a situației constatate.

**Material și metodă:** Studiul a fost realizat pe un eșantion de 380 participanți din populația urbană a municipiului Tg-Mureș, de ambele sexe, și pe categorii de vârstă peste 14 ani.

S-a utilizat ca instrument un chestionar semistructurat cu 30 de itemi în care au fost incluși itemi referitori la disfuncțiile sexuale, nevoile de informare și percepția asupra rolului specialistului.

**Rezultate:** Rezultatele obținute în urma studiului, deși nu pot fi generalizate la întreaga populație a României, pot reprezenta o motivație pentru o extindere a cercetării și propunerea unor demersuri specifice interdisciplinare ale specialiștilor, de intervenție terapeutică și educativ-informațională.

### **PROGRAMUL CLOSER – BILANȚUL LA 3 ANI**

**Coman I., Manea C., Crișan N., Porav D., Feciche B., Mihaly Z., Lăpuș C., Giurgiu C., Sârb D., Jalalizadeh B., Stanca D., Petruț B., Nechita F., Prundu P.**

*Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, Cluj-Napoca*

**Obiective:** Evaluarea rezultatelor la 3 ani a programului de screening simultan a disfuncției erectile și a cancerului de prostată.

**Metodă:** În perioada martie 2005 - martie 2008 au fost evaluați în cadrul programul CLuj-Napoca ProStatic Cancer Screening (CLOSER) 8.901 bărbați cu vârsta peste 50 de ani. Alături de testele pentru detecția cancerului prostatic (PSA, tușeu rectal, ecografie abdominală, IPSS), pacienții au

completat, opțional, Indexul Internațional al Funcției Erectile (IIEF).

**Rezultate:** Dintr-un total de 8.901 pacienți de sex masculin, cu vârste de peste 50 ani, 5.631 au consimțit să completeze testul IIEF, iar 3.370 au refuzat să participe la screening-ul disfuncției erectile. Disfuncția erectilă severă s-a decelat la 16,3% dintre pacienți, 25,8% dintre pacienți au prezentat disfuncție erectilă moderată, 43,8% disfuncție erectilă ușoară, iar 13,9% dintre pacienți nu au avut disfuncție erectilă. Pacienții diagnosticați cu disfuncție erectilă au urmat diferite scheme de tratament cu inhibitori de 5 fosfodiesterază.

**Concluzii:** Screening-ul cancerului de prostată este un mijloc eficient pentru detecția disfuncției erectile, diagnosticul și tratamentul precoce determinând îmbunătățirea calității vieții pacientului.

#### **IMPACTUL EMOȚIONAL LA ADMINISTRAREA IIEF**

**Calomfirescu N.\*, Belinski C.\*\*, Manu-Marin A.\*\*\*, Calomfirescu Cristina\*\*\*, Neamțu M.\*, Neicuțescu C.\*, Vesa Elena\***

*\*Spitalul "Prof. Dr. D. Gerota", \*\*Medicover, \*\*\*Uroandromed, București*

**Obiective:** Am analizat viața sexuală a pacienților urologici consultați în ambulator, rugându-i să completeze chestionarul IIEF.

**Material și metodă:** Între 1 Octombrie 2006 și 1 Mai 2007 am rugat pacienții consultați pentru afecțiuni urologice (dar nu DE) să completeze chestionarul IIEF. Am analizat pentru fiecare grup de vârstă funcția erectilă, satisfacția vieții sexuale, corelând rezultatele cu afecțiunea urologică, mediul, statutul marital, nivelul de educație, consumul de alcool și tutun.

**Rezultate:** Dintr-un total de 336 bărbați activi sexual, 47 (14%) nu au vrut nici măcar să citească chestionarul, iar 67 (30%) l-au citit dar nu au dorit să răspundă din diferite motive. 32 (48%) nu avuseseră activitate sexuală în ultima perioadă. Dintre cei 222 de pacienți care au răspuns (68%): 38% aveau sub 35 de ani, 29% între 36 și 50, 21% între 51 și 65 și 22% peste 65 de ani.

**Concluzii:** În comparație cu populația generală, pacienții urologici au într-un procent mai mare DE, mai ales cei cu HBP și tumori vezicale. Aproape jumătate din ei nu au dorit să răspundă, ceea ce denotă un important impact emoțional la administrarea chestionarului IIEF.

#### **CONTRACEPȚIA INJECTABILĂ CU PROGESTERON**

**Groza C.**

*Cabinet planificare familială, Focșani*

Am urmărit 120 paciente care, în 5 ani, au primit 442 doze Depo-Provera i.m., una la 3 luni, în scop contraceptiv și am analizat evoluția stării lor de sănătate în funcție de o serie de parametri luați în considerare la începutul și la sfârșitul studiului.

**Concluzie:** CIP este o metodă contraceptivă sigură, comodă și fără reacții adverse majore în utilizarea pe termen lung pentru femeile fără contraindicații la progesteron.

#### **CONTRACEPȚIA ȘI PATOLOGIIILE CE AFECTEAZĂ VIAȚA SEXUALĂ**

**Calomfirescu N., Fica Simona, Moța Maria, Cambosie A., Calomfirescu Cristina, Mogoș Voichița, Belinski C., Manu-Marin A.**

*Grup experți A.M.S.R.*

**Obiective:** Studiul "Sexualitatea populației active din România" reprezintă cea mai largă cercetare realizată în acest domeniu în România, în ultimii 10 ani, și a fost inițiat de A.M.S.R. Printre obiectivele studiului s-au numărat modalitățile de contracepție și patologiiile ce afectează viața sexuală.

**Material și metodă:**

- La studiu au participat 1.240 de persoane cu vârsta între 15 și 55 de ani, dintre care 760 din mediul urban și 480 din cel rural, raportul femei / bărbați fiind de 1/1.

- Studiul a fost realizat prin metode cantitative.

- Subiecții au fost împărțiți în 3 grupe de vârstă: tineri (15-25), adulți (26-45) și vârstnici (46-55)

**Rezultate:** În ceea ce privește metodele de contracepție folosite în cuplu, bărbații au răspuns: 36% prezervativul, 24% anticoncepționale și 22% nicio metodă; răspunsurile femeilor: 29% prezervativ, 29% anticoncepționale și 18% nicio metodă. Am remarcat faptul că 29% dintre bărbați nu știau ce metodă de contracepție folosește partenera lor!

Cele mai cunoscute patologii ce afectează viața sexuală sunt SIDA, sifilis și HBP în cazul bărbaților și sifilis, SIDA, herpesul genital și tumorile maligne în cazul femeilor.

**Concluzii:** Un număr mare de bărbați și femei nu folosesc metode contraceptive. Cunoștințele despre patologii ce afectează viața sexuală sunt reduse. Femeile sunt mult mai interesate de acest domeniu decât bărbații, ele fiind mai avide de informații.

### **SEXUALITATEA EXAGERATĂ, BOALĂ PSIHICĂ SAU EDUCAȚIE DEFICITARĂ?**

**Streza B., Gherasie C.**

*Spitalul Clinic CF 2, București*

**Obiectiv:** Lucrarea dorește să se constituie într-un semnal de alarmă și un dublu exemplu: negativ din punct de vedere al pacientei (autovictimă) relativ la faptele sale și efectele lor, și pozitiv din punct de vedere al specialistului și al echipei interdisciplinare care reușește în final să precizeze diagnosticul și să adopte atitudinea corectă și eficientă. În fapt - diferența dezastruoasă între o atitudine normală sexuală și masturbarea defectuoasă și periculoasă.

**Metodă:** Prezentarea este bazată pe un caz cu valențe interdisciplinare care a devenit interdisciplinar în timp: o tânără de 20 ani - victimă a propriei nesocotințe.

**Rezultat:** Rezolvare favorabilă a unei afecțiuni ce părea extrem de gravă la prezentare și care s-a soldat cu "restitutio ad integrum" a aparatului urinar - cel puțin.

**Concluzii:** Educația în familie, tipul și personalitatea fiecăruia amprentează puternic sănătatea individuală și cea de procreere.