



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA  
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA

în colaborare cu  
FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHOTERAPIE



# A X-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

## INTERRELAȚIA BOALĂ – SEXUALITATE – CALITATEA VIEȚII



**CAIET PROGRAM**

**SIBIU**  
11 - 13 Aprilie 2010  
Hotel RAMADA

[www.amsr.ro](http://www.amsr.ro)



# “ Disfuncția erectilă reprezintă un simptom-santinelă pentru afecțiunile vasculo-metabolice<sup>1</sup> ”

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

- Hipertensiune arterială
- Diabet zaharat
- Dislipidemie<sup>2-4</sup>



**LEVITRA<sup>®</sup>**  
(VARDENAFIL HCl)

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

#### Referințe:

1. Rosen R.C. et al. Curr Med Res Opin 2004; 20: 607-617
2. Ziegler D. et al. J Sex Med 2006; 3: 883-91
3. Miner M. et al. J Sex Med 2008 (in press)
4. Van Ahlen H. J Sex Med 2005; 2: 856-64

**DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI:** Levitra 5mg, 10mg, 20 mg comprimate filmate. **COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ:** Fiecare comprimat filmat conține vardenafil 5mg, 10mg, 20 mg (sub formă de clorhidrat trihidrat). **INDICAȚII TERAPEUTICE:** Tratatamentul disfuncției erectile la bărbații adulți. Disfuncția erectilă reprezintă incapacitatea de a obține sau de a menține o erecție a penisului suficientă pentru o performanță sexuală satisfăcătoare. Pentru ca Levitra să fie eficientă, este necesară stimularea sexuală. Nu este indicată utilizarea Levitra la femei. **DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE.** Utilizare la bărbații adulți: Doza recomandată este de 10 mg administrată când este necesar, cu aproximativ 25 - 60 minute înainte de activitatea sexuală. În funcție de eficacitate și tolerabilitate doza poate fi crescută la 20 mg sau scăzută la 5 mg. Doza maximă recomandată este de 20 mg. Frecvența maximă de administrare recomandată este de o dată pe zi. Levitra poate fi administrată cu sau fără alimente. Debutul acțiunii poate fi întârziat în cazul administrării cu un prânz bogat în lipide. Utilizare la vârstnici: Ajustarea dozelor nu este necesară la persoanele în vârstă. Cu toate acestea, o creștere la o doză maximă de 20 mg trebuie făcută cu prudență în funcție de tolerabilitatea individuală. Utilizare la copii și adolescenți: Levitra nu este indicată pentru persoanele cu vârsta sub 18 ani. Nu există nici o indicație relevantă pentru utilizarea Levitra la copii. Utilizare la pacienți cu insuficiență hepatică: La pacienții cu insuficiență hepatică ușoară și moderată (scor Child-Pugh A-B) trebuie administrată o doză inițială de 5 mg. În funcție de eficacitate și tolerabilitate, doza poate fi apoi crescută. Doza maximă recomandată la pacienții cu insuficiență hepatică moderată (scor Child-Pugh B) este 10 mg. Utilizare la pacienți cu insuficiență renală: Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu afectare renală ușoară până la moderată. La pacienții cu afectare renală severă (clearance-ul creatininei <30 ml/min), trebuie administrată o doză inițială de 5 mg. Pe baza tolerabilității și eficacității doza poate fi crescută la 10 mg și 20 mg. Utilizare la pacienți tratați concomitent cu alte medicamente: Atenți când se administrează în asociere cu eritromicină, un inhibitor CYP 3A4, doza de vardenafil nu trebuie să depășească 5 mg. Administrare orală. **CONTRAINDICAȚII:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Administrarea concomitentă a vardenafilului cu nitrați sau donori de oxid nitric (cum este nitritul de amoniu), în orice formă farmaceutică, este contraindicată. Levitra este contraindicată la pacienții care au avut episoade de pierdere a vederii la un ochi ca urmare a neuropatiei optice anterioare ischemice non-arteriale (NDAIN), indiferent dacă acest episod are sau nu legătură cu o administrare anterioară de inhibitori de 5-PDE. În general, medicamentele pentru tratamentul disfuncției erectile nu trebuie administrate la bărbații la care activitatea sexuală nu este recomandată (de exemplu pacienți cu afecțiuni cardiovasculare severe cum sunt angina instabilă sau insuficiență cardiacă severă. Siguranța administrării vardenafilului nu a fost studiată la următoarele subgrupe de pacienți, ca urmare utilizarea medicamentului fiind contraindicată până când sunt disponibile informații suplimentare: insuficiență hepatică severă (Child-Pugh C), afecțiuni renale în stadiul final care necesită dializă, hipertensiune arterială (presiunea arterială < 90/50mmHg), antecedente recente de accident vascular cerebral sau infarct miocardic (în ultimele 6 luni), angină instabilă și afecțiuni retiniene ereditare degenerative cunoscute cum este retinita pigmentară. **ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE PENTRU UTILIZARE:** Înainte de inițierea oricărui tratament pentru disfuncția erectilă, medicul trebuie să evalueze stăutul cardiovascular al pacientului, deoarece există un grad de risc cardiac asociat cu activitatea sexuală. Vardenafilul are proprietăți vasodilatatoare, determinând scăderi ușoare și tranzitorii ale presiunii sanguine. Pacienții cu obstrucție a căii de ieșiri a ventriculului stâng cum ar fi stenoza aortică și stenoza subaortică hipertrofică idiopatică pot fi sensibili la acțiunea vasodilatatoarelor, inclusiv la inhibitorii de 5-fosfodiesterază. **SARCINA ȘI ALĂPTAREA.** Nu este indicată utilizarea Levitra la femei. Nu există studii cu vardenafil la gravide. **REAȚII ADVERSE.** În cadrul studiilor clinice, peste 9500 pacienți au fost tratați cu Levitra. Reacțiile adverse au fost, în general, tranzitorii și ușoare până la moderate. Cele mai frecvente reacții adverse raportate care apar la >10% dintre pacienți sunt cefaleea și hiperemie facială. În cadrul fiecărei grupe de frecvență, reacțiile adverse sunt prezentate în ordinea descrescătoare a gravității. S-au raportat următoarele reacții adverse: Tulburări psihice, anxietate, tulburări ale sistemului nervos: cefalee, amețeli, somnolență, sincopă, convulsii, ameție globală tranzitorie Tulburări oculare: lacrimație crescută, tulburări de vedere (inclusiv percepție exagerată a luminii), cromatopsie, conjunctivită, vedere încețoșată, creșterea presiunii intraoculare, tulburări acustice și vestibulare surditate subită, tulburări cardiace: tahicardie, angină pectorală, ischemie miocardică, infarct miocardic, tulburări vasculare hipertensiune facială, hipertensiune arterială, hipotensiune arterială ortostatică. Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale: congestie nazală, dispnee, epistaxis, edem laringian. Tulburări gastrointestinale inclusiv investigații înrudite, dispepsie, greață, valori anormale la testele funcțiilor ficatului, creșterea valorilor GGTP. Tulburări ale aparatului genital și al sînzului: priapism, accentuarea erecțiilor, erecții prelungite sau dureroase, raportări după punerea pe piață pentru un alt medicament din aceeași clasă: Afecțiuni vasculare: după punerea pe piață, s-au raportat evenimente cardiovasculare severe, incluzând hemoragie cerebrovasculară, moarte subită cardiacă, atac ischemic tranzitoriu, angină instabilă și aritmie ventriculară, în asociere temporală cu un alt medicament din această clasă. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** Bayer AG, D-51368 Leverkusen, Germania. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** Iunie 2009. Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe website-ul Agenției Europene a Medicamentului (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Acest medicament se eliberează numai pe bază de prescripție medicală în farmacii.

GlaxoSmithKline (GSK) SRL

Opera Business Center, Str. Costache Negri nr. 1-5, sect. 5, București, Tel. 021-302.82.08  
[www.gsk.ro](http://www.gsk.ro), [farmacovigilenta.romania@gsk.com](mailto:farmacovigilenta.romania@gsk.com), [medical.ro@gsk.com](mailto:medical.ro@gsk.com)

 GlaxoSmithKline



**ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA  
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA**

În colaborare cu  
**FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHOTERAPIE**



---

# **A X-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ**

**X<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE OF SEXUAL MEDICINE  
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

---

**INTERRELAȚIA BOALĂ – SEXUALITATE – CALITATEA VIEȚII**  
**INTERRELATION DISEASE – SEXUALITY – QUALITY OF LIFE**

**PROGRAM FINAL**  
**Rezumatele lucrărilor**

**FINAL PROGRAM**  
**Book of abstracts**

**11-13 Aprilie 2010**  
**Ramada Hotel, Sibiu**

## **CUVÂNT ÎNAINTE** OPENING REMARKS



**Stimați Colegi,  
Dragi Prieteni,  
Doamnelor și Domnilor,**

Al X-lea A.M.S.R a devenit realitate după mai multe momente de incertitudine, care din fericire au fost depășite.

A.M.S.R, această Asociație profesională interdisciplinară și nonconformistă, a ales pentru Conferința jubiliară de 10 ani Sibiu, loc unic în România, Capitală Culturală Europeană în 2007.

Pentru mine, Cibinum/Hermanstadt/Sibiu, urbe veche multiculturală și interetnică din centrul țării, reprezintă un model milenar transgenerațional de existență și evoluție.

În acest context istoric și civic, aniversarea a 10 ani de A.M.S.R sper că va fi o reușită profesională și o experiență unică pentru Dvs.

A.M.S.R, acest îndrăzneț proiect profesional, a-nceput în decembrie 2001, la București și sper că va continua și după cea de-a X-a aniversare de aici, de la Sibiu.

Depinde numai de noi.

Mulțumesc tuturor celor care contribuie la mersul înainte al Asociației și vă urez ședere plăcută la Sibiu.

Martie 2010

**Nicolae Calomfirescu**  
Președintele Conferinței

*Dear Colleagues,  
Dear Friends,  
Ladies and Gentlemen,*

*The 10<sup>th</sup> National Conference for Sexual Medicine became a reality after several moments of uncertainty, which fortunately were exceeded.*

*A.M.S.R. (The Romanian Association for Sexual Medicine), the professional and nonconformist Association, has chosen Sibiu - a special place in Romania and The European Capital of Culture in 2007 - to host the 10 years Jubilee Conference.*

*Cibinum / Hermanstadt / Sibiu, an old citadel which brings together many cultures and ethnicities, express the proof of the millenary existence and evolution.*

*In this historical and civic context, I hope the celebration of 10 years of A.M.S.R. will be a professional success and an unique experience for you.*

*A.M.S.R., this daring professional project, started in December 2001, in Bucharest and I hope that it will also continue after the celebration of 10<sup>th</sup> anniversary, from Sibiu.*

*Only depends on us.*

*Thanks to everyone who contributes to the evolution of the Association and wish you a pleasant stay in Sibiu.*

March 2010

**Nicolae Calomfirescu**  
President of the Conference





## **CUVÂNT ÎNAINTE** OPENING REMARKS



**Stimați Colegi,**

Este o onoare și o mare plăcere pentru Colectivul Clinicii de Urologie din Sibiu și pentru Comitetul de Organizare al Asociației pentru Medicina Sexualității din România să vă avem ca oaspeți la cea de-a X-a Conferință Internațională pentru Medicina Sexualității.

Manifestare deja tradițională a comunității medicale românești, această Conferință a câștigat, cu fiecare ediție, un plus de calitate și de interes din partea colegilor.

Audiența de care s-a bucurat invitația noastră și calitatea deosebită a lucrărilor propuse pentru audiere ne dau speranțe că drumul ascendent al manifestării continuă și la această ediție.

Invitației noastre i-au răspuns colegi din diverse specialități, din țară și din străinătate, cu toții interesați în dezbateră subiectelor propuse de actuala manifestare.

Sperăm că lucrările Conferinței vor prilejui un schimb profitabil de idei și experiențe pentru fiecare specialist, util în ultimă instanță pacienților noștri, beneficiarii direcți ai acestor întruniri profesionale.

Facultatea de Medicină "Victor Papilian" din cadrul Universității "Lucian Blaga" din Sibiu este onorată de prezența personalităților medicale întrunite cu acest prilej în orașul nostru.

Sibiul, Capitala Culturală Europeană în 2007, oraș unic prin frumusețea sa liniștită de vechi burg medieval, va fi, în acest început frumos de primăvară, o gazdă primitoare și caldă în care sperăm să vă simțiți protejați de tumultul vieții cotidiene și să vă dedicați comunicării și colaborării profesionale interdisciplinare pe care Asociația pentru Medicina Sexualității din România încearcă să o promoveze prin aceste întâlniri.

Vă invităm, și sperăm ca această Conferință să fie un alt pas spre creșterea cunoașterii noastre profesionale și umane, spre o medicină a sexualității de calitate.

**Grigore Nicolae**

Președintele Comitetului Local de Organizare

*Dear Colleagues,*

*It is a great honor and pleasure for us, as organizers of The X<sup>th</sup> Romanian National Conference on Sexual Medicine, to have you in Sibiu during this event. Our Conference has become a tradition for the Romanian medical community and has constantly increased its quality and raised the interest of all our colleagues that came with good papers and give us the hope of a fruitful event.*

*We have a large number of attendants from all the specialties and we hope it will give us all the opportunity to exchange ideas and experiences in the benefit of our profession.*

*The Medicine School "Victor Papilian" is honored by the presence of so many medical personalities in our town.*

*Sibiu, European Capital of Culture in 2007, a small medieval burg, is well prepared to welcome you during this lovely spring time, to make you fill protected inside its walls from the everyday problems and provide you good time for sharing professional interdisciplinary experiences, the aim of our meeting.*

*We invite you to attend this medical event and we hope it will make the necessary next step for the development of our professions, for a quality Sexual Medicine for our patients.*

**Grigore Nicolae**

President of the Local Organizing Committee



**COMITETE**  
COMMITTEES

**Președinte Conferință:** NICOLAE CALOMFIRESCU  
*Conference President*

**COMITET A.M.S.R DE ORGANIZARE**

*Organizing A.M.S.R. Committee*

**Președinte/President:** Calomfirescu Nicolae  
**Membrii/Members:** Fica Simona  
Cambosie Augustin  
Tudose Florin  
Macovei Cristina (Vantour)  
Dragomir Monica (BMP Advertising)  
**Secretar/Secretary:** Lățea Camelia (A.M.S.R)

**COMITET ȘTIINȚIFIC:**

*Scientific Committee:*

**Președinte/President:** Fica Simona  
**Membri/Members:** Bucuraș Viorel  
Cambosie Augustin  
Coca Vasile  
Coman Ioan  
Gaiță Dan  
Manu-Marin Andrei  
Micluția Ioana  
Mogoș Voichița  
Moța Maria  
Poiană Cătălina  
Tudose Florin  
**Secretar/Secretary:** Belinski Cătălin

**COMITET LOCAL DE ORGANIZARE:**

*Organizing Local Committee:*

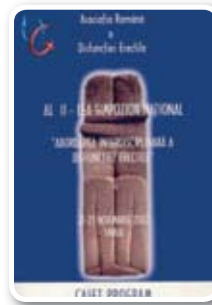
**Președinte/President:** Grigore Nicolae  
**Membrii/Members:** Cotârlă Liviu  
Ghișe Gheorghe  
Grigore Camelia  
Hașegan Adrian  
Manițiu Ioan  
Marcu Adrian  
Moga Adrian  
Mihalache Manuela –  
Decan/Dean - Facultatea de Medicină  
"Victor Papilian" Sibiu  
Perianu Marcel  
Piloff Loredana  
Porr Paul  
Rotaru Maria  
Strețeanu Adrian  
Talău Gheorghe  
Tohati Tiberiu  
Totoianu Gheorghe  
Țiplic Alexandru



**2001 - București**

**“Diagnosticul interdisciplinar  
al Disfuncției Erectile”**

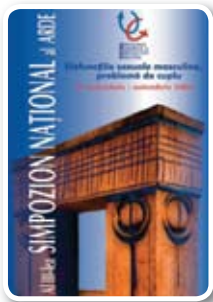
*Președinte: Dr.  
Nicolae Calomfirescu*



**2002 - Sinaia**

**“Abordarea  
interdisciplinară a  
Disfuncției Erectile”**

*Președinte: Prof. Dr.  
Eusebiu Zbranca*



**2003 - București**

**“Disfuncțiile sexuale  
masculine - problemă de  
cuplu”**

*Președinte: Prof. Dr.  
Voichița Mogoș*



**2004 - Sinaia**

**“Medicina sexualității-  
o nouă entitate”**

*Președinte: Conf. Dr.  
Simona Fica*



**2005 - Sinaia**

**“Cuplul - cheia sexualității”**

*Președinte: Conf. Dr.  
Ioan Coman*



**2006 - București**

**“Informație și educație în  
sexualitate”**

*Președinte: Psiholog Dr.  
Aurora Liiceanu*



**2007 - Timișoara**

**“Disfuncțiile sexuale  
feminine, o problemă  
de cuplu”**

*Președinte: Conf. Dr.  
Dan Gaiță*



**2008 - Brașov**

**„Psihosexualitatea și  
disfuncțiile sexuale”**

*Președinte: Psiholog Dr.  
Augustin Cambosie*



**2009 - Brăila**

**Sănătatea sexuală –  
Factori de risc”**

*Președinte: Prof. Dr.  
Florin Tudose*





## DETALII ORGANIZATORICE

### Primirea participanților

Cea de-a X-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională se desfășoară în Sibiu, Hotel Ramada, în sălile Atlas și Hera, în perioada 11-13 aprilie 2010.

### Limba oficială

Limba oficială este româna. Conferințele ESSM, ale Societăților afiliate la ESSM și Conferințele invitate vor fi susținute în limba engleză.

### Înregistrarea participanților

Toate materialele Conferinței se găsesc la Secretariatul Conferinței, în foaietul sălii Atlas. Programul Secretariatului:

- Duminică, 11 aprilie, orele 11.00-18.00
- Luni, 12 aprilie, orele 08.00-17.00
- Marți, 13 aprilie, orele 09.00-14.00

### Expoziția medicală

Pe durata Conferinței se va desfășura expoziția medicală pe care vă invităm să o vizitați:

- Duminică, 11 aprilie, orele 13.00-19.00
- Luni, 12 aprilie, orele 08.00-17.00
- Marți, 13 aprilie, orele 09.00-14.00

### Educație Medicală Continuă și Premii

Cea de-a X-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională este creditată cu **18 credite EMC**. Diplomele de participare vor fi distribuite marți, 13 aprilie, la Secretariatul Conferinței.

**Premiul A.M.S.R. 2010** va fi acordat pentru cea mai interesantă comunicare prezentată și va consta în taxă de participare și cazare gratuite la cea de-a XI-a Conferință Națională a A.M.S.R. (Cluj-Napoca 2011) pentru persoana care va susține lucrarea. Câștigătorul va fi anunțat la Ceremonia de închidere a Conferinței, marți, 13 aprilie, ora 14.00

### Detalii tehnice pentru vorbitori

Pentru lucrările care necesită proiecție în timpul prezentării, autorii sunt rugați **să contacteze secretariatul tehnic cu cel puțin 1 oră înaintea începerii sesiunii sau în pauze.**

### Taxe de participare

Taxele de participare la cea de-a X-a Conferință a A.M.S.R. sunt:

Membri AMSR cu cotizația pe 2009 plătită:	300 RON
Medici specialiști / psihologi și membri AMSR fără cotizație plătită:	500 RON
Medici de Familie:	300 RON
Rezidenți de medicină / psihologie (în baza carnetului vizat):	300 RON
Studenți la medicină / psihologie (în baza carnetului vizat):	200 RON
Medici / Psihologi seniori:	200 RON
Însoțitori:	150 RON



Taxa de participare se poate plăti la Secretariatul Conferinței și include: accesul la toate sesiunile și la expoziția medicală, materialele Conferinței, inclusiv Caietul program și volumul de Rezumate, diploma de participare, accesul la cine, prânzuri și pauzele de cafea. Pentru înscrierile pe parcursul Conferinței, Comitetul de Organizare nu poate garanta primirea tuturor materialelor Conferinței.

### **Înscrierile ca membru A.M.S.R.**

Se pot face la Secretariatul Conferinței pe toată durata evenimentului prin completarea formularului de înscriere și plata cotizației pe 2010 în valoare de 110 RON.

Vă rugăm să contactați Secretariatul Conferinței pentru mai multe informații și detalii.

### **Logistică și cazare**

Integratorul de servicii al Comitetului de Organizare este SC VANTOUR EXIM SRL. Pentru informații legate de cazare, vă rugăm să contactați agentul Vantour la Secretariatul Conferinței.

## **STRUCTURA CONFERINȚEI**

### **Întâlnirea cu experții**

Fiecare prezentare de 30 de minute va fi susținută de un expert recunoscut în domeniu și va aborda teme specifice de mare interes.

### **Mese rotunde**

Sesiunile se vor concentra pe teme specifice și vor prezenta cele mai noi date legate de acestea. Vor include prezentări și discuții pe marginea acestora.

### **Sesiunile interactive/Ateliere**

Vor avea ca obiect prezentări de cazuri și discuții susținute de experți în domeniu, cu posibilitatea unor interacțiuni cu publicul.

### **Comunicări**

Vor fi prezentate lucrările acceptate de Comitetul Științific. Fiecare prezentare va avea o durată de maxim 7 minute, incluzând 2 minute de discuții.

### **Participare internațională**

Conferința ESSM, Conferința Societății invitate afiliate la ESSM, Conferințe invitate.

### **Simpozioane de firme**

Sunt organizate de firme după prealabila consultare cu Comitetul Științific.

## **GENERAL INFORMATION**

### **Conference venue**

*The X<sup>th</sup> National Conference of Sexual Medicine is held in Sibiu, Ramada Hotel, Atlas Hall and Hera Hall, during the 11,12, and 13 of April 2010.*

### **Conference language**

*The official language of the Conference is Romanian.*

*The ESSM, ESSM Affiliated Society, and Invited Conferences will be held in English.*



#### Conference registration

All conference materials and documentation will be available from the conference registration desk located in Atlas Hall' foyer. Opening hours:

- Sunday, 11 of April, 11.00-18.00 hours,
- Monday, 12 of April, 08.00-17.00 hours, and
- Tuesday, 13 of April, 09.00-14.00 hours.

#### Medical Exhibition

You are invited to visit the medical exhibition during the entire period of the conference:

- Sunday, 11 of April, 13.00-19.00 hours,
- Monday, 12 of April, 08.00-17.00 hours, and
- Tuesday, 13 of April, 09.00-14.00 hours.

#### Continuing Medical Education (CME) and Awards

The X<sup>th</sup> National Conference of Sexual Medicine is credited with **18 CME credits**. The accreditation diploma will be given Tuesday, 13 of April, at the Registration desk.

**The A.M.S.R. 2010 Prize** will be given to the best paper presented during the Conference. The prize is offered by A.M.S.R. and will consist of free registration and accommodation for the XI<sup>th</sup> National A.M.S.R. Conference (Cluj-Napoca 2011) for the presenter of the paper. The winner will be announced at the Award Ceremony during the Conference's Summary, Tuesday 13 of April, 14.30 hour.

#### Technical details for speakers

For paper who need projection, we kindly ask speakers **to contact the technical secretary at least 1 hour prior the presentation or during session breaks.**

#### Registration fee

Registration fees for the X<sup>th</sup> National Conference of Sexual Medicine are:

A.M.S.R. Members:	300 RON
Specialists/Psychologists, A.M.S.R. non-members:	500 RON
Family Practitioners:	300 RON
Residents (medicine / psychology):	300 RON
Medicine / Psychology Students:	200 RON
Senior Doctors / Psychologists:	200 RON
Accompanying Person:	150 RON

Registration fee can be paid at the Registration desk.

Registration fee for the Delegate includes: access to all sessions and to the medical exhibition, conference kit and materials, including program and book of abstracts, accreditation diploma, access to daily dinners and lunches, and coffee breaks.

For registrations during the period of the conference A.M.S.R. cannot guarantee all the materials.

#### A.M.S.R. membership subscription

You can subscribe for A.M.S.R. membership during the Conference at the Registration desk by filling up a subscribing form and paying 110 RON as a subscription fee.

Please contact the Conference Secretary for further information and details.

#### Logistics and hotel accommodation

The agent of the Organizing Committee is SC VANTOUR EXIM S.R.L.

For any information regarding hotel accommodation please contact the Vantour employee at the Registration desk.

#### FORMAT DESCRIPTION

##### Meeting the Experts

Each lecture of 30 minutes will be given by a distinguished and renowned expert and will be devoted to a specific topic of major interest.

##### Round Table

These sessions will focus on a particular topic and present the very latest data related to it. It will include papers presentation and time for discussion.

##### Interactive Session

This session will present case discussions with a panel of experts and the possibility to interact actively.

##### Podium Session

Will present the best papers accepted by the Scientific Committee. Each presentation will have maximum 7 minutes, including 2 minutes of discussions.

##### International participation

ESSM Conference; ESSM Affiliated Societies Conference; Invited Conference

##### Symposia organized by the Industry

Symposia are organized by the Industry in consultation with the Scientific Committee.





**Oboseală?  
Lipsă de energie?  
Libido scăzut?  
Indispoziție  
psihică/depresie?**

Pacientul dvs.  
ar putea avea un nivel  
scăzut de testosteron.

**Restabilește normalitatea!**

**AndroGel<sup>®</sup>**  
testosteron gel

Solvay  
Pharma Romania



a Passion for Progress<sup>®</sup>



# **IMMUCYST<sup>®</sup>**

## **DUBLEAZĂ ȘANSELE**

- **Peste 20 de ani de eficacitate și siguranță dovedite clinic**
- **A demonstrat reducerea semnificativă a recurenței și progresiei tumorale**
- **Probabilitatea de apariție a bolii scade cu 55%**
- **75% din pacienții tratați nu au prezentat semne de boală după tratament complet timp de 1 an**

**sanofi pasteur**

Divizia de vaccinuri a grupului sanofi-aventis

**MULȚUMIRI  
ACKNOWLEDGEMENTS**

Organizatorii celei de-a X-a Conferințe Naționale de Medicina Sexualității cu participare internațională mulțumește pentru suportul acordat, companiilor:

The organizers of the X<sup>th</sup> National Conference of Sexual medicine with international participation gratefully acknowledge the support of the following companies:



Divizia de vaccinuri a grupului sanofi-aventis



**SODIMED**



**Parteneri media  
Media partners**



**Parteneri  
Partners**





## GUESTS SPEAKERS



### **Rădulescu Mihai, MD (Germany)**

Prof. Rădulescu is currently working at Hopital d'urologie St. Avold , France.

He followed the courses of Medicine University Bucharest between 1977-1983. Diploma: 1984, „Utilisation of Prostaglandin F2 Alfa in the birth initiation“. Between 1985 -1987 he was urological resident, 1989-1990 resident in Urology in the Uni Klinik Mainz, bei Herrn Direktor Prof. R. Hohenfellner, 1990-1991 resident in Surgery „Hopital du Parc“ in F-57200 Saareguemines/France and between 1991-1995 was MD,Assistant in the Urologischen Abteilung des Westpfalz Klinikums Kaiserslautern, bei Herrn Prof. Dr. Kopper. Membership: German Urological Association, American Urological Association, Collegium Chirurgiae Digestivae, Romanian Urological Association. On October 31, 2008 he was Invited as Professor in University of Timisoara. He is associated Chief of Dept. in Hopital d'urologie St. Avold, France, since April 02, 2009.

Dr. Rădulescu is using since 2003 the LDR implantation for local Prostate Cancer (over 400 cases). He is proctor for Poland, Tscheck Republic , Romania and world wide for this technic and coach for several Clinics in Germany for implemnetation of Brachytherapy.



### **Bary Berghmans, PhD MSc PT (The Netherlands)**

Dr. Bary Berghmans, PhD MSc PT, clinical epidemiologist, health scientist and pelvic physiotherapist, is specialized in conservative physiotherapy management for functional dysfunctions of the pelvic floor and bladder, like urinary and fecal incontinence. He is currently project leader of several scientific projects and senior researcher at the Department of Urology at the University Hospital Maastricht and of the University of Maastricht. He is appointed as an official visiting professor at the department of gynecology of the Catholic University of Parana, Curitiba, Brasil.

He is member of the Cochrane Collaboration Incontinence Review Group, and of different committees of ICS, ICI, IUGA, FIGO, etc. Dr. Berghmans also is organizational director of the “Pelvic care Center Maastricht”, a multidisciplinary center for bladder and pelvic floor dysfunctions.

Other regions of special interest are: sexual dysfunction, Lower Urinary Tract Symptoms, colorectal dysfunctions, development of international guidelines regarding pelvic floor and bladder dysfunctions.

## ESSM SPEAKER

**Yacov Reisman, MD, PhD (The Netherlands)**

In 1995 Cum Laude graduates at the Faculty of Medicine of State University Groningen, The Netherlands. In 1998 he defence his PhD research thesis on electronic diagnostic tools and objective medical decisions with European Clinical database.

Since 2002 he is registered as an urologist allied to the Amstelland hospital in Amstelveen and chairman of the Dutch Men's Health Clinics network. He is active member of the European Association of Urology (EAU) and International Society for the study of the Aging male (ISSAM), and member of the Executive Committee of the European Society for Sexual Medicine (ESSM), Dutch Society of Sexual Medicine (WVSD), secretary of the Dutch Society for Sexology (NVVS) and treasurer of the Dutch-Flemish Federation for Sexology (NVFS).

Furthermore is involved in the development of educational programs in sexual medicine, erectile dysfunction in relation to cardiovascular disease and treatment of prostate cancer. He published many articles in peer review journals and book chapters.

## HUNGARIAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE – INVITED SPEAKER

**Ferenc Fekete, MD (Hungary)**

Ferenc Fekete graduated as a medical doctor in 1982 at the Semmelweis University, Budapest. After he worked as a professors assistant at the Postgraduate University, Budapest until 1993.

Since 1993 he works as a private urologist-sexologist and he was invited to perform male genital operations in many hospitals around of Hungary. Since 2000 he is also a visiting urologist of the Semmelweis University .

He made study visits in England , Netherlands and Austria and completed the ESSM School of Sexual Medicine. He is a member of ESSM since 2001 , and president of the Hungarian Society of Sexual Medicine since 2008. He is an author and co-author of many professional books and publications in Hungary. As an investigator and a country coordinator he collaborated in various clinical studies in the field of sexual medicine.



## A X-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

---

### GUEST SPEAKER



#### **Peter Kuhn, MD (Switzerland)**

Medical Degrees: 1984 Physician, 1991 Medical Doctor, 1992 Specialty: Obstetrics and Gynaecology FMH (Swiss Medical Society), 2005 Subspecialty: Obstetrics and Fetal Medicine FMH (Swiss Medical Society).

Obstetrics/Gynaecology: 1987-1990 Senior House Officer / Registrar / Senior Registrar at the University Department of Obstetrics and Gynaecology in Berne, 1990-1992 Consultant at the Department of Obstetrics and Gynaecology, 1993-1994 Research fellow at the Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine/Fetal Medicine Foundation, 1995-1998 Lecturer at the University Department of Obstetrics and Gynaecology in Berne, Consultant at the the Department of Obstetrics and Gynaecology, 2001 Locum at the King Faisal Specialist Hospital and Research Centre, Riyadh, Saudi Arabia, since 2005 Private office: Effinger-Zentrum, Effingerstrasse 45, Berne.

Special Interests: Antenatal Medicine, Antenatal Surgery (Laser Treatment in Twin-Twin-Transfusion-Syndrome), Laparoscopic Surgery.

---

### **CALITATEA VIEȚII LA 15 ANI DUPĂ OPERAȚIA DE SCHIMBARE DE SEX PENTRU TRANSSEXUALITATE**

#### ***QUALITY OF LIFE 15 YEARS AFTER SEX REASSIGNMENT SURGERY FOR TRANSSEXUALISM***

##### **OBIECTIV**

Evaluarea calității vieții și a satisfacției la pacienții transsexuali (TS) după intervenția chirurgicală de schimbare a sexului comparativ cu lotul control de persoane sănătoase.

##### **DESIGN:**

Studiu de caz. Adresare la centrul de specialitate.

**PACIENT(PACIENȚI):** Pacienți după intervenție de schimbare a sexului au fost comparați cu un grup similar de subiecți sănătoși din punctul de vedere al calității vieții și al satisfacției generale.



## A X-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

---

**INTERVENȚIE/INTERVANȚII:** Pentru evaluarea calității vieții a fost utilizat chestionarul King's Health, care a fost adresat pacienților și grupului de control. Scala vizuală analogă a fost utilizată pentru determinarea satisfacției.

**PARAMETRII PRINCIPALI DETERMINAȚI:** Principalele rezultate evaluate au fost calitatea vieții și satisfacția.

**REZULTATE:** Au participat la acest studiu 55 de transsexuali. 52 au fost bărbați transformați în femei și 3 au fost femei transformate în bărbați. Conform chestionarului King's Health, calitatea vieții a fost semnificativ redusă din punctul de vedere al stării generale de sănătate, al limitărilor personale și fizice. Satisfacția pacienților a fost semnificativ mai redusă comparativ cu grupul de control. Emoțiile, somnul și impactul incontinenței, precum și severitatea simptomelor au fost similare cu cele ale grupului de control. Statistic, satisfacția generală a fost semnificativ redusă la grupul TS față de grupul de control.

**CONCLUZII:** 15 ani după intervenția de schimbare a sexului, calitatea vieții este mai redusă în ceea ce privește starea generală de sănătate și limitările personale și fizice.

**OBJECTIVE:** *To evaluate quality of life and patients' satisfaction in transsexual patients (TS) after sex reassignment operation compared with healthy controls.*

**DESIGN:** *A case-control study. SETTING:* *A tertiary referral center.*

**PATIENT(S):** *Patients after sex reassignment operation were compared with a similar group of healthy controls in respect to quality of life and general satisfaction.*

**INTERVENTION(S):** *For quality of life we used the King's Health Questionnaire, which was distributed to the patients and to the control group. Visual analogue scale was used for the determination of satisfaction.*

**MAIN OUTCOME MEASURE(S):** *Main outcome measures were quality of life and satisfaction.*

**RESULT(S):** *Fifty-five transsexuals participated in this study. Fifty-two were male-to-female and 3 female-to-male. Quality of life as determined by the King's Health Questionnaire was significantly lower in general health, personal, physical and role limitations. Patients' satisfaction was significantly lower compared with controls. Emotions sleep, and incontinence impact as well as symptom severity is similar to controls. Overall satisfaction was statistically significant lower in TS compared with controls.*

**CONCLUSION(S):** *Fifteen years after sex reassignment operation quality of life is lower in the domains general health, role limitation, physical limitation, and personal limitation.*



**PROGRAM  
PROGRAM SCHEDULE**

	DUMINICĂ, 11 APRILIE	LUNI, 12 APRILIE	MARȚI, 13 APRILIE
08.00	SALA ATLAS HALL	SALA ATLAS HALL	SALA ATLAS HALL
		SINTEZA ZILEI / SUMMARY	SINTEZA ZILEI / SUMMARY
09.00		SESIUNE DE COMUNICĂRI / PODIUM SESSSION	SESIUNE DE COMUNICĂRI/ PODIUM SESSSION
10.00		ATELIER INTERACTIV INTERACTIVE SESSION	ATELIER INTERACTIV INTERACTIVE SESSION
11.00		COFFEE BREAK	COFFEE BREAK
12.00		ESSM CONFERENCE	ATELIER INTERACTIV INTERACTIVE SESSION
		INVITED CONF. HSSM (Hungary)	
13.00		MASĂ ROTUNDĂ / ROUND TABLE	MASĂ ROTUNDĂ/ ROUND TABLE "PSI"
14.00		PRĂNZ / LUNCH BREAK	CAZURI CLINICE / CLINICAL CASES
15.00		ATELIER INTERACTIV / INTERACTIVE SESSION	CONCLUZII. CONCLUSIONS.
16.00		STATE OF THE ART LECTURE	
17.00		CURS INTERACTIV 1	CURS INTERACTIV 2
		CURS INTERACTIV 3	CURS INTERACTIV 4
18.00		COFFEE BREAK	
		JUBILEU AMSR / AMSR JUBILEE	
19.00		LILLY SYMPOSIUM	
		CINĂ / DINNER	

**PROGRAMUL ȘTIINȚIFIC  
SCIENTIFIC PROGRAMME**

**DUMINICĂ, 11 APRILIE 2010**  
*SUNDAY, 11 OF APRIL 2010*

**11.00-18.00** Secretariat / Conference Secretary

**13.00-19.00** Expoziție Medicală / Medical Exhibition

**13.00-17.00** **Întâlnirea cu experții / Meet the Experts Session**

Moderatori / Chairpersons: Fica Simona, Bucuraș Viorel

13.00-13.30 Viorel Bucuraș

“Strategii pentru reducerea incidenței disfuncției erectile după prostatectomia radicală” /  
*Strategies for incidence reduction of ED in patients with radical prostatectomy*

- 13.30–14.00 Fica Simona –  
“Calitatea vieții la menopauză” / *Quality of Life during Menopause*
- 14.00–14.30 Poiană Cătălina –  
“Tulburarea disforică premenstruală – impactul asupra calității vieții la vârsta reproductivă” /  
*Premenstrual dysphoric disorder – impact on quality of life in the reproductive age*
- 14.30–15.00 Grigore Nicolae –  
“Boala Peyronie – sexualitate – calitatea vieții” / *Peyronie’s disease – sexuality / quality of life*
- 15.00–15.30 Mogoș Voichița –  
“Disfuncția erectilă la pacienții cu diabet zaharat și la cei cu patologii cardiovasculare” /  
*Erectile Dysfunction in patients with Diabetes Mellitus and in those with Cardiovascular Diseases*
- 15.30–16.00 Gaiță Dan –  
“Regina de inimă roșie vs Regina de inimă neagră – Riscul cardiovascular la femei” /  
*Queen of hearts vs Queen of spades – The Cardiovascular Risk in women*
- 16.00 - 16.30 Kuhn Peter (Elveția) –  
“Calitatea vieții după operația de schimbare a sexului” /  
*Quality of life after sex reassignment surgery for gender identity disorders*
- 16.30–17.00 Tudose Florin –  
“Boala psihică și calitatea vieții sexuale” / *Mental illness and sexual quality of life*

**17.00–17.30 PAUZĂ / COFFEE BREACK**

**17.30–18.00 Deschiderea oficială a celei de-a X-a Conferințe a A.M.S.R.  
*Opening Ceremony of the X<sup>th</sup> Conference of A.M.S.R.***

**18.00–18.30 Conferința Președintelui / *The President’s Conference***

Moderator / *Chairperson*: Tudose Florin

Prezintă / *Lecturer*: Calomfirescu Nicolae

“Hipogonadism tardiv – necunoscuta soluționată?” /

*Late onset hypogonadism – the solution for the unknown?*

**18.30–19.00 Conferință / *Lecture***

Moderator / *Chairperson*: Calomfirescu Nicolae

Prezintă / *Lecturer*: Micluția Ioana

“Provocări ale sexologiei secolului XXI” / *Challenges of sexology of the 21th century*

**19.00–19.45 Simpozion / *Symposium Pfizer***

“Tratamentul disfuncției erectile: o problemă de alegere?”

*The Treatment of ED: a problem of choice?*

Moderator / *Chairperson*: Cambosie Augustin

Participă / *Participants*: Calomfirescu Nicolae, Nadia Comănescu, Mocanu Ionuț

**LUNI, 12 APRILIE 2010**

*MONDAY, 12 OF APRIL 2010*

**08.00-17.00** Secretariat / *Conference Secretary*

**08.00-17.00** Expoziție Medicală / *Medical Exhibition*

**8.00–8.15** **Sinteza zilei / *Previous day summary*** – Coca Vasile

**8.15–9.30** **Sesiune de comunicări / *Podium Session***

Moderatori / *Chairpersons*: Micluția Ioana, Coca Vasile

1. Disfuncția erectilă la pacienții cu patologii psihiatrice / *ED in patients with Psychiatric Pathology* – Mogoș Simona, Dragomir Diana Ramona, Mogoș Voichița
2. Sursa creștină de orientare sexuală / *The Christian source of guidance with regards to Sexuality* - Talău Ghiorghe, Pătrîncă Andrei
3. Corelații extra-lipidemice ale grosimii intimei-medii carotidiene din disfuncția erectilă asociată

sindromului metabolic / *Beyond dislipidemic correlations of carotid IMT in metabolic syndrome associated with ED* – Coca Vasile, Simu D., Coca C. Mariana

4. Efectul substituției testosteronice în sindromul metabolic cu disfuncție erectilă și deficit androgenic este condiționat de ameliorarea parametrilor clinici / *Testosterone substitution efficacy strength in metabolic syndrome with low serum testosterone level correlates to the simultaneous metabolic parameters improvement* – Coca Vasile, Duncea Ileana, Micluția Ioana, Coca C. Mariana
5. Spune-mi ce mănânci... ca să-ți spun ce funcție erectilă ai / *Tell me what you eat... and I will tell you how your erection works* – Coca Vasile
6. Tulburări ale sexualității la femeile diagnosticate cu schizofrenie / *Sexual dysfunction in chronic schizophrenic female patients* – Micluția Ioana, Popescu Codruța, Macrea Rodica
7. Nebido – Studiu de caz / *Nebido – Study case* – Groza Cătălin
8. Lupta dintre sexe în opera lui Wilhelm Stekel și perspective religioasă asupra sexualității cuplului în opera lui Michel-Philippe Laroche. Complementaritate întru diversitate pentru calitatea vieții / *Competition between sexes addressed in Wilhelm Stekel's work and religious perspective on couple sexuality in Philippe Michel Laroche's work. Complementarity in full diversity for quality of life* - Leș Alin
9. Prevalența tulburărilor de dinamică sexuală la pacienții psihotici / *The prevalence of disorders in sexual dynamics in psychotic patients* – Bran Mihai, Ladea Maria, Bran Oana Maria

**9.30–10.30     Atelier / Interactive session**

„Relația Cancer de prostată – Calitatea vieții”

*Relation between Prostate Cancer and Quality of Life*

Participă / *Participants:*

**Rădulescu Mihai (Germania)** – „Brahiterapia – alternativa terapeutică pentru cancerul de prostată localizat” / *Brachytherapy – a therapeutic alternative for localized prostate cancer*

**Kacso Gabriel** – „Calitatea vieții ca argument decizional al opțiunii terapeutice în cancerul de prostată” / *The quality of life as decisional factor in treatment options of prostate cancer*

**Rădulescu Eugen** - Istorie personală / *Personal history*

**Calomfirescu Nicolae** – „Relația Sindrom de castrare – calitatea vieții - sexualitate” / *Relation between the castration syndrome and quality of life*

**10.30–11.00     PAUZĂ / COFFEE BREAK**

**11.00–11.45     Conferința E.S.S.M – ediția VI / ESSM Conference – 6<sup>th</sup> edition**

Moderator / *Chairperson:* Calomfirescu Nicolae

Invitat / *Guest:* Reisman Y. (Holland) – „Stilul de viață, sănătatea și problemele urologice” / *Life style, health and urological problems*

**11.45–12.15     Conferința Societăților afiliate la ESSM – ediția II /**

**ESSM Affiliated Societies Conference – 2<sup>nd</sup> edition**

Moderator / *Chairperson:* Belinski Cătălin

Invitat / *Guest:* Fekete Ferenc (Hungary Society for Sexual Medicine) – „Medicina Sexuală în Ungaria – trecut și prezent” / *Sexual medicine in Hungary – past and present*

**12.15–13.00     Masă rotundă / Round table**

„Conexiuni între LUTS, disfuncția erectilă și afecțiunile metabolice”

Moderator / *Chairperson:* Calomfirescu Nicolae

Participă / *Participants:*

Grigore Nicolae – „LUTS și afectarea funcției sexuale” / *LUTS and sexual impairment*

Gaiță Dan – „Comorbiditățile vieții de cuplu: cauze și soluții” / *Comorbidities in couple life – causes and solutions*

**13.00–14.00     PAUZĂ DE PRÂNZ / LUNCH BREAK**



- 14.00–15.30** **Atelier interactiv / Interactive Session**  
"Sexualitate și filiație" / *Sexuality and filiation*  
Moderator / *Chairperson*: Cambosie Augustin  
Participă / *Participants*: Donțu Anca, Drăgulănescu Cătălina, Teleki Genoveva, Ricu Virgil, Mulțescu Valentin, Cristina Dinu, Mircea Zgardău
- 15.30–16.00** **Conferință / Lecture**  
Moderator / *Chairperson*: Cambosie Augustin  
Prezintă / *Lecturer*: Moța Maria  
"Disfuncția sexuală la persoanele cu diabet zaharat" / *Sexual dysfunction in patients with diabetes mellitus*
- 16.00–16.45** **Curs I – sala Atlas** - Moderator / *Chairperson*: Poiană Cătălina  
Prezintă / *Lecturer*: David I. Dana  
„Hiperandrogenia – impietarea sexualității feminine” / *Hyperandrogenemia – female sexual function impairment*  
**Curs II – sala Hera** - Moderator / *Chairperson*: Manu-Marin Andrei  
Prezintă / *Lecturer*: Isacu Antonia  
„Impact psihologic în bolile cronice” / *The Psychological impact of chronic diseases*
- 16.45–17.30** **Curs III – sala Atlas** - Moderator / *Chairperson*: Grigore Nicolae  
Prezintă / *Lecturer*: Mihalca Radu, Calomfirescu Nicolae  
„Ejaculare precoce: de la fiziopatologie la tratament” / *Premature ejaculation: from physiopathology to therapy*  
**Curs IV – sala Hera** - Moderator / *Chairperson*: Calomfirescu Nicolae  
Prezintă / *Lecturer*: Popescu Felicia Steliana, Stroe Felicia  
„Factori de risc în activitatea medicală” / *Occupational risk factors in medical activities*  
Notă/Note: Cursurile se desfășoară concomitent / *The courses are held simultaneous.*
- 17.30–18.00** **PAUZĂ / COFFEE BREAK**
- 18.00–18.45** **ADUNAREA GENERALĂ JUBILIARĂ / AMSR JUBILEE**  
"10 ani de A.M.S.R." / *10 years of A.M.S.R.*
- 18.45–19.30** **Simpozion / Symposium Lilly**  
"Cialis – Mai aproape de o viață fără DE – peste 5 ani de experiență în România"  
*Cialis – Closer to a life without ED – over 5 years of experience in Romania*  
Moderator / *Chairperson*: Maria Moța  
Participă / *Participants*:  
Serafinceanu Cristian - „Viața sexuală a persoanei cu diabet” / *The Sex Life of a person with diabetes*  
Calomfirescu Nicolae - „Diagnostic și tratament în DE” / *Diagnosis and treatment in ED*

**MARȚI, 13 APRILIE 2010**  
**TUESDAY, 13 OF APRIL 2010**

**09.00-14.00** **Secretariat / Conference Secretary**  
**09.00-14.00** **Expoziție Medicală / Medical Exhibition**

**8.00–8.15** **Sinteza zilei / Previous day summary** – Belinski Cătălin  
**8.15–9.30** **Sesiune de comunicări / Podium Session**  
Moderatori / *Chairpersons*: Grigore Nicolae, David I. Dana

1. Loialitate inconștientă sau experiențe de viață? / *Unconscious loyalty or life experiences?* – Ragea Carmen



2. Cauzele masculine ale infertilității și disfuncțiile sexuale / *Male infertility and sexual dysfunction* - Mihalca Radu, Calomfirescu Nicolae
3. Durerea pelvină cronică și sindromul vezicii dureroase; Valoarea tratamentului cu Cystistat / *Chronic pelvic pain and painful bladder syndrome; the value of Cystistat bladder instillations* – Manu-Marin A., Teodorescu L., Belinski Cătălin, Calomfirescu Nicolae
4. Incontinența urinară în timpul actului sexual la femeie / *Urinary incontinence during sexual intercourse; analysis of a small series of women* – Manu-Marin A., Belinski Cătălin, Calomfirescu Nicolae
5. Interrelația consult urologic – DZ – hipogonadism / *Interrelation between urological evaluation – diabetes mellitus – late onset hypogonadism (LOH)* – Belinski Cătălin, Calomfirescu Nicolae, Manu-Marin A.
6. Viața sexuală după prostatectomia radicală asistată robotic / *Sexual life after Robotic Prostatectomy* – Manea N.C., Maxim R., Crișan N., Feciche B., Stanca D.V., Hirișcău Ioana, Coman Ioan
7. Impactul terapiei HIFU asupra funcției erectile la pacienții cu cancer prostatic / *The impact of HIFU therapy on sexual function of prostatic cancer patient* – Manea N.C., Maxim R., Mihaly Z., Giurgiu C., Lăpușan Carmen, Hirișcău Ioana, Coman Ioan
8. Robotica medicală în tehnica chirurgicală modernă / *Medical Robotics in Modern Surgery* – Hirișcău Ioana, Coman Ioan
9. Consumatorii de droguri și comportamentul sexual / *Drugs Consumers and sexual behavior* – Copăceanu Mihai

**09.30–10.30    Atelier interactiv / Interactive Session**

“Fizioterapie pelviperineală la femei” / *Pelvipерineal physiotherapy in women*  
Participă / *Participants*: Berghmans Bary (Holland), Manu-Marin Andrei

**10.30–11.00    PAUZĂ / COFFEE BREAK**

**11.00–12.00    Atelier interactiv / Interactive Session**

“Managementul OAB – locul pacientului/pacientei” / *The management of OAB – the role of patients*  
Participă / *Participants*: Calomfirescu Nicolae, Manu-Marin Andrei

**12.00–13.00    Dezbateri / Debate**

Moderator / *Chairperson*: Cambosie Augustin

Participă / *Participants*:

Vasile Diana – „Rolul psihologului în creșterea calității vieții sexuale” /

*The role of the psychologist for increasing the quality of sexual life*

Ragea Carmen – „Modele de comportament și calitatea vieții de cuplu” /

*Behavioral models and the quality of life in couple*

**13.00–14.30    Sesiune interactivă de cazuri clinice / Interactive session – clinical cases**

Participă / *Participants*: Cambosie Augustin, Vasile Diana, Calomfirescu Nicolae, Belinski Cătălin, Mihalca Radu, Ragea Carmen

**14.30–15.00    Închiderea lucrărilor, mesaje finale / Closing remarks**

# Relaxați-vă, Urgența este sub control



 **Vesicare**<sup>®</sup>  
solifenacin

#### Indicații abreviate de prescriere:

**DENUMIREA COMERCIALĂ A PRODUSULUI MEDICAMENTOS:** VESICARE<sup>®</sup> 5 mg, VESICARE<sup>®</sup> 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 micțiunilor, așa cum pot apărea la pacienții cu sindromul vezicii urinare hiperactive. **Doze și mod de administrare: Adulți inclusiv vârstnici:** Doza 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 pacienții cu retenție urinară, tulburări severe gastrointestinale (incluzând megacolonul toxic), miastenia gravis, glaucomul cu unghi îngust și la pacienți cu risc pentru afecțiunile de mai sus; pacienți cu hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare 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 CYP3A4, de ex: ketoconazol. **Atenționări și precauții speciale:** Înainte de începerea tratamentului cu Vesicare, trebuie evaluate alte cauze ale micțiunilor frecvente (insuficiență 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 subvezicală semnificativă clinic; tulburări obstructive gastrointestinale; risc de motilitate gastrointestinală scăzută; insuficiență renală severă (clearance 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 exacerbează esofagita (cum ar fi bifosfonati); neuropatie autonomă. **Interacțiuni farmacologice:** Tratatamentul concomitent cu preparate cu proprietăți anticolinergice poate accentua efectele terapeutice și reacțiile adverse. Se va alocă 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 agonistilor receptorilor colinergici. Solifenacin poate reduce efectul medicamentelor care stimulează motilitatea tractului gastrointestinal ca metoclopramida 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 decât ocazional la oprirea tratamentului. În general, complianța a fost foarte ridicată (aproximativ 99%) și aproximativ 90% din pacienții tratați cu Vesicare au încheiat perioada de 12 săptămâni de tratament incluse în studiu. Vesicare se eliberează pe bază de prescripție medicală. Autorizare de punere pe piață nr. 5772/2005/01; 5773/2005/01. Rezumatul caracteristicilor produsului Vesicare<sup>®</sup> 5 mg, Vesicare<sup>®</sup> 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 interferează cu eliberarea prelungită a substanței active. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la tamsulosin hidroclorid sau la oricare dintre excipienți. Antecedente de hipotensiune ortostatică. Insuficiența hepatică severă. **Atenționări și precauții speciale în folosire:** Ca și în cazul altor antagoniști  $\alpha$ 1-adrenoceptorilor, în cazuri individuale în timpul tratamentului cu Omnic Tocas 0,4, poate apărea o scădere a presiunii sangvine, în urma căreia, rar, poate apărea sincopa. La primele semne de hipotensiune ortostatică (amețeală, slăbiciune), pacientul va sta în poziție culcată sau șezândă 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 hidroclorid 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, trichlormethiazida, chlormadinona, amitriptylina, diclofenac, glibenclamida, simvastatina 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  $\alpha$ 1-adrenoceptorilor 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.

DUMINICĂ, 11 APRILIE 2010

ÎNTÂLNIREA CU EXPERȚII  
MEET THE EXPERT SESSION**STRATEGII PENTRU REDUCEREA INCIDENȚEI DISFUNȚIEI ERECTILE DUPĂ PROSTATECTOMIA RADICALĂ***STRATEGIES FOR INCIDENCE REDUCTION OF ERECTILE DYSFUNCTION AFTER THE RADICAL PROSTATECTOMY***Viorel Bucuraș, Răzvan Bardan**Clinica Urologică Timișoara / *Clinic of Urology, Timisoara*

Disfuncția erectilă apărută ca și consecință a prostatectomiei radicale are un impact emoțional major asupra pacienților cu cancer de prostată, ce impune abordarea unor strategii de tratament eficiente și rapide. Din totalul pacienților operați, un procent variabil, între 40 și 85%, vor prezenta disfuncție erectilă postoperator. Algoritm de evaluare a funcției sexuale va include scorul SHIM, determinat atât preoperator cât și postoperator, testul de tumescență nocturnă, ecografia Doppler, eventual cavernosometria sau cavernosografia, efectuate postoperator. Principalul mijloc de reducere a incidenței disfuncției erectile este prezervarea în condiții cât mai bune a bandeletelor neuro-vasculare în timpul prostatectomiei radicale. Dacă aceasta nu a dat rezultatele scontate și disfuncția erectilă s-a instalat totuși, avem mai multe opțiuni terapeutice, ce includ administrarea precoce de inhibitori de fosfodiesterază-5, injecțiile intracavernoase cu substanțe vasoactive, și chiar dispozitivele ce crează vacuum. În concluzie, o tehnică chirurgicală de tip "nerve-sparing", combinată cu aplicarea unui algoritm de diagnostic și tratament corect, pot duce la reducerea semnificativă a numărului de pacienți cu disfuncție erectilă la un an după prostatectomia radicală.

*Erectile dysfunction after radical prostatectomy has a major emotional impact on patients with prostate cancer, raising the need for quick and efficient therapeutic strategies. From all operated patients, a variable proportion (between 40 and 85%) will present with postoperative erectile dysfunction. Sexual function assessment algorithm will include the SHIM score (preoperative and postoperative), nocturnal penile tumescence testing, duplex Doppler studies, eventually cavernosometry or cavernosography, all performed after surgery. The best method to reduce the incidence of erectile dysfunction is the preservation of the two neuro-vascular bundles, using the nerve-sparing radical prostatectomy technique. If erectile dysfunction is present despite of these measures, we have several therapeutic options, including early administration of phosphodiesterase-5 inhibitors, intracavernous injections with vasoactive agents, or even vacuum constriction devices. In conclusion, nerve-sparing radical prostatectomy, combined with the use of a correct diagnosis and therapy algorithm, will significantly reduce the number of patients with postoperative erectile dysfunction at one year after surgery.*



**CALITATEA VIEȚII LA MENOPAUZĂ  
QUALITY OF LIFE DURING MENOPAUSE**

**Simona Fica**

Menopauza este definită prin absența menstriei mai mult de 12 luni.

Se estimează că numărul femeilor aflate la menopauză va crește - 467 milioane (1990) la 1.200 milioane în 2030. Marea majoritate a femeilor trăiesc o treime din viață după menopauză.

Tranziția menopauzală poate reprezenta o perioadă la risc, prin inițierea evenimentelor metabolice, cardiovasculare. Creșterea ponderală, obezitatea determină creșterea prevalenței sindromului metabolic la femei în postmenopauză.

Calitatea vieții reprezintă viață fără simptome la femeile în perioada postmenopauzală. Calitatea vieții la menopauză poate fi negativ influențată de: simptome vasomotorii, uscăciune vaginală, dispareunie, tulburări de dispoziție, osteoporoză (risc de fractură).

Terapia hormonală reprezintă o abordare integrată în vederea menținerii sănătății femeii, trebuind inclusă într-un program complex de management al menținerii sănătății. Managementul sănătății femeii la menopauză trebuie să fie fiziologic și să răspundă așteptărilor fiecărei femei.

Tratamentul simptomelor vasomotorii moderat-severe rămâne indicația primară a terapiei hormonale la menopauză. În ciuda existenței a numeroase alternative, terapia hormonală rămâne cea mai eficace pentru simptomele vasomotorii (80%) și singura FDA aprobată.

Terapia estrogenică reprezintă cea mai eficace abordare a simptomelor moderate și severe de atrofie vaginală și vulvară. Când terapia hormonală este administrată doar pentru această indicație, în general se recomandă ruta vaginală.

Sexualitatea la menopauză poate fi influențată de administrarea terapiei hormonale -ameliorarea dispareuniei. Terapia hormonală nu este aprobată ca unic tratament al altor aspecte ale disfuncției sexuale, inclusiv scăderea libidoului.

Terapia hormonală este inițiată în perimenopauză și precoce în postmenopauză, în așa-numita "fereastră de oportunitate", când estrogenii sunt cardioprotectivi iar terapia este benefică și pentru unele domenii cognitive.

*Menopause is the absence of menstrual bleeding for more than 12 months. Statistics show that the number of menopause women will increase from 467 mil (1990) to 1200 mil (2030). Most of women live a third of their life in menopause.*

*Menopause transition may represent a riskful period because the presentation of cardiovascular and metabolic events. Weight gain and obesity trigger a higher prevalence of metabolic syndrome. Quality of life during the menopause might be negatively influenced by vasomotor symptoms, vaginal dryness, dyspareunia, mood disorders, osteoporosis (risk of fracture).*

*Hormonal therapy represents an integrated strategy toward a stabile woman's health, worth to be included in a complex management of health.*

*Women's health management after menopause must be physiologic and must respond to the woman's expectations. The treatment of moderate / severe vasomotor symptoms remains the first indication for hormonal therapy in menopause. Many treatments are available today, but the best results are with hormonal treatment, the only FDA approved.*

*Estrogenic therapy remains the best for moderate symptoms of vaginal and vulvar atrophy. If this is the only indication to treat, vaginal use should be preferred.*

*Sexuality at menopause may be influenced by the use of hormonal therapy, beneficial for dyspareunia.*

*Hormonal treatment is not approved for other sexual dysfunctions, included libido decrease.*

*Hormonal therapy is started in peri-menopause, in the so-called "opportunity-range", when estrogens are cardioprotective and therapy is useful for some cognitive functions.*

**TULBURAREA DISFORICĂ PREMENSTRUALĂ – IMPACTUL ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII  
LA VÂRSTA REPRODUCTIVĂ****PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER – IMPACT ON QUALITY OF LIFE IN THE REPRODUCTIVE AGE****Cătălina Poiană**

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București /  
“Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy,  
Institutul Național de Endocrinologie “C. I. Parhon”, București /  
“C.I.Parhon” National Institute of Endocrinology, Bucharest, Romania

Simptomele premenstruale apar la aproximativ 75% din femeile cu cicluri menstruale regulate, dar doar în 3-8% din femeile de vârstă reproductivă simptomele sunt severe, fiind denumite tulburare disforică premenstruală (PMDD). Unele dintre simptome sunt comune celor două situații, dar în PMDD gravitatea este marcată, ducând la interferența activităților sociale, serviciului, școlii și a interrelațiilor personale.

Simptomele specifice sunt legate de ciclul menstrual și nu reprezintă o agravare a unei alte afecțiuni.

Criteriile specifice de diagnostic ale PDD sunt cuprinse în Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM IV) și cuprind elemente definitorii, cum ar fi: depresie marcată, anxietate/tensiune marcate, labilitate afectivă marcată și furie sau iritabilitate marcate, conflicte interpersonale exagerate. Femeile cu PMDD pot prezenta și: scăderea interesului pentru activitățile uzuale (servici, școală, prieteni, pasiuni), dificultăți în concentrare, letargie sau lipsa energiei, modificări marcate ale apetitului, hipersomnie sau insomnie, senzația subiectivă de a fi copleșit sau de a pierde controlul, dar și simptome fizice, cum ar fi: turgescența sânilor, cefalee, dureri musculare sau articulare, senzația de creștere în greutate.

PMDD este rezultatul unor complexe modificări neuroendocrine. Deși femeile cu sindrom premenstrual au concentrații normale serice ale hormonilor ovarieni, ele au un răspuns anormal la modificări hormonale normale. Inițierea simptomelor apare prin interacțiunea modificărilor ciclice ale steroizilor ovarieni cu neurotransmițătorii centrali: serotonina,  $\beta$  endorfine, acid gama aminobutiric (GABA).

Medicamentele cu eficacitate dovedită în PMDD sunt: inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei, alprazolamul, agoniștii de GnRH. Cu rezultate mai puțin evidente sunt: contraceptivele orale, progesteronul, diureticele, dieta, exercițiul fizic.

*Premenstrual symptoms occur in about 75% of women with regular menstrual cycles, but only between 3 and 8 % of them experience symptoms severe enough to be included in the so-called premenstrual dysphoric disorder (PMDD).*

*There are several symptoms common to both clinical situations, but PMDD involves a marked emphasis on affective symptoms and significant impairment in daily functions (eg, school, work, relationships).*

*The symptoms are related to the menstrual cycle and are not a worsening of other ongoing disorders, and are confirmed prospectively by daily ratings for <sup>3</sup>2 menstrual cycles.*

*Premenstrual dysphoric disorder is defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (PMDD), the core features including: markedly depressed mood, marked anxiety/tension, affective lability and anger/irritability. Also the women can present: decreased interest in usual activities, difficulty concentrating, lethargy/fatigue, appetite change/food cravings, sleep disturbance, feeling overwhelmed as well as physical symptoms (e.g. breast tenderness, bloating, headache).*

*The PMDD is the result of multiple disturbances regarding neuroendocrine systems.*

*The hormonal pattern consists not in different levels of the sexual steroid hormones, but different response to normal hormonal levels. The cyclical biochemical triggers are related to neurotransmitters as serotonin,  $\beta$  endorphin and gamma-amino butyric acid (GABA).*

*The heritability of the syndrome is sustained by genetic polymorphism in ESR1 gene.*

*Treatments with demonstrated efficacy in the PMDD are: serotonin reuptake inhibitors, alprazolam, and agents that suppress ovulation (GnRH agonists, danazol). Therapies with less proved efficacy are: oral contraceptives, progesterone, diuretics, dietary restrictions, vitamin supplementation, and exercise.*

## **BOALA PEYRONIE – SEXUALITATE - CALITATEA VIEȚII**

### **PEYRONIE'S DISEASE – SEXUALITY – LIFE QUALITY**

**Grigore Nicolae**

Clinica de Urologie Sibiu / Urology Department, Sibiu

Boala Peyronie sau indurația plastică de corpi cavernoși se caracterizează prin deformarea patologică a penisului cauzată de fibroza albuginee corpurilor cavernoși. Curbura peniană patologică în erecție, în diferitele ei grade și direcții, este însoțită de dureri, scurtarea penisului, imposibilitatea intromisiunii și disfuncție erectilă, cu consecințe asupra calității vieții pacientului și repercursiuni psihologice asupra cuplului.

Disfuncția sexuală la pacienții cu boală Peyronie rezultă fie din imposibilitatea intromisiunii datorită curbării patologice, fie datorită disfuncției erectile generate de prezența plăcii fibroase la nivelul albuginee corpurilor cavernoși. Sunt situații în care ambele mecanisme pot fi implicate.

Prezentarea face referire la datele de epidemiologie, etiopatogenie, diagnostic clinic și paraclinic, evoluție și modalități de tratament ale diverselor forme de boală Peyronie, asociată sau nu cu disfuncția erectilă. Sunt analizate rezultatele tratamentului medical și chirurgical al acestei afecțiuni.

Un capitol important, pe larg dezbătut este cel al tratamentului chirurgical. Scopul tratamentului chirurgical este de a obține un penis destul de drept, destul de lung și destul de ferm pentru a permite un act sexual satisfăcător. Indicația operatorie se stabilește individualizat în funcție de stadiul bolii. Se fac referiri la tehnicile chirurgicale de corecție a deviației peniene și rezultatele obținute, în experiența autorului, comparativ cu datele din literatură.

Indiferent de mecanismul de producere, imposibilitatea realizării unui act sexual satisfăcător pentru pacient și partenera lui se va repercuta, mai repede sau mai târziu, asupra sexualității cuplului.

Medicul androlog este cel care poate oferi o șansă acestor cupluri.

*Peyronie's disease, curvature of the erect penis, is characterized by different penile deformities caused by albugineal fibrosis. The curvature of the erect penis is commonly associated with pain, penile shortening, impossibility of intercourse and erectile dysfunction with a big impact on life quality and serious psychological consequences for the couple.*

*Peyronie disease patients have sexual dysfunction due either to the pathological curvature of the penile or due to the erectile dysfunction generated by the plaque calcification, or due to both mechanisms.*

*This presentation discuss the epidemiology, etiopathology, clinical and paraclinical diagnosis, evolution and treatment of different types of Peyronie's disease, associated or not with erectile dysfunction, evaluating the medical treatment and focusing on surgical treatment of the disease*

*The aim of the surgical treatment is an uncurved penile, enough long and enough firm for a good sexual intercourse. The surgical indication depends on disease stage.*

*The surgical techniques and the author experience are compared to the literature.*

*An unsatisfactory sexual act for the patient and his partner has serious consequences for the couple. The andrologist can offer a good chance to these couples.*

**DISFUNȚIA ERECTILĂ LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT  
ȘI LA CEI CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ****ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS  
AND IN THOSE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES****Voichița Mogoș, Mădălina Aida Crețu, Jeanina Idriceanu, Simona Mogoș**Disciplina Endocrinologie / *Department of Endocrinology*

**Rezumat:** Obiectivul studiului a fost identificarea prevalenței și severității disfuncției erectile la subiecți cu diabet zaharat și la cei cu patologie cardiovasculară.

**Material și metodă:** A fost aplicat chestionarul IIEF la 200 de bolnavi cu diabet zaharat, 98 cu DZ tip 1, 102 cu DZ tip 2 și la 200 de subiecți cu patologie cardiovasculară.

**Rezultate:** Dintre cei 200 de subiecți diabetici 22,5% au declarat că nu au avut activitate sexuală în ultimele 4 săptămâni. Dintre subiecții cu activitate sexuală 59% au declarat activitate sexuală normală și 40,83% au prezentat diferite grade de disfuncție erectilă (ușoară: 2,45%, ușoară/moderată: 23,48%, moderată: 4,82%, severă: 9,67%). DE a fost mai frecventă la subiecții cu DZ tip 2 decât la cei cu DZ tip1 (52,84% vs 28,71%). Forma severă s-a manifestat la 13,23% dintre cei cu DZ tip 2 și la 6,89% dintre cei cu tip 1. Prevalența și severitatea. DE la diabetici s-a corelat cu vârsta ( $r^2=0,66$ ), dar nu s-a corelat cu controlul glicemiei și profilul lipidic. Toți parametrii funcției sexuale (orgasmul, dorința, satisfacția cu relația și satisfacția globală) sunt mai afectați la subiecții cu DZ tip 2 față de cei cu DZ tip1.

La pacienții cu patologie cardio-vasculară, prevalența disfuncției erectile se corelează cu vârsta ( $r^2=0,57$ ) și cu severitatea bolii cardio-vasculare. Disfuncția erectilă severă afectează: 64,7% dintre bolnavii cu insuficiență cardiacă, 55,3% dintre cei cu aritmii, 66,7% dintre cei cu infarct de miocard. Vârsta se corelează negativ cu orgasmul, dorința sexuală și satisfacția globală la pacienții cu patologie cardio-vasculară.

**Aim of the study** was to identify the prevalence and severity of erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus and in those with cardiovascular diseases.

**Material and method:** IIEF questionnaire was used to assess 200 patients with diabetes mellitus, 98 with type 1 and 102 with type 2 and in 200 patients with cardiovascular diseases.

**Results.** Among diabetic patients 22.5 % declared no sexual activity in the past 4 weeks. 59% of patients with declared sexual activity had normal sexual activity and 40.83% presented different degree of erectile dysfunction (mild: 2.45 %, mild/moderate: 23.48%, moderate: 4.82%, severe: 9.67%). ED was more frequent in type 2 DM than in those with type 1 DM (52.84% vs 28.71%). Severe ED affected 13.23% of patients with type 2 DM and 6.89% of those with type 1 DM. The prevalence and severity of was correlated with age ( $r^2=0,66$ ), but neither with the control of glicaemia nor with lipid profile. All parameters of sexual function: orgasm, sexual desire, relationship and global satisfaction were more affected in patients with type 2 DM than in those with type 1 DM.

In patients with cardiovascular diseases erectile dysfunction was correlated with age ( $r^2=0.57$ ) and severity of the disease. Severe erectile dysfunction was declared by: 64.7% of patients with cardiac failure, 55.3% of those with arrhythmias, 66.7% of those with myocardial infarction. Age is negatively correlated with orgasm, sexual desire and global satisfaction in patients with cardiovascular diseases.



## **BOALA PSIHICĂ ȘI CALITATEA VIEȚII**

### **MENTAL ILLNESS AND SEXUAL QUALITY OF LIFE**

#### **Florin Tudose**

Departamentul Psihiatrie de Legătură, Spitalul Universitar de Urgență București /  
*Liaison-Psychiatry Department, University Emergency Hospital of Bucharest*

De-a lungul timpului legătura dintre boala psihică și sexualitate a fost una fantasmatică prin presupusa etiologie legată de sex a majorității bolilor psihice ca o consecință a distorsionării extreme a conceptelor psihanalitice. Ultimele decenii au redimensionat problema, în special deoarece calitatea vieții a devenit un important indice de apreciere nu doar a îngrijirilor ci și evoluției fiecărui pacient. Din numeroasele ipostaze în care boala psihică modifică comportamentul sexual al individului notăm efectul intrinsec al unor boli (schizofrenia, depresia), efectul unor medicamente psihotrope (antidepresive, neuroleptice), stigmatizarea. Sunt discutate posibilele alternative care stau la îndemâna sexologului pentru ameliorarea calității vieții sexuale a pacienților psihiatrici. Este de asemenea menționată nevoia de formare suplimentară a rezidenților în psihiatrie și a viitorilor psihologi clinicieni în domeniul sexologiei.

*Over time the link between mental illness and sexuality was a phantasmic one by alleged sex-related etiology of most mental illness as a consequence of extreme distortion of psychoanalytic concepts. The last decades have resized this issue, especially since the quality of life has become an important indicator for assessing not only individual patient care but also of clinical evolution. There are many aspects when the mental illness of the patient changes sexual behavior. We can mention inherent effect of diseases (schizophrenia, depression), the effect of psychotropic drugs (antidepressants, neuroleptics), stigma. Are discussed alternatives that are out of reach of sexology to improve the quality of sexual life of psychiatric patients. It also mentioned the need for additional training of residents in psychiatry and future psychologists clinicians in sexual domain.*

### **CONFERINȚA PREȘEDINTELUI PRESIDENT'S CONFERENCE**

## **HIPOGONADISM TARDIV – NECUNOSCUȚA SOLUȚIONATĂ?**

### **LATE ONSET HYPOGONADISM – A PROBLEM SOLVED?**

#### **Nicolae Calomfirescu**

Cu o decadă în urmă, diagnosticul și tratamentul fostei andropauze, actualmente hipogonadism tardiv, era o necunoscută, atât pentru medic cât și pentru pacient.

Studiile populaționale de prevalență și datele noi în legătură cu interrelația disfuncției sexuale, sindrom metabolic, obezitate, diabet și calitatea vieții la bărbatul ce a depășit 40-50 ani au modificat abordarea problemei. Înaintarea fiziologică în vârstă e însoțită de declinul funcției gonadice, cu scăderea tuturor fracțiunilor de testosteron și cu creșterea SHBG.

Tot datele rezultate din studii arată că tratamentul cu testosteron nu influențează dramatic prostata. În epoca monitorizării prin PSA + FreePSA și a imagisticii de organ (ecografie sau RMN), teama de transformare neoplazică prostatică scade foarte mult.

Problema hipogonadismului tardiv, parte integrantă a conceptului de "MEN'S HEALTH", este aceea de a-l recunoaște clinic, de a-l proba paraclinic și ulterior de a-l trata, dacă pacientul dorește.

Acest lucru poate fi făcut la ora actuală și de urolog și de alți medici non-endocrinologi, cu condiția ca fiecare pacient să fie monitorizat clinic și paraclinic în funcție de specificul său.

*Ten years ago the diagnosis and the treatment for the past andropause – actual late onset hypogonadism (LOH) – was unknown both for physicians and for patients.*

*This problem approach was changed by the results of the prevalence studies and also by the new data about the correlation between sexual dysfunctions, metabolic syndrom, obesity, diabetes and quality of life of the men over 40.*

*Elderly is associated with the decline of the gonadic function, with the decreasing of the testosterone level and also associated with the SHBG increasing level.*

*The same studies results shwon that the treatment with testosterone has not an dramatically effect on prostate. In the new era of PSA + FreePSA and ultrasound monitoring, the fear of prostatic neoplasia is significantly decrease.*

*The issue for LOH – as the part of the "MEN'S HEALTH" Concept – is to be clinical and paraclinical diagnosed, and further to be treated if the patient want it.*

*This action could be taken presently by the urologist or other physicians (not endocrinologist); the first condition is to monitor (clinical and paraclinical) every patient accordingly with the individual status.*

## STATE OF THE ART LECTURE

### PROVOCĂRI ALE SEXOLOGIEI SECOLULUI XXI

#### CHALLENGES OF SEXOLOGY OF THE 21<sup>th</sup> CENTURY

**Ioana Micluția**

UMF Cluj-Napoca / University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca

Sexologia, știința multidisciplinară relativ tânără, are la bază studiul științific al sexualității și comportamentului sexual, incluzând relațiile sexuale, practicile sexuale, tulburările sexuale, anatomia și fiziologia sexuală și educația sexuală. Istoricul sexualității umane este impregnat de cutume, tabuuri, dogme religioase, de norme sociale și politice. Sexualitatea umană este tărâmul de dispută între libertățile individuale și presiunile sociale. Are loc socializarea sexualității prin inhibarea unor aspecte pulsionale publice, manifestarea sexualității în cadrul unor norme, etica, religia stabilind ceea ce este rău sau bine. Revoluția sexuală a anilor '60 a permis lărgirea limitelor normalității, extinderea limbajului erotic, care devine public. Contracepția delimitează sexul procreativ de cel relațional sau recreativ. Demersurile activiștilor pentru drepturile minorităților sexuale, sexworkerilor au dinamizat adoptarea unor măsuri legislative permissive pentru aceste grupuri și stricte împotriva abuzurilor sexuale, pedofiliei.

Problemele actuale ale eticii sexuale dezbat încă vehement sexul în afara mariajului, contracepția, legalitatea avortului, acceptarea homosexualității, noi oportunități de terapie pentru bolnavii cu SIDA, reproducerea umană asistată (inseminarea artificială, fertilizare in vitro, transferul de embrion, surrogatul de maternitate, clonarea). Tehnicile de manipulare genetică, de reabilitare de gen, de modelare estetică agresive ridică noi standarde, punându-se problema cadrului legislativ adecvat, al acceptanței sociale și destigmatizării.

*Sexology, a relatively recent multidisciplinary science, emphasizes at the scientific study of the sexual behavior, including sexual relationships, sexual practices, sexuality disorders, the anatomy and physiology of reproductive organs, and sexual education. The history of sexuality is full of taboos, culture bound practices, religious, social and political norms. Human sexuality stays at the cross road of the disputes between individual freedoms and social pressure. A socialization of sexuality takes place by the public inhibition of sexual urges; the expression of sexuality generally respects ethical, religious norms, which state good and bad for the person. The sexual revolution of the sixties extended the boundaries of normality, the public erotic discourse. Contraception delineates procreativ from relational, and recreative sex. The sustained approaches of sexual rights activists, of sexworkers have dynamized the adoption of more permissive laws in favour of the former, and more strict laws and measures against sexual offenders, pedophiles. Current unsolved issues in sexuality still are a subject of debates: adulterin sex, contraceptive methods, the legalization of abortion, the acceptance of homosexuality, assisted*

human sexuality (artificial insemination, in vitro fertilization, the transfer of embryo, maternity surrogate, clonation).

Techniques of genetic manipulation, sex reassignment, aggressive esthetic modelation, raise new standards and expectations towards an adequate legal framework, the social acceptance and destigmatization.

**LUNI, 12 APRILIE 2010**

**COMUNICĂRI  
PODIUM SESSION**

## **DISFUNȚIA ERECTILĂ LA PACIENȚII CU PATOLOGIE PSIHIATRICĂ**

### **ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PSYCHIATRIC PATHOLOGY**

**Simona Mogoș, Diana Ramona Dragomir, Voichița Mogoș**

Disciplina Endocrinologie / Department of Endocrinology

**Obiectivul studiului:** Prevalența și severitatea disfuncției erectile la subiecți cu boli psihice.

**Material și metodă.** Chestionarul IIEF a fost aplicat la 200 de subiecți cu boli psihice aflați în terapie. Subiecții au prezentat mai frecvent: depresie, schizofrenie sau tulburare bipolară. 58% dintre cei investigați au declarat disfuncție erectilă severă care a determinat la 53% abandonarea tentativelor sexuale. 11% au prezentat DE moderată, 12% DE ușoară/moderată, 4% DE moderată, iar 15% au declarat activitate sexuală normală. 53% dintre subiecți nu aveau orgasm, 45% nu mai aveau dorință sexuală, 58% nu aveau nici o satisfacție cu relația. Disfuncția sexuală severă s-a corelat cu vârsta, dar a afectat și bolnavi de vârsta tânără.

Disfuncția erectilă se corelează cu depresia, anxietatea, schizofrenia și medicația antipsihotică.

**Aim of the study:** to assess the prevalence and severity of erectile dysfunction in patients with psychiatric diseases.

**Material and method.** IIEF questionnaire was used to assess 200 patients with psychiatric diseases under treatment. Patients had more frequently depression, schizophrenia and bipolar disorders. 58% of investigated patients declared severe erectile dysfunction which determined in 53% of cases an abandon of sexual attempts. 11% had moderate ED, 12% mild to moderate ED, 4% moderate ED, and 15% had normal sexual function. 53% of patients had no orgasm, 45% had no sexual desire, 58% had no satisfaction with sexual relationship. Severe ED was correlated with age, but was also seen in young patients. ED was also correlated with depression, anxiety, schizophrenia and antipsychotic medication.

## **SURSA CREȘTINĂ DE ORIENTARE A SEXUALITĂȚII**

### **THE CHRISTIAN SOURCE OF GUIDANCE WITH REGARDS TO SEXUALITY**

**Ghiorghe Talău, Andrei Pătrîncă**

Spitalul de Psihiatrie Dr. Gh. Preda – Sibiu / Disciplina Endocrinologie / Department of Endocrinology

Creștinismul a constituit mereu o importantă sursă de orientare a sexualității. Dacă, la începuturi, ideologia ascetică promova o atitudine de dispreț față de tot ce reprezenta plăcerea sexuală, astăzi sexualitatea este privită în creștinism ca mijloc de împlinire reciprocă și chiar de reflectare pământească a realităților cerești. În vreme ce confesiunile ortodoxă, catolică și protestante conservatoare se declară împotrivoare oricărei forme de manifestare sexuală în afara căsătoriei dintre un bărbat și o femeie, denominațiile protestante liberale se arată deschise față de autoerotism și sexualitatea în cuplu, atât hetero, cât și homosexual. Dinamica gândirii creștine și impactul acesteia asupra felului în care este astăzi privită sexualitatea sunt elemente a căror cunoaștere dau mai multă substanță terapiei ce vizează pacienții creștini, de diferite orientări ecleziale.

*Christianity has always been an important source of guidance with regards to sexuality. If in the early years the ascetic ideology promoted an attitude of complete disregard and repugnance to all which represented sexual pleasure, nowadays sexuality is regarded in Christianity as a means of mutual fulfillment and even an earthly representation of heavenly realities. While the Orthodox, the Catholic and the conservative Protestant denominations declare themselves against any form of sexual manifestation outside the marital union between a man and a woman, the liberal Protestant denominations are open towards self-erotism and sexual engagement, both for the heterosexual and homosexual. The dynamics of Christian thinking and its impact on shaping the way sexuality is regarded today are elements which, properly acquired, give more substance to the therapy concerning Christian patients, of different ecclesial orientations.*

## CORELAȚII EXTRA-DISLIPIDEMICE ALE GROSIMII INTIMEI – MEDII CAROTIDIENE DIN DISFUNȚIA ERECTILĂ ASOCIATĂ SINDROMULUI METABOLIC

### BEYOND DISLIPIDEMIC CORRELATIONS OF CAROTID IMT IN METABOLIC SYNDROME ASSOCIATED ERECTILE DYSFUNCTION

V. Coca<sup>1,2</sup>, D. Simu<sup>3</sup>, Mariana C. Coca<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Clinica de Endocrinologie – Cabinetul de Medicină Sexuală, <sup>2</sup>Clinica de Echografie, <sup>3</sup>Centrul Clinic de Diabet, <sup>4</sup>Departamentul de Laborator Clinic – Cluj-Napoca / <sup>1</sup>Endocrinology Division - Sexual Medicine Office and <sup>2</sup>Ultrasound Department, <sup>3</sup>Diabetes Clinical Center, <sup>4</sup>Clinical Laboratory Department – Cluj-Napoca

**BACKGROUND:** Sindromul metabolic (SM) induce disfuncție endotelială (DE) și proliferare musculară netedă în peretele arterial. Grosimea intimei-medii (GIM) peste 1 mm se corelează semnificativ cu alterarea profilului lipidic, diabetul zaharat tip 2 și HTA. Mai mult, experiența noastră a dovedit că GIM reprezintă un predictor al eficienței iPDE-5 (Coca et al., ESSM, 2007).

**OBIECTIVE:** La bărbați cu SM cu glicemie bazală modificată (GBM) și DE, am evaluat prevalența GIM crescute, prevalența steatozei hepatice, prevalența nivelului seric scăzut de testosteron și prevalența indicelui de masă corporală (IMC) corespunzător obezității (> 30 kg/m<sup>2</sup>).

**MATERIAL ȘI METODĂ:** La 220 de bărbați (vârsta: 48.37 ± 6.2 ani) cu SM, cu GBM, DE și hiperlipoproteinemie mixtă: profilul lipidic = colesterol total (Chol > 200 mg%), trigliceride (TG > 150 mg%) și HDL-colesterolul (HDL-c < 40 mg%) s-au evaluat grosimea intimei medii carotidiene (GIM), indicii de masă corporală (I/G2), prezența steatozei (SH) prin ultrasonografie hepatică (Eseote AU4) și valoarea serică a testosteronului total (Tt < 2.0 ng/mL). S-au constituit două grupuri: Gr. A cu GIM > 1.0 mm și Gr. B cu GIM normală, între care s-au comparat prevalența celorlalți itemi: IMC obez (> 30 kg/m<sup>2</sup>), SH și Tt la valori de low-borderline (2.5 – 1.95 ng/mL) și subnormal (< 1.95 ng/mL) luate împreună.

**REZULTATE:** Gr. A (SM + DE + GIM > 1.0 mm) = 87 cazuri (39.55%); Gr. B (SM + DE + GIM < 1.0 mm) = 133 cazuri (60.45%).

Prevalența parametrilor studiați în cele două grupuri a fost:

1. IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>: gr. A = 74 cazuri (85.06%); gr. B = 102 cazuri (76.7%). P = NS.
2. SH: gr. A = 47 cazuri (54.02%); gr. B = 51 cazuri (38.34%). P < 0.05.
3. Tt < 2.5 ng/mL: gr. A = 22 cazuri (25.3%); gr. B = 23 cazuri (17.3%). P < 0.05.

**CONCLUZII:** Morfologia parietală arterială la bărbații de vârstă mijlocie cu DE și sindrom metabolic este afectată într-un procent semnificativ. Prevalența obezității generale nu se corelează cu creșterea GIM carotidiene. Corelarea GIM crescute cu prevalența steatozei și cu cea a valorilor scăzute ale testosteronului susține intricarea etiopatogenetică în DE din sindromul metabolic.

**BACKGROUND:** Metabolic syndrome (MS) causes endothelial dysfunction and arterial smooth muscle proliferation. An over 1 mm intima-media thickness (IMT) significantly correlates to serum lipid profile damage, type 2 diabetes and high systolic blood pressure (HBP). We previously experienced, moreover, that IMT predict efficacy strength of the phosphodiesterase 5 inhibitors (iPDE 5) in physical induced ED (Coca et al., ESSM 2007).

**OBJECTIVE:** To assess the prevalence of the IMT, the prevalence of the hepatic steatosis (HS), the prevalence of the low serum testosterone level and the prevalence of the obese body mass index (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) in men having MS with impaired fasting glucose (IFG) and ED.

**METHOD:** In 220 men (age: 48.37 ± 6.2 years old) with MS (with IFG) ED and combined hyperlipidemia (total cholesterol > 200 mg%, HDL-cholesterol < 40 mg% with triglycerides > 150 mg%) we assessed the IMT (carotid ultrasound measurement), the HS (abdominal ultrasound evaluation), the BMI (H/W<sup>2</sup>) and the total serum testosterone value (tT). The prevalence of the HS, of the obese BMI and of the borderline (2.5 – 1.95 ng/mL) together with below-normal tT (< 1.95 ng/mL) were compared between two groups: Gr. A = MS + ED + IMT > 1.0 mm (studied group) vs. Gr. B = MS + ED + IMT < 1.0 mm (control group).

**RESULTS:** Gr. A (SM + DE + GIM > 1.0 mm) = 87 cases (39.55%); Gr. B (SM + DE + GIM < 1.0 mm) = 133 cases (60.45%).

The prevalence, in the two groups, of the three followed items was:

1. IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>: gr. A = 74 cases (85.06%); gr. B = 102 cases (76.7%). P = NS.
2. SH: gr. A = 47 cases (54.02%); gr. B = 51 cases (38.34%). P < 0.001.
3. Tt < 2.5 ng/mL: gr. A = 22 cases (25.3%); gr. B = 22 cases (16.5%). P < 0.05.

**CONCLUSIONS:** Arterial wall structure is damaged in more than 1/3 of middle age men with MS + ED. Widely obesity did not correlate to the increase IMT. The correlation of IMT to the prevalence of the HS and of the low tT levels sustains the combined pathways in the onset and the evolution of ED in MS males.

## **EFFECTUL SUBSTITUȚIEI TESTOSTERONICE ÎN SINDROMUL METABOLIC CU DISFUNȚIE ERECTILĂ ȘI DEFICIT ANDROGENIC ESTE CONDIȚIONAT DE AMELIORAREA PARAMETRILOR CLINICI**

### **TESTOSTERONE SUBSTITUTION EFFICACY STRENGTH IN METABOLIC SYNDROME WITH LOW SERUM TESTOSTERONE LEVEL CORRELATES TO THE SIMULTANEOUS METABOLIC PARAMETERS IMPROVEMENT**

**V. Coca<sup>1</sup>, Ileana Duncea<sup>1</sup>, Ioana Micluția<sup>2</sup>, Mariana C. Coca<sup>3</sup>, I. Coman<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Clinica de Endocrinologie, <sup>2</sup>Clinica Psihiatrie, <sup>3</sup>Centrul Clinic de Diabet, <sup>4</sup>Clinica de Urologie – Cluj-Napoca  
/ <sup>1</sup>Endocrinology Division, <sup>2</sup>Department of Psychiatry, <sup>3</sup>Diabetes Clinical Center, <sup>4</sup>Department of Urology – Cluj-Napoca

**INTRODUCERE:** Sindromul metabolic (SM) la bărbați asociază scăderea testosteronului seric semnificativ mai frecvent decât în populația generală (Jockenhovel, 2004). Această condiție clinică este corelată frecvent cu alterarea parametrilor de activitate sexuală și respectiv cu disfuncția erectilă (DE) (Borges and col., 2009).

**OBIECTIVE:** Evaluarea parametrilor de funcție sexuală, a nivelului seric de Testosteron și al elementelor clinice definitorii pentru SM, înainte și după o cură cronică cu testosteron cu absorbție prelungită, la bărbați cu SM și DE.

**MATERIAL ȘI METODĂ:** La un lot de 44 bărbați (50.3 ± 4.7 ani) cu SM și DE cu nivel seric scăzut de testosteron (2.17 ± 0.29 ng/mL) s-au administrat, timp de 8 luni, 4 fiole de testosteron undecanoat cu absorbție prelungită, după evaluarea prealabilă (V1) a funcției sexuale (IIEF total și domeniile sale: EF, SD, OF, IS, OS), a elementelor de SM: obezitate (circunferința abdominală: CA), hipertensiune arterială (HTA), hipertrigliceridemie (HT), hipo-HDL-mie (hHDL-c) și hiperglicemie (HG), precum și a testosteronului seric total (Tt). După terapia androgenică substitutivă (V2) toți acești parametri au fost reevaluați. Persoanele la care CA plus oricare alte două din celelalte elemente ale SM s-au redus cu minimum 10% la V2 au format Gr. A, iar ceilalți au alcătuit Gr. B (martor).

**REZULTATE:** Gr. A = 21 cazuri (47.73%); Gr. B = 23 cazuri (52.27%).

1. Ameliorări clinice semnificative la V2 la Gr. A vs. Gr. B: CA = - 13.3 ± 0.81% vs. - 4.06 ± 1.33% (P < 0.01).  
TA = - 17.7 ± 3.1% vs. - 8.8 ± 1.2% (P < 0.05). HT = - 12.7 ± 1.6% vs. - 6.52 ± 2.4% (P < 0.05). HDL-c = + 11.7 ± 0.58% vs. + 5.9 ± 2.2% (P < 0.05).
2. Ameliorări semnificative ale funcției sexuale la V2:  
- Gr. A = IIEF: + 16.17 p. (28.57%; P < 0.01); EF: + 6.23 p. (26.09%; P < 0.01); SD: + 2.3 p. (31.08%; P < 0.001); OS: + 1.2 p. (14.81; P < 0.05).



- Gr. B = EF: + 4.44 p. (+17.29%; P < 0.05) și SD: + 1.6 p. (+16.8%; P < 0.05).

**CONCLUZII:** După substituție cu testosteron cu absorbție prelungită, semnificația și intensitatea ameliorării parametrilor de funcție sexuală în SM cu DE sunt mai evidente la persoanele la care, concomitent, se ameliorează semnificativ și elementele clinice de SM.

**BACKGROUND:** *Metabolic Syndrome (MS) in men significantly often, comparing to the general population, associates low serum testosterone level (Jockenhovel, 2004). This co-morbidity frequently correlates to sexual activity impairment and erectile dysfunction (ED) respectively (Borges, 2009).*

**OBJECTIVE:** *To assess male sexual capability domains, serum total testosterone levels and MS defining clinical components, before and after long-term admission of long acting testosterone.*

**METHOD:** *A cohort of 44 men (50.3 ± 4.7 years old) with ED, having MS with low normal and below normal serum total testosterone (tT = 2.17 ± 0.29 ng/mL), received four long acting testosterone undecanoate during an eight months period of time. Alongside IIEF total score other evaluations were for the MS = waist (W), blood pressure (BP), serum glucose (G), serum triglycerides (TG), HDL cholesterol (HDL-c) and for the sexual activity the IIEF domains: erectile function (EF), orgasmic function (OF), sexual desire (SD), intercourse satisfaction (IS) and overall satisfaction (OS). MS, IIEF and tT were assessed before (V1) and after testosterone substitution (V2). The participants were divided in: Gr. A, having a minimum 10% improvement of W and also for minimum two other parameters, and Gr. B, having less than 10% improvements in any initially evaluated items.*

**RESULTS:** *Gr. A = 21 cases (47.73%); Gr. B = 23 cases (52.27%).*

1. *Significant clinical improvements at V2 in Gr. A vs. Gr. B: W = - 13.3 ± 0.81% vs. - 4.06 ± 1.33% (P < 0.01). BP = - 17.7 ± 3.1% vs. - 8.8 ± 1.2% (P < 0.05). TG = - 12.7 ± 1.6% vs. - 6.52 ± 2.4% (P < 0.05). HDL-c = + 11.7 ± 0.58% vs. + 5.9 ± 2.2% (P < 0.05).*

2. *Significant IIEF domains improvements at V2:*

- *Gr. A = IIEF: + 16.17 pts. (28.57%; P < 0.01); EF: + 6.23 pts. (26.09%; P < 0.01); SD: + 2.3 pts. (31.08%; P < 0.001); OS: + 1.2 pts. (14.81%; P < 0.05).*

- *Gr. B = EF: + 4.44 pts. (17.29%; P < 0.05) and SD: + 1.6 pts. (+16.8%; P < 0.05).*

**CONCLUSIONS:** *In men with metabolic syndrome and erectile dysfunction with low serum testosterone levels, testosterone substitution efficacy strength could be conditioned by the significance of clinical improvement of the metabolic syndrome.*

## SPUNE-MI CE MĂNÂNCI...CA SĂ-ȚI SPUN CE FUNCȚIE ERECTILĂ AI

### TELL ME WHAT YOU EAT... AND I WILL TELL YOU HOW YOUR ERECTIONS WORKS

#### V. Coca

Sp. Jud. Cluj – Cl. Endocrinologică, Cab. Andrologie și Consiliere Sexologică / County Hospital Cluj, Division of Endocrinology, Andrology and Sexual Consultation Medical Office

**BACKGROUND:** Istoria culturală prezintă aforisme despre alimentație și evoluția socială: „Suntem ceea ce mâncăm” (Feuerbach), „Spune-mi ce mănânci, ca să-ți spun cine ești” (Brillat-Savarin) și alimentație și funcția sexuală masculină: „...instinctele de bază ale omului vizează mâncatul, somnul și activitatea sexuală.” (Freud).

**OBJECTIVE:** Analiza datelor din literatură a riscurilor furnizate de către alimentație în etio-patogeneza disfuncției erectile (DE).

**MATERIAL ȘI METODĂ:** Am selectat din literatura medicală acele referințe care asociau obezitatea de aport și componența alimentară cu riscul de DE, încercând să evidențiem eventualele corelații ale abuzului alimentar cu alte cauze de DE: depresia, endoteliopatia, hipogonadismul. În plus, am selectat alimentele și dietele cu risc crescut pentru DE, și separat, cele asociate cu o prevalență scăzută a DE.

De asemenea, am studiat corelația consumului de ciocolată și de alcool cu riscul de DE.

**REZULTATE:** Obezitatea împreună cu depresia se pot intercondiționa semnificativ (P < 0.001). S-au cuantificat riscul de DE în dislipidemie (P < 0.05), în obezitate abdominală (P < 0.001) și în depresie (P < 0.001). Hipogonadismul la obezii cu DE este de peste 4 ori mai mare (P < 0.001). Consumul crescut de carne roșie

crește riscul de DE față de carnea albă ( $P=0.03$ ) și de vegetale ( $P<0.01$ ). Dieta de tip mediteranean se corelează cu prevalența scăzută a DE ( $P=0.024$ ). Un raport pozitiv acizi grași polinesaturați/acizi grași saturați scade riscul DE ( $P<0.02$ ). Un aport armonios de ciocolată și alcool previne DE ( $P<0.07$ ) prin acțiunea flavonelor, și respectiv creșterea apetitului sexual cu prelungirea timpului de latență.

**CONCLUZII:** Echilibrul psiho-social, evitarea obezității, a abuzului de carne roșie și grăsimilor saturate, consum adecvat de vegetale, aport moderat și armonios de alcool și ciocolată pot constitui condiții alimentare propice reducerii prevalenței și evoluției nefavorabile a disfuncției erectile.

**BACKGROUND:** *There are aphorisms in the European culture, which relates diet to the society: "We are what we eat" (Feuerbach), "Tell me what you eat and I will tell you who you are" (Brillat-Savarin) or "the basal instincts in the human being are to eat, to sleep and to make sexual" (Freud).*

**OBJECTIVE:** *Previous literature data assessment for correlating various nutrients risks of the erectile dysfunction (ED) onset and degree.*

**MATERIAL AND METHOD:** *Medical literature data concerning references associating obesity and diet components inducing risk for ED were collected trying to distinguish correlations of nutrition abuse to other risk factors for ED: depression, endothelial dysfunction and hypogonadism. Moreover, ED high risk nutriments and diets were compared to them with low risk. Finally, chocolate and alcohol consumption related to ED were evaluated.*

**RESULTS:** *Obesity depression and ED can be correlated each other ( $P<0.001$ ). Risk for ED in dyslipidemia ( $P<0.05$ ), in abdominal obesity ( $P<0.001$ ) and in depression ( $P<0.001$ ) has been noticed. Hypogonadism is also more frequent in obese ED than in normal weight men ( $P<0.001$ ). Red meal high intake enhances ED risk toward poultry ( $P=0.03$ ) and vegetables ( $P<0.01$ ). Mediterranean diet decreases ED risk ( $P=0.024$ ). Positive polyunsaturated acids/saturated acids ratio decrease also the ED risk ( $P<0.02$ ). A rational intake of chocolate and alcohol prevent ED ( $P<0.07$ ) due to the flavones, or to the sex-drive improvement and to a longer intercourse latency time respectively.*

**CONCLUSIONS:** *Psycho-social equilibrium together with obesity, red meal and saturated lipids avoidance, alongside vegetables high intake and a moderate alcohol and chocolate consumption can induce alimentary conditions for low risk of ED prevalence.*

## **TULBURĂRI ALE SEXUALITĂȚII LA FEMEILE DIAGNOSTICATE CU SCHIZOFRENIE**

### **SEXUAL DYSFUNCTION IN CHRONIC SCHIZOPHRENIC FEMALE PATIENTS**

**Ioana Micluția, Codruța Popescu, Rodica Macrea**

UMF Cluj-Napoca / University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca

**Introducere:** Tulburările de sexualitate sunt evidențiabile încă înainte de debutul schizofreniei dar devin realmente problematice după ani de terapie antipsihotică, în cronicitate.

**Obiective:** Examinarea unor aspecte variate ale sexualității femeilor diagnosticate cu schizofrenie cronică.

**Material și Metodă:** Au fost selectate 50 paciente diagnosticate cu schizofrenie cronică, tratate cu neuroleptice sau antipsihotice atipice, care au fost comparate cu 50 femei sănătoase cu vârste și educație similare. Subiecții au fost evaluați cu ajutorul următoarelor instrumente psihopatometrice: PANSS, UKU componentă pentru efecte sexuale secundare, GAF, female SDBQ, WHOQOL-BREF.

**Rezultate:** Subiecții vădesc o varietate de probleme în sfera experiențelor sexuale: hiposexualitate, insatisfacție cu viața intimă, abuzuri sexuale, utilizarea accidentală a contracepției, înalt conservatorism sexual. Atât pacientele tratate cu neuroleptice cât și cele tratate cu antipsihotice atipice acuză libido scăzut, anorgasmie, dismenoree, amenoree.

**Concluzie:** Investigarea directă și francă a sexualității la acest grup particular poate contribui la o mai optimă monitorizare a simptomelor psihopatologice, ținând cont și de aspecte de tolerabilitate, complianță la antipsihotice.

**Introduction:** The intensity of sexual dysfunctions, although present already at the onset, increases following long-term antipsychotic treatment.

**Objectives:** The examination of various aspects of sexuality in chronic female schizophrenic patients.

**Methods:** 50 female patients suffering from chronic schizophrenia were selected and treated with conventional and atypical antipsychotics. These patients were compared to 50 matched controls. Assessment tools: PANSS, UKU sexual side effects component, GAF, female SDBQ, WHOQOL-BREF.

**Results:** The patients displayed a range of characteristics in the field of sexual experience. These include hyposexuality and dissatisfaction with their sexual life. Many had also experienced sexual abuse, and few used contraception, thus indicating a high level of sexual conservatism. Subjects treated with neuroleptics as well as those treated with atypical antipsychotics revealed decreased libido, anorgasmia, dysmenorrhea, amenorrhea.

**Conclusion:** This direct investigation of sexuality in this particular group, could, in combination with the management of information, symptoms, and side effects, lead to long term acceptance of - and adherence to - antipsychotic medication by sexually active persons suffering from Schizophrenia. The overall quality of life of these individuals, as well as their general functioning, could thus be improved.

## NEBIDO – STUDIU DE CAZ

### NEBIDO – STUDY CASE

#### Cătălin Groza

Policlinica 2, Focșani

Am urmărit, timp de 2 ani, tratamentul cu Nebido la un pacient de 65 ani cu D.E. psihogenică situațională moderată, cu testosteron scăzut și fără contraindicații pentru tratament hormonal, care inițial răspunsese favorabil la inhibitori de PDE-5, și am constatat că terapia cu Nebido a dus la reducerea necesarului de inhibitor de PDE-5, îmbunătățirea calității vieții sexuale, a stării generale și a vieții de cuplu.

*We studied, for 2 years, a treatment with NEBIDO (undecanoate testosterone), in a 65 years old patient case, who had a moderate situational psychogenic Erectile Dysfunction plus a low level of testosterone concentration, without hormonal contraindication administration, and who had a good response at PDE-5 inhibitor treatment. The conclusion was that the treatment with NEBIDO diminish the necessary of PDE-5 inhibitor, grows the sexual satisfaction grade and the general status of the patient and upgrades the couple's life.*

## LUPTA DINTRE SEXE ÎN OPERA LUI WILHELM STECKEL ȘI PERSPECTIVA RELIGIOASĂ ASUPRA SEXUALITĂȚII CUPLULUI ÎN OPERA LUI MICHEL-PHILIPPE LAROCHE. COMPLEMENTARITATE ÎNTRU DIVERSITATE PENTRU CALITATEA VIEȚII

### COMPETITION BETWEEN SEXES ADDRESSED IN THE WORK OF WILHELM STEKEL AND RELIGIOUS PERSPECTIVE ON COUPLE SEXUALITY IN MICHEL-PHILIPPE LA ROCHE'S WORK. COMPLEMENTRITY IN FULL DIVERSITY FOR QUALITY OF LIFE

#### Alin Leș

Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj Napoca; Facultatea de Teologie Ortodoxă „Andrei Șaguna”, Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu; Institut des Hautes Etudes en Criminologie, Paris.

Când rostești cuvântul „sexualitate”, spui de fapt „bărbat și femeie”. Când „te apropii” cu lupa de sexualitatea bărbatului și a femeii din contemporaneitate, din perspectivă pluridisciplinară, găsești rămășițe

incontestabile ce-ți validează punctul de vedere.

În cazul de față așezăm la vedere o sexualitate văzută din tabere aparent opuse, dar pentru autor complementare: psihologie – medicină – psihanaliză versus teologie (ortodoxă). Că sexualității cuplului zilei de azi îi lipsește „mistica” ce ar propulsa-o pe un tărâm de cunoșcibilitate superioară și într-o zonă a introspecției de sine, ne-o va reaminti Wilhelm Stekel. Iar că, același cuplu, modern(izat), îi lipsește o „asemănare” a Chipului divin și niște principii spirituale (ce-ar putea valorifica, potența și ameliora/vindeca diverse simptome ce țin de sexualul comunicării și al comunicării sexualului, de o ontologie și deontologie marital-familială), vom afla prin intermediul operei lui Michel-Philippe Laroche.

Îmbinarea celor două puncte de vedere nu se vrea decât un argument documentat și susținut pentru o modernizare a calității vieții cuplului (familial) – astăzi, prin propria lui sexualitate.

*When one utters the word 'sexuality' one actually says 'man and woman'. When you get close to the sexuality of the modern man and woman through the magnifying lenses, from a multidisciplinary point of view, one finds undeniable remnants which render true one point of view.*

*In this present case, I was bringing into light a sexuality viewed from two apparently opposing perspectives, but for the author they are complementary: psychology – medicine – psychoanalysis versus theology (orthodox). Wilhelm Stekel will remind us of the fact that modern sexuality misses the "mysticism" which would otherwise propel it to a land of superior cognoscibility and into a region of self introspection. We will find out through the work of Michel-Philippe Laroche that the modern(ised) couple misses a 'resemblance' with the Divine appearance and some spiritual principles (which could otherwise enhance the value, empower and improve/heal different symptoms which belong to the sexual communication, to a marital – domestic ontology and deontology). The junction of the two points of view is but a documented argument which is supported in favour of a modernisation of the quality of the couple's life (domestic) – today -, through its own sexuality.*

## **PREVALENȚA TULBURĂRILOR DE DINAMICĂ SEXUALĂ LA PACIENȚII PSIHOTICI**

### **PREVALENCE OF SEXUAL DYNAMICS DISORDERS IN PSYCHOTIC PATIENTS**

**Mihai Bran, Ladea Maria, Oana Elena Bran**

Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia", București /  
Clinical Hospital of Psychiatry „Prof. Dr. Al. Obregia”, Bucharest

**Obiective:** Studiul de față își propune să evalueze prevalența tulburărilor de dinamică sexuală la pacienții psihotici tratați cu medicație antipsihotică.

**Material și metodă** - Studiul s-a desfășurat în cadrul Secției III a Spitalului Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia", București și a constat în administrarea chestionarului Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) modificat, varianta în limba română; la un lot de 47 de pacienți activi sexual, care prezentau diagnostic de Schizofrenie, Tulburare schizoafectivă sau alte tulburări psihotice. Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) este o scală ușor de folosit cu 5 itemi care cuantifică dorința sexuală, excitația, lubrefierea vaginală, erecția peniană, posibilitatea de a ajunge la orgasm precum și satisfacția orgasmului.

**Rezultate:** Pacienții au fost analizați în funcție de sex, vârstă, diagnosticul psihiatric, tratamentul antipsihotic administrat, scorul ASEX. 71% din pacienții incluși în studiu au fost bărbați și cel mai frecvent diagnostic a fost Schizofrenie (66%). S-a observat o mai mare prevalență a tulburărilor sexuale la bărbați (53%) decât la femei (35%). Pacienții tratați cu antipsihotice tipice prezintă disfuncții sexuale mai frecvente și mai severe decât pacienții tratați cu antipsihotice atipice. În afară de antipsihoticele depot care afectează mai frecvent și mai important funcția sexuală la femei, s-a observat că severitatea și frecvența tulburărilor sexuale este mai importantă la bărbați, indiferent de tratamentul antipsihotic primit.

**Concluzii:** Studiul prezent arată că tulburările de dinamică sexuală sunt frecvente la pacienții care primesc medicație antipsihotică pe termen lung și poate afecta negativ calitatea vieții acestora, precum și complianța la tratament.



**Objective:** This study aims to assess the prevalence of sexual dynamics disorders in psychotic patients treated with antipsychotic medication.

**Methods:** The study was conducted under Section III of the Hospital of Psychiatry "Prof. Dr. Al. Obregia ", Bucharest and was the administration of Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) questionnaire, Romanian Version in a group of 47 sexually active patients, who had a diagnosis of Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, or other psychotic disorders. Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) is an easy to use scale with 5 items quantifying sexual desire, excitation, vaginal lubrication / penile erection, ability to reach orgasm and satisfaction orgasm.

**Results:** Patients were analyzed according to sex, age, psychiatric diagnosis, antipsychotic treatment administered, ASEX score. 71% of patients analyzed were male and most frequent diagnosis was schizophrenia (66%). There was a higher prevalence of sexual disorders in men (53%) than in women (35%). Patients treated with typical antipsychotics have sexual dysfunction more frequent and severe than patients treated with atypical antipsychotics. Besides depot antipsychotics which affect most frequently and most important sexual function in women, it was observed that the severity and frequency of sexual disorders in men is more important, regardless of antipsychotic treatment.

**Conclusions:** The present study shows that sexual dynamic disorders are common in patients receiving long-term antipsychotic medication and may adversely affect their quality of life and treatment compliance.

#### ATELIER INTERACTIVE SESSION

### BRAHITERAPIA - ALTERNATIVĂ TERAPEUTICĂ PENTRU CANCERUL DE PROSTATĂ LOCALIZAT

#### BRACHITHERAPY – A THERAPEUTICAL ALTERNATIVE FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

##### Rădulescu Mihai

Facharzt für Urologie/Andrologie, Germania

Brahiterapia cu implant permanent de I-125 reprezintă o alternativă la radioterapia externă și la prostatectomia radicală în cazurile de cancer de prostată localizat; este un tratament bine tolerat de către pacienți, cu afectare urinară redusă, corelată cu volumul prostatei. Vă prezentăm 350 de cazuri. Afectarea redusă prin disfuncție sexuală și prin incontinență face ca această metodă să fie una interesantă, constituind o intervenție minim invazivă în cancerul localizat de prostată. În Ghidurile de Tratament din Germania pentru cancerul localizat de prostată, brahiterapia constituie indicația pentru tratamentul acestuia, fiind situată pe aceeași poziție cu prostatectomia radicală.

*Brachytherapy by I-125 permanent implant represents an alternative to external radiotherapy and to radical prostatectomy, in localized prostate cancer; it is a well tolerated treatment by patients, with a low urinary morbidity, correlated with the prostate volume. We are presenting 350 case.: The low morbidity regarding sexual dysfunction and incontinence make this method very attractive as a minimal invasive therapy in localized Prostate cancer. In the German Guidelines for the treatment of the localized prostate cancer, the brachytherapy is as indication for therapy of localized Cancer of the prostate designed as equal to Radical prostatectomy.*

**CALITATEA VIEȚII CA ARGUMENT DECIZIONAL AL OPȚIUNII TERAPEUTICE  
ÎN CANCERUL DE PROSTATĂ**

**THE QUALITY OF LIFE AS DECISIONAL FACTOR IN TREATMENT OPTIONS OF PROSTATE CANCER**

**Gabriel Kacsó<sup>1</sup>, Septimiu Istrate<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj, <sup>2</sup>Institutul Oncologic "Ion Chiricuță" Cluj / <sup>1</sup>University of Medicine and Pharmacy „Iulia Hațieganu”, Cluj; <sup>2</sup>Oncologic Institute „Ion Chiricuță”, Cluj

Diversitatea alternativelor terapeutice disponibile actualmente pentru cancerul de prostată, adaptate stadiilor locale incipiente, locoregional avansate sau metastatice, plasează pacientul într-o dramă a opțiunii. Discursul specialiștilor (urologi, radioterapeuți sau oncologi medicali) insistă adesea doar pe criteriul eficacității terapeutice, estompând potențialele complicații. Or, pentru terapii echivalente ca supraviețuire, tocmai diferențele de toxicitate clarifică decizia pacientului, în funcție de propriul sistem de valori.

Dominată de spectrul incontinenței sau retenției urinare, respectiv al impotenței sau toxicității ano-rectale, abordarea multidisciplinară modernă filtrează metodic iatrogenitatea prin chestionare complexe de calitate a vieții. Obținute prin autoevaluarea pacienților, ele reprezintă o măsură mai fidelă a percepției terapiilor noastre de către beneficiarii acestora, dincolo de comparații brute a unor rate de disfuncție erectilă sau incontinență urinară. Utilizarea tot mai frecventă, uneori nejustificată, a hormonoterapiei a adus în prim plan efecte adverse "marginalizate" până recent, precum sindromul metabolic sau osteoporoza.

Vor fi prezentate, comparativ cu prostatectomia, toxicitățile celorlalte metode ca monoterapii în intenție curativă, efectul iatrogen al asocierilor terapeutice, respectiv - în stadiile avansate - modalități de optimizare terapeutică în favoarea calității vieții, fără a prejudicia ratele de supraviețuire.

*The wide range of treatment alternatives available today in prostate cancer, suited for early stages, locoregional advanced or metastatic stages are pushing the patient into a torment of decision making. The specialists's advices (urologists, radiation oncologists and medical oncologists) are insisting upon the therapeutic efficacy criteria, blurring out the potential complications. However, for equivalent therapies in terms of overall survival, those toxicity differences are the ones who are clarifying the patient's decision accordingly to their own values system.*

*Loomed by incontinence, urinary retention, impotence and anal-rectal toxicity, the modern multidisciplinary approach is methodically assessing the iatrogenity by complex life quality questionnaires. Obtained by patient's self assessment, they represent a more accurate measure of our therapy perception by their beneficiary, beyond raw comparison rates of erectile dysfunctions or incontinence. The more frequent, sometimes unjustified use of hormonal therapy has brought in the scene adverse effects "marginalized" until recently, such as the metabolic syndrome or osteoporosis.*

*There will be presented - compared with prostatectomy - the toxicities of the other methods as single therapy with curative intent, the iatrogenic effect of therapeutic associations, and - in advanced stages - therapeutic optimization modalities to enhance the life quality without jeopardizing the survival rates.*

**CONFERINȚA ESSM – EDIȚIA A VI-A  
ESSM CONFERENCE – VITH EDITION**

**STILUL DE VIAȚĂ, SĂNĂTATEA ȘI PROBLEMELE UROLOGICE**

**LIFE STYLE, HEALTH AND UROLOGICAL PROBLEMS**

**Y. Reisman MD, PhD**

Urologist, Chairman Men's Health Clinic Network, The Netherlands

Starea de sănătate recunoaște din ce în ce mai mult importanța și influența stilului de viață și al factorilor de mediu asupra sănătății și a calității vieții. Există un interes crescând în promovarea sănătății și în prevenirea

bolilor. În ultimele decenii, s-a realizat o deviere în filozofia de tratament și de îngrijire a pacienților, cu obiectivul de a „adaugă viață anilor, nu doar ani vieții”. De asemenea, se acordă o mai mare atenție prevenției, deoarece prevenția este mai bună decât vindecarea. Întregul demers este unul atât individual, cât și unul de interes social (a se vedea economic).

În acest context, ne putem gândi la un număr de afecțiuni, cum ar fi: bolile cardiovasculare, bolile maligne, sănătatea mentală, sănătatea sexuală și accidente. Atât mortalitatea, cât și morbiditatea datorate acestor cinci domenii sunt mai mari la bărbat decât la femei.

În ultimele decenii, populația globului a fost într-un rapid regres numeric. Speranța de viață a bărbaților este în creștere. În 2000, 20% dintre bărbați aveau vârsta mai mare de 60 de ani, iar în 2025 ei vor constitui 25%. Bărbații trăiesc în medie cu 5 ani mai puțin decât femeile. Această diferență poate fi atribuită în principal faptului că bărbații acordă o atenție mai mică stării lor de sănătate. Femeile merg la medicul de familie mai frecvent decât bărbații. De asemenea, bărbații au un comportament care implică mai multe riscuri și duc un stil de viață mai puțin sănătos.

Specialitatea urologică își dedică eforturile stării de sănătate a bărbatului și problemelor pe care le pune bărbatul în vârstă. În mod special, pentru medicul urolog sunt de mare interes aspectele legate de îmbătrânirea endocrină și care determină simptome asociate cu tulburări de micțiune și de sexualitate.

În general, acestea nu sunt afecțiuni care pun în pericol viața, dar afectează calitatea vieții. Studiile recente din Olanda au arătat că 20% dintre bărbați suferă de LUTS și 13% prezintă disfuncție erectilă. Ambele afectări prezintă o creștere a prevalenței cu vârsta. Pacienții care se prezintă cu aceste acuze constituie 20-30% din activitatea practică a medicului urolog și se așteaptă ca adresarea pentru acest tip de probleme să crească. Se pare că mulți dintre bărbații de peste 50 de ani suferă de simptome determinate de deficitul androgenic, așa cum sunt astenia, lipsa de energie, forță musculară moderată, reducerea libidoului și disfuncție erectilă, toate asociindu-se îmbătrânirii endocrine.

În clinica de „Men’s Health”, sunt tratați bărbații în vârstă (LOH) și cei cu disfuncții sexuale. Este de asemenea posibilă detectarea precoce și posibilă prevenire a afecțiunilor cu risc vital. Factorii care joacă un rol important sunt: hipertensiunea arterială, intoleranța la glucoză, hiperlipidemia și obezitatea. La fel de importanți sunt modificările stilului de viață, cum ar fi fumatul, dieta și exercițiile fizice.

Deoarece conceptul unui tratament integrat al acestor probleme nu este suficient clarificat ca primă opțiune de tratament, medicul urolog are cunoștințele necesare în acest domeniu, existând nevoia unei îngrijiri specializate a bărbatului în vârstă.

*In healthcare there is a growing recognition of the importance and influence of lifestyle and environmental factors on health and quality of life. There is an increased interest in promoting health and preventing disease. In recent decades a shift was done in the philosophy of treatment and patient’s care with the aim of “Adding life to years and not just years to life”. Also more attention is paid to prevention because prevention is better than cure. The whole course is both of individual and of social interest (e.g. economic).*

*Within this framework we can think of a number of areas, namely: Cardiovascular diseases, Malignancies, Mental health, Sexual health and Accidents. Both the mortality and morbidity due to diseases in these five areas of attention is greater in men than in women.*

*The world’s population is rapidly declining in recent decades. The life expectancy of men is increasing. In 2000 20% of men were older than 60 years, in 2025 that will be about 25%. Men live on average 5 years less than women. This difference can mainly be attributed to the fact that men give less attention to their health. Women visit their family doctors more frequently than men. Also men showing in general more risk behavior, and use a less healthy lifestyle.*

*The specialty of Urology has a deep commitment to the health of the man and the problems of the aging man. Particularly, features that are related to hormonal aging lead to symptoms which are associated with micturition and sexuality are area of interest of the urologist.*

*These are in general not vital issues but can affect the quality of life. Recent research in the Netherlands showed that 20% of men suffer from LUTS and 13% have erectile dysfunction. Both complaints showed an increasing prevalence with increasing age. Patients with these complaints constitute 20 to 30% of the urological practice and the expectation is that demand for care around these problems will increase. It also appears that many men over the 50th years suffer from*

*androgen deficiency symptoms such as fatigue, lack of energy, moderate muscle strength, decreased arousal and erectile dysfunction which can be associated with endocrine aging.*

*In the "Men's Health Clinic", treatment for the aging man (LOH) and sexual dysfunction are offered. It is also possible to make early detection and possible prevention of life threatening diseases. Factors that play a role are: high blood pressure, blood sugar intolerance, hyperlipidemia and obesity. Also important are changes in lifestyle such as smoking, diet and physical activity.*

*As the concepts for integrated treatment of these problems are insufficiently clear in the first line of treatment, the urologist have the specific knowledge in this area and there is special need of specialized care around the aging male.*

**CONFERINȚA SOCIETĂȚILOR AFILIAȚE LA ESSM – EDIȚIA A II-A  
ESSM AFFILIATED SOCIETY'S CONFERENCE – II<sup>ND</sup> EDITION**

**MEDICINA SEXUALITĂȚII ÎN UNGARIA - TRECUT ȘI PREZENT**

**SEXUAL MEDICINE IN HUNGARY – PAST AND PRESENT**

**Ferenc Fekete, MD**

President of the Hungarian Society for Sexual Medicine

Se va face o trecere în revistă bogat ilustrată a istoriei medicinei sexuale din Ungaria.

Va fi de asemenea prezentată situația din acest domeniu, punându-se accent în special asupra chirurgiei genitale masculine, așa cum este protezarea peniană, tratamentul chirurgical al anomaliilor peniene, etc.

Vorbitorul va prezenta 20 de ani de experiență profesională personală în aceste operații.

*Short history of sexual medicine in Hungary will be presented with many pictures.*

*Present situation of the field is discussed with special accent on male genital surgery like penile prostheses, surgical treatment of penile deformities etc.*

*The speaker will present 20 years personal experience with these operations.*

**STATE OF THE ART LECTURE**

**DISFUNȚIA SEXUALĂ LA PERSOANELE CU DIABET ZAHARAT**

**SEXUAL DYSFUNCTION ÎN PERSONS WITH DIEBETES MELLITUS**

**Maria Moța**

UMF Craiova, Clinica de Diabet, Nutriție și Boli metabolice / University of Medicine and Pharmacy Craiova, Department of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases

Diabetul zaharat (DZ) este o afecțiune cronică, cu evoluție epidemică care afectează puternic morbimortalitatea și calitatea vieții. Omul este singura specie cunoscută la care funcția sexuală depășește jaloanele instinctuale, strict reproductive, și este validată prin aportul variabil al unei multitudini de componente fiziologice, psiho-neurale, cultural-educative, sociale și spirituale. DZ este recunoscut ca unul din principalii factori de risc în apariția disfuncției sexuale (DS), atât la bărbați cât și la femei. La femeile cu DZ, ea are o etiologie în principal psihogenă și interesează în special comportamentul sexual. Unele forme clinice, însă, sunt și consecința directă a DZ asupra alterării vaselor sanguine, inclusiv în zona perineo-genitală. La bărbații cu DZ, DS este reprezentată preponderent de disfuncția erectilă (DE). Ea are cauze organice în aproximativ 2/3 din cazuri. În plus, datorită mecanismelor multifactoriale comune, DE din DZ tip



2 și SM este considerată unul din cei mai importanți markeri ai RCV [Nowosielski K et al. Diabetes mellitus and sexuality – Does it really matters? J Sex Med 2010]. DS feminină reprezintă, un conglomerat de factori care concură la modificarea comportamentului și a nevoii de sexualitate, la nivelul de receptivitate și complianță la semnalele sexuale și, de asemenea, la integritatea morfologică și la fiziologia vulvo-vaginală. Definierea unilaterală a conceptului de DSF este complicată și de variabilitatea diferită a factorilor socio-culturali și/sau patogenetici care o compun. Ca atare, DSF este însumarea următoarelor condiții: scăderea dorinței sexuale (“hypoactive sexually desire disorder” sau female sexual desire dysfunction), disfuncția erogenă (female sexual arousal dysfunction), tulburarea aversivă, disfuncția orgasmică, disfuncția intromisională (dispareunie) și vaginismul. Acestea, într-un anumit context, condiționat de o cauză psihogenă sau organică, se manifestă, fiecare, unilateral sau preponderent [Basson R et al. Revised Definitions of Women’s Sexual Dysfunction. J Sex Med 2004]. Prevalența DSF în DZ este semnificativ mai crescută decât în populația feminină generală. Amploarea prevalenței este difil de estimat, întrucât auto-declararea acestei disfuncții din partea femeilor este mult inferioară comparativ cu a bărbaților. DZ a fost recunoscut statistic ca un factor de risc pentru DSF: 27% la femeile cu DZ indiferent de tip și numai 15% la cele fără diabet (Enzlin, 2002). Evaluarea DSF din DZ: anamneza, examenul clinic, autoevaluarea (chestionare: Indexul Funcției Sexuale Feminine; FSFI = Female Sexual Function Index) și evaluarea psihologică (Beck Depression Inventory: BDI), la care, evident, se adaugă evaluarea metabolică și screening-ul celorlalte complicații cronice, conturează diagnosticul și forma clinică. Evaluarea specifică DZ, cel puțin la cazurile de DZ tip 2, nu a evidențiat existența unor corelații între prevalența DSF și nivelul HbA1c, durata DZ sau IMC. De asemenea, nu s-au putut face corelații nici cu prevalența complicațiilor cronice ale DZ, cu toate că DSF se corelează totuși cu aglomerarea celorlalte complicații [Erol B et al. Sexual dysfunction in type II diabetic female: a comparative study. J Sex Marital Ther 2002;28(Suppl 1)]. O corelație semnificativă s-a putut stabili, însă, între prevalența DSF din DZ și depresie, prezența DSF la persoanele cu DZ și depresie (BDI) fiind mai mare de circa două ori. Vârsta, de asemenea, a determinat corelații pozitive cu DSF diabetică prin hipoactivitate sexuală (scăderea desire-lui) și cu diminuarea librefierii vaginale. În afară de consilierea specifică (psihologică și sexologică), de controlul metabolic și de educația specifică, nu există alt tratament consacrat în DSF din DZ. Disfuncția sexuală masculină (DSM) indusă de DZ este o complicație cronică apărută în ambele tipuri de DZ, însă cu particularități de debut, exprimare clinică și evoluție, caracteristice fiecăruia în parte. Chiar dacă modul de manifestare inițial și preponderent al DSM este reprezentat de disfuncția erectilă (DE), DSM ajunge să intereseze într-un timp variabil și dependent de evoluția echilibrului metabolic, toate componentele funcției sexuale: sex drive (desire), erogenitate (arousal), act sexual propriu-zis (satisfacție intromisională), funcție orgasmică și satisfacție generală, astfel încât la prezentarea la Cabinetele de Andrologie, Medicina Sexualității și Sexologie, 2/3 din cazuri au deja o disfuncție sexuală completă și complexă. Legat de DE indusă de DZ, investigațiile trebuie orientate în mod special spre măsurători caracteristice patologiei metabolice [Stühlinger MC et al. Relationship Between Insulin Resistance and an Endogenous Nitric Oxide Synthase Inhibitor. JAMA 2002]: evaluare glicemică; evaluarea Hb A1c; evaluare antropometrică; evaluare cardiovasculară; evaluarea funcției glomerulare; evaluare neurologică; evaluare oftalmoscopică. De asemenea, în managementul DE este recomandabil să se facă: evaluarea RCV (testarea toleranței la efort) [Lue TF, Montorsi F et al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunction in Men. J Sex Med 2004]; evaluarea riscului metabolic [Heruti RJ, Uri I et al. Erectile Dysfunction Severity Might be Associated with Poor Cardiovascular Prognosis in Diabetic Men. J Sex Med 2007]; evaluarea riscului microangiopat [Coca V, Hâncu N. Pharmacotherapy in Diabetes Induced Erectile Dysfunction. Brit Med J 2004].

DSM din DZ beneficiază de farmacoterapie cu beneficii clinice certe dar diminuate, comparativ cu persoanele fără DZ, din cauza intricării diverselor mecanisme patogenetice care generează DE și a posibilelor cauze metabolice, vasculare, neurologice, endocrine, urologice sau psihice, asociate sau, uneori, independente unele de altele.

*Diabetes mellitus (DM) is a chronic condition, with an epidemic evolution, strongly affecting morbimortality and quality of life. The human species is the only known one in which the sexual function goes beyond instinct, strictly reproductive*

boundaries, being validated through the variable contribution of numerous physiological, psycho-neural, cultural-educational, social and spiritual components. DM is known as one of the main risk factors for the emergence of sexual dysfunction (SD), both in men and women as well. In women with DM, it usually presents a psychogenic pathology and is oriented mainly towards the sexual behaviour. Some clinical forms, though, are the direct consequence of DM over the alteration of blood vessels, including the perineal/genital area. In men with DM, SD is mainly represented by the erectile dysfunction (ED). It has organic causes in approximately 2/3 of cases. Moreover, due to the common multifunctional mechanisms, ED in Type 2 DM and SD is considered one of the most important markers of CVR [Nowosielski K et al. Diabetes mellitus and sexuality – Does it really matters? *J Sex Med* 2010]. Feminine SD represents a conglomerate of factors that lead to alteration of the behaviour and need for sexuality, at the level of receptivity and compliance with sexual signals and, also, to the morphological integrity and vulvovaginal physiology. The unilateral definition of DSF concept is also complicated by the variability of socio-cultural and/or pathogenetic factors that compose it. Therefore, DSF represents the sum up of the following conditions: decrease of sexual desire (“hypoactive sexually desire disorder” or female sexual desire dysfunction), erogenous dysfunction (female sexual arousal dysfunction), aversive disorder, orgasmic dysfunction, intromission dysfunction (dyspareunia) and vaginism. All these, in a certain context, conditioned by a psychogenic or organic cause, unilaterally or mainly manifest themselves. [Basson R et al. Revised Definitions of Women’s Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2004]. Generally, MSD prevalence in DM is significantly higher than in women. The extension of the prevalence is difficult to estimate, because the self-delay of this dysfunction in some women is far inferior to that in men. DM has been statistically recognized as a risk factor for FSD: 27% in women with DM, irrespective of the type, and only 15% in those without diabetes (Enzlin, 2002). Evaluation of FSD from DM: anamnesis, clinical exam, self-evaluation (questionnaires: Female Sexual Function Index; FSFI = Female Sexual Function Index) and psychological evaluation (Beck Depression Inventory: BDI), to which is obviously added the metabolic evaluation and screening of other chronic complications, leading to a diagnosis and clinical form. Specific evaluation for DM, at least in cases of Type 2 DM, did not point out the existence of some correlations between the FSD prevalence and the HbA1c level, DM duration or BMI. Also, there could not be made correlations with the prevalence of chronic complications of DM, although FSD is still correlated with the agglomeration of all the other complications [Erol B et al. Sexual dysfunction in type 2 diabetic female: a comparative study. *J Sex Marital Ther* 2002;28(Suppl 1)]. A significant correlation could be established between the prevalence of FSD from DM and depression, the presence of FSD in persons with DM and depression (BDI) being approximately twice higher. Age, also, has determined positive correlations with diabetic FSD through sexual hypoactivity (desire decrease) and diminishing of vaginal lubrication. Besides specific counselling (psychological and sexological), metabolic control and specific education, there is no other well-known treatment in FSD from DM. Male sexual dysfunction (MSD) induced by DM represents a chronic complication seen in both types of DM, but with particularities of debut, clinical expression and evolution for each one. Even if the initial and main manner of MSD manifestation is represented by the erectile dysfunction (ED), MSD will come to a general interest in a variable time, depending on the evolution of the metabolic balance, to all sexual components: sex drive (desire), erogeneity (arousal), sexual act (intromission satisfaction), orgasmic function and general satisfaction, in such way that when coming to Consultories of Andrology, Sexuality Medicine and Sexology, 2/3 of cases already have a complete and complex sexual dysfunction. Regarding ED induced by DM, the investigations must be oriented especially towards characteristic measures for metabolic pathology [Stühlinger MC et al. Relationship Between Insulin Resistance and an Endogenous Nitric Oxide Synthase Inhibitor. *JAMA* 2002]: glycemic evaluation; Hb A1c evaluation; anthropometric evaluation; cardiovascular evaluation; glomerular function evaluation; neurological evaluation; ophthalmoscopic evaluation. Also, in the management of ED, it is recommended: CVR evaluation (testing effort tolerance) [Lue TF, Montorsi F et al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunction in Men. *J Sex Med* 2004]; metabolic risk evaluation [Heruti RJ, Uri I et al. Erectile Dysfunction Severity Might be Associated with Poor Cardiovascular Prognosis in Diabetic Men. *J Sex Med* 2007]; microangiopathic risk evaluation [Coca V, Hâncu N. Pharmacotherapy in Diabetes Induced Erectile Dysfunction. *Brit Med J* 2004].

Persons with SD and DM benefits from pharmacotherapy with real, but low, clinical benefits, in comparison to persons without DM, due to the intrication of various pathogenetic mechanisms that generate ED and to possible metabolic, vascular, neurological, endocrine, urological or psychological causes, associated or, sometimes, independent one from another.

CURS I – SALA ATLAS  
LECTURE I – ATLAS HALL**HIPERANDROGENIA – IMPIETAREA SEXUALITĂȚII FEMININE****HYPERANDROGENEMIA – FEMALE SEXUAL FUNCTION IMPAIRMENT****Dana I. David**

UMF Timișoara / University of Medicine and Pharmacy Timișoara

Androgenii ovarieni și suprarenaleni feminini sunt esențiali în determinarea stării de bine, a tonusului general și emoțional, a calității vieții cotidiene. Aceiași androgeni condiționează libidoul, la nivel de fantezii, dorințe și act. Inițiativa, receptivitatea la activități sexuale, capacitatea de recunoaștere a stimulilor este determinată de acest fapt.

Sindromul de ovar polichistic interesează o proporție importantă din populația feminină activă. Este caracterizat prin cicluri anovulatorii, traduse prin tulburări de ciclu menstrual, hiperandrogenie clinică și biochimică, precum și infertilitate. Peste 80% din aceste femei sunt supraponderale.

În ciuda nivelului mare de androgeni, în mod paradoxal sexualitatea acestui grup de paciente este modificată. Apare o scădere a stimei de sine, o modificare a imaginii de sine, în parte determinată de hipertricoză, supraponderalitate. De asemenea, femeile se simt mult mai inatractive decât sunt percepute în realitate de anturaj. Acest exemplu este unul foarte elocvent prin care se înțelege că sexualitatea este mai mult decât rezultatul homeostaziei hormonale.

*Ovarian and adrenal sexsteroids are very important determinants of the general well beeing, emotional and general status quo, QAL. The same androgens influence the libido, desire, in all three compartments: dreams, phantasies, sexual activities. The capacity of recognising stimuli as sexual, initiative and responsivness are all androgen dependent.*

*PCOS affects a significant proportion of sexual active females. The diagnostic of PCOS comprises: anovulatoru cycles, clinical and/or biochemical hyperandrogenia and infertility. Over 80% of cases are overweight. Despite the increased level of androgens, the sexuality of these patient is altered: decrease of self perception, change in the body image, signs of hyperadrogenia and consequences of increased body weight.*

*This is one of the most eloquent examples of knowing and understanding sexuality beyond hormonal milieu.*

CURS II – SALA HERA  
LECTURE II – HERA HALL**IMPACT PSIHOLÓGIC ÎN BOLILE CRONICE****THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF CHRONIC DISEASES****A. Isacu, N. Calomfirescu, A. V. Manu-Marin, G. Dospra, D. Dragomir,  
C. Pleșa, C. Belinski, M. Neamțu**

Ideea de boală a precedat-o pe cea de sănătate. Abia după ruperea unui echilibru a fost posibilă conștientizarea valorii pe care o au capacitățile care asigură funcționarea individului în raport cu sine și cu mediul înconjurător.

Odată cu apariția primului episod de boală din viață, omul își însușește și teama de disconfort și tendința (uneori excesivă) de a-și proteja bunăstarea fizică și psihică. El vrea să-și apere acest patrimoniu cu orice preț și prin toate mijloacele posibile.

De aici a rezultat, pe de o parte, direcția prevenției și a comportamentelor sanogene, dar, pe de altă parte, direcția preocupărilor excesive pentru starea de sănătate, alterându-se pregnant echilibrul psihologic al persoanei. Cu toate acestea, continuă să existe în mediul medical două tendințe extreme: pe de o parte, o atitudine biologizantă, cu accent pus exclusiv pe versantul organic, atât în diagnostic, cât și în tratament, iar pe de altă parte o atitudine psihologizantă, în special în rândul psihologilor care nu caută să își însușească informații medicale, dar și în rândul unor medici care, fie din incapacitatea decelării unei cauze organice, fie din comoditate, transferă toată „vina” asupra psihicului.

În lucrarea de față am încercat să surprindem impactul pe care bolile cronice îl au asupra echilibrului psihologic al individului și modul în care este modificată calitatea vieții acestor pacienți.

Analiza noastră s-a axat asupra a patru categorii de boală: bolile cardiovasculare, bolile cerebrovasculare, tumorile și patologiiile coloanei vertebrale.

Încercăm, totodată, prin această lucrare să atragem atenția asupra dimensiunii psihologice care însoțește organicitatea și sperăm să venim astfel în ajutorul practicianului în demersul său diagnostic și terapeutic, având ca beneficiar final, bineînțeles, pacientul.

*The idea of health was preceded by the one of disease. Only after breaking a balance, the value of the capabilities ensuring the individual functioning became possible.*

*Along with the first episode of disease in his life, the man learns the fear of discomfort and the tendency (sometimes excessive) to protect his physical and psychological well-being. He wants to defend this patrimony by any cost and through all means.*

*That's where the direction of prevention and sanogenetic behaviors started, but, on other hand, the direction of excessive concerns on the health status, that deeply alter the psychological balance of the person.*

*There still continue to exist in the medical environment two extreme tendencies: an extreme biologic attitude, with emphasis on organicity, both in diagnostic and in therapy, and an extreme psychological approach, especially among the psychologist with no medical knowledge, but also among some physicians which blames it all on the mental factor.*

*In this paper we intended to observe the impact of the chronic diseases on the psychological balance of the individual and the way the quality of life of these patients is affected.*

*Our analysis focused on four categories of disease: cardiovascular diseases, cerebrovascular diseases, tumors and spinal pathologies.*

*We are also trying to draw attention on the psychological dimension that accompanies organicity and we intend to give a hand to the practitioner in his diagnose and therapeutics, having as a final beneficiary the patient.*

**CURS III – SALA ATLAS  
LECTURE III – ATLAS HALL**

## **EJACULAREA PRECOCE: DE LA FIZIOPATOLOGIE LA TRATAMENT**

### **PREMATURE EJACULATION: FROM PHYSIOPATHOLOGY TO THERAPY**

**Radu Mihalca\*, Nicolae Calomfirescu**

\*Centrul Medical Academica; Spitalul M.A.I. "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București /

\*Academica Medical Center; „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Bucharest

Ejacularea precoce este între 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. În timp ce forma primară ar putea fi cauzată de o hipoactivitate cronică a sistemului serotoninergic, forma secundară este frecvent asociată cu alte condiții patologice precum disfuncția erectilă, prostatita sau hipertiroidismul. Tratamentul ejaculării precoce se divide în terapie sexologică și farmacologică, aceasta din urmă având în prim plan terapia locală



cu preparate pe bază de Lidocaină/Prilocaină și terapia orală cu inhibitori selectivi ai recaptării Serotoninei, între care Dapoxetina reprezintă primul medicament cu indicație specifică în tratamentul ejaculării precoce.

*Premature ejaculation 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. Whereas the lifelong form may be determined by chronic hypoactivity of the serotonergic system, the acquired form is often associated with other conditioning diseases such as erectile dysfunction, prostatitis or hyperthyroidism. Treatment of premature ejaculation is divided in sexual and pharmacological therapy, the latter being focused on the use of topical therapy with Lidocaine/Prilocaine containing medications and oral therapy with selective Serotonin re-uptake inhibitors, among which Dapoxetine represents the first officially approved medication for premature ejaculation.*

**CURS IV – SALA HERA**  
**LECTURE IV – HERA HALL**

## **FACTORI DE RISC ÎN ACTIVITATEA MEDICALĂ**

### **THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF CHRONIC DISEASES**

**Felicia Steliana Popescu, Felicia Stroe**

Institutul Național de Sănătate Publică

Munca este unul dintre cei mai importanți factori de sanogeneză, de generare și menținere a sănătății la un nivel calitativ superior. Afirmatia este valabilă cu condiția ca munca să corespundă particularităților anatomice, fiziologice și psihice ale angajatului.

SCOPURILE MEDICINEI MUNCII - Să contribuie la protecția angajaților împotriva oricărei lezări a sănătății lor care ar putea rezulta din munca lor, din cauza condițiilor de muncă în care angajații își desfășoară activitatea profesională. Să contribuie la menținerea, în cel mai înalt grad posibil, a bunei stări fizice, psihice și sociale a angajaților.

Noxe profesionale sunt nu numai factorii condiției de muncă care determină, favorizează sau agravează starea de boală, ci și acei factori ai condiției de muncă care scad capacitatea de muncă. Factorii de risc sunt: agenți chimici, agenți fizici, agenți biologici, munca în schimburi alternante, ortostatism prelungit, suprasolicitare neuro-psihică.

În activitatea medicală, există o multitudine de factori de risc identificați, de regulă pe tip de activitate, profesie, loc de muncă, post de muncă. Se ține seama de: activitatea de laborator, medicina fizică și de recuperare, lucru cu surse de expunere la radiații ionizante, activitatea curativ-profilactică (chirurgie, secții de boli interne, pneumoftiziologie, boli infecțioase, dermatologie, secție psihici, anestezie-terapie intensivă, centre de recoltare produse biologice).

Ca medic de medicina muncii consider că principalele riscuri sunt:

1. suprasolicitare neuropsihică prin: a. responsabilitate; b.încărcătură emoțională la pierderea unui pacient; c.relații interumane posibil dificile; d. turnover mare de pacienți
2. risc de contaminare biologică
3. suprasolicitare osteomusculoarticulară.

*Work is one of the most important factors sanogeneză, generation and maintenance of health at a higher quality level. Statement is valid provided that work to meet the specifics anatomical, physiological and mental fitness of the employee.*

*Occupational health purposes: to help protect employees against any damage to their health that might result from their work because of working conditions in which employees carry out their work and to help maintain the highest degree possible, good physical, mental and social workers.*

*Occupational risk factors are not only working conditions that determine, promote or worsen disease status but also the factors of working conditions that reduce work capacity. Risk factors may be: chemical agents, physical agents, biological agents, working in alternating shifts, orthostatism extended neuro-psychological strain.*

*In medical activities there a lot of risk factors identified, usually by type of activity, profession, work place. Shall take into account: laboratory work, physical medicine and rehabilitation, working with sources of exposure to radiation, curative and prophylactic activities (surgery, internal diseases clinics, infectious diseases, dermatology, mental ward, intensive care).*

*As occupational physician I believe that the main risks are:*

- 1. neuropsychological overload by: a. responsibility; b. emotional load due to loss of a patient; c. possible difficulties in relationships; d. turnover of the patients*
- 2. biological contamination risk*
- 3. Musculo-skeletal overloading.*

**MARȚI, 13 APRILIE 2010**

**COMUNICĂRI  
PODIUM SESSION**

### **LOIALITATE INCONȘTIENȚĂ SAU EXPERIENȚE DE VIAȚĂ?**

#### **UNCONSCIOUS LOYALTY OR LIFE EXPERIENCES?**

**Carmen Ragea**

Logos

Ce anume determină apariția dispareuniei ca tulburare somatoformă? Studiul de caz își propune să abordeze această problemă din perspectivă psihologică. Clienta în vârstă de 26 ani acuză o serie de simptome ce nu puteau fi relaționate cu o boală fizică particulară. Analiza genogramei și a istoriei de viață au adus în lumină o loialitate inconștientă a clienței față de mama sa și bunica maternă. În plus, experiențele sexuale neplăcute au marcat semnificativ sexualitatea clienței. Conștientizarea, resemnificarea și restructurarea conflictului intrapsihic au condus la diminuarea efectelor tulburării somatoforme și la stimularea dezvoltării psiho-sexuale în vederea îmbunătățirii calității vieții.

*What causes dispareunie as a somatoform disorder? The case study aims to approach this issue from a psychological perspective. The client female, age of 26 years, accused symptoms which could not be related to a particular physical illness.*

*Through the genograma and life history analysis we discovered an unconscious loyalty to her mother and maternal grandmother. Furthermore, the hurting sexual experiences significantly influenced the client's sexuality. Awareness, reaching a new meaning and reorganization of the intrapsychic conflict led to the diminution of somatoform disorder effects and to the stimulation of psycho-sexual development in order to improve the quality of life.*

### **CAUZELE MASCULINE ALE INFERTILITĂȚII ȘI DISFUNȚIILE SEXUALE**

#### **MALE INFERTILITY AND SEXUAL DYSFUNCTION**

**Radu Mihalca<sup>1</sup>, Nicolae Calomfirescu<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centrul Medical Academica; <sup>2</sup>Spitalul M.A.I. "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București /

<sup>1</sup>Academica Medical Center; <sup>2</sup>„Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Bucharest

Infertilitatea, definită drept imposibilitatea de a obține o sarcină după un an de raporturi sexuale neprotejate, afectează circa 15% din cupluri. Un factor masculin izolat sau asociat cu un factor feminin

este implicat în aproape jumătate din cazuri. Cauzele cele mai importante ale infertilității masculine sunt varicocelul, infecțiile urogenitale, factorii imunologici, cauzele dobândite, patologiiile genetice și disfuncțiile endocrine, dar la 30-75% din bărbați nu poate fi găsită nici o etiologie. Numeroși autori citează o asociere între infertilitate și disfuncții sexuale, dar caracteristicile psihosociale ale cuplurilor infertile ce caută un consult psihologic sunt puțin cunoscute. Studii de sinteză arată că infertilitatea poate afecta aproape toate aspectele psihologice ale unei persoane: încrederea în sine, relația cu partenera, satisfacția de viață, buna dispoziție și relațiile sociale. Infertilitatea este asociată cu o reducere a activității sexuale și această reducere tinde să crească pe măsură ce sporește numărul anilor de infertilitate. Bărbații din cuplurile infertile prezintă o funcție sexuală și o satisfacție a vieții sexuale semnificativ reduse față de cuplurile fertile de control, prezentând în mod frecvent și aspecte clinice asemănătoare deficitului de hormoni androgeni. Este corect de acceptat că nevoia unei consilieri psihologice pentru cuplurile ce rămân involuntar fără copii va crește în următorii ani, și acest fapt se datorează în parte folosirii cât mai frecvente a tehnicilor de reproducere asistată.

*Infertility, defined as the inability to conceive after one year of unprotected intercourse, affects approximately 15% of couples. A male factor is implicated alone or in conjunction with a female factor in up to half of these cases. Major causes of male infertility are varicocele, urogenital infections, immunological factors, genetic abnormalities, endocrine disturbances and other acquired factors, but between 30-75% of men don't have any known aetiology. Many authors cite an association between infertility and sexual dysfunction, but little is known about the psychosocial characteristics of infertile couples seeking psychological help. Comprehensive reviews show that infertility can affect nearly all psychological aspects of a person's life, such as self-esteem, partnership, life satisfaction, mood and social relations. Infertility is associated with decreased sexual activity and the decrease appears to increase as the number of childless years grows. Male partners of infertile couples report significantly worse sexual function and satisfaction compared to fertile control couples, and increased rates of androgen deficiency type complaints. It is fair to assume that the need for psychosocial counselling for involuntarily childless couples will increase in the coming years and this is partly due to the increasing recourse to reproductive treatment.*

## DUREREA PELVINĂ CRONICĂ ȘI SINDROMUL VEZICII DUREROASE; VALOAREA TRATAMENTULI CU CYSTISTAT

### CHRONIC PELVIC PAIN AND PAINFUL BLADDER SYNDROME; THE VALUE OF CYSTISTAT BLADDER INSTILATIONS

**A. Manu-Marin, L. Teodorescu, C. Belinski, N. Calomfirescu**

Spitalul M.A.I. "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București / „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Bucharest

**Introducere:** Sindromul dureros pelvin cronic reprezintă durerea pelvină recurentă sau persistentă asociată cu simptome urinare, intestinale sau sexuale; o patologie clară sau o infecție nu pot fi dovedite. Cistita Interstițială/Sindromul Vezicii Dureroase (CI/SVD) este definită ca durerea sau disconfortul resimțit la nivel suprapubian sau genital ce se intensifică pe parcursul umplerii vezicii și care se însoțește de urinare frecventă.

**Obiective:** De a evalua efectul instilațiilor cu Cystistat (hyaluronat de sodiu) asupra durerii suprapubiene resimțite de pacienții cu CI/SVD, iar ca obiectiv secundar a fost urmărită frecvența micțiunilor și volumele medii urinate.

**Metodă:** Studiu observațional, pe o perioadă de 12 săptămâni, cu evaluare lunară a nivelului durerii cu scară analogică vizuală (VAS) și a calendarului micțional.

**Material:** Pacienți între 18-60 ani cu simptome de CI/SVD de > 1 an, cu cistoscopie sugestivă de CI/SVD, fără operații urologice în antecedente și fără antecedente neurologice. Pacienții au efectuat instilații săptămânale cu Cystistat, 8 săptămâni; au reținut substanța în vezică > 1 oră.

**Rezultate:** Am înrolat 16 pacienți (perioada de înrolare 6 luni), 14 femei, 2 bărbați. Vârsta medie a fost 33 ani. Au efectuat toate cele 8 instilații 14 pacienți (14 femei, 2 bărbați). Valoarea medie (mean) a VAS a fost

la înrolare 8,5, după prima lună a scăzut la 5 iar după a doua lună la 2,5 ( $p < 0,0001$ ), scor ce s-a menținut la o lună după încheierea tratamentului (valoare mean a VAS=3). Calendarul micțional a arătat scăderi ale frecvenței urinărilor și creșteri ale volumelor medii urinate dar fără semnificație statistică.

**Concluzii:** Terapia instilațională cu Cystistat a îmbunătățit semnificativ durerea resimțită de pacienții cu CI/SVD.

*Pelvic pain syndrome (CPPS) is the occurrence of persistent or recurrent episodic pelvic pain associated with symptoms suggestive of lower urinary tract, sexual, bowel or gynaecological dysfunction. IC/PBS is defined as pain or discomfort related to bladder filling associated with frequency. Our objective was to evaluate the effect of weekly Cystistat bladder instillations (8 weeks of treatment) on pain of the patients with IC/PBS. The evaluation was done using a VAS scale. A number of 16 patients were enrolled (14 did the full 8 week treatment). Mean VAS at enrollment was 8.5 and mean VAS at 8 week was 2.5 ( $p < 0.0001$ ). No significant change was seen on urinary frequency.*

## **INCONTINENȚA URINARĂ ÎN TIMPUL ACTULUI SEXUAL LA FEMEIE**

### **URINARY INCONTINENCE DURING SEXUAL INTERCOURSE; ANALYSIS OF A SMALL SERIES OF WOMEN**

**A. Manu-Marin, C. Belinski, N. Calomfirescu**

Spitalul M.A.I. "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București, Clinica de Urologie /  
„Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Urology Clinic Bucharest

**Introducere:** Incontinența urinară în timpul actului sexual este descrisă rar de pacienți și nu are o cauză ușor evidențiable. Prezentăm o serie mică, de trei pacienți și soluția oferită acestora.

**Material și Metodă:** Un număr de trei pacienți cu vârste de 48, 56, 57 ani s-au prezentat la consultații acuzând pierderi de urină în timpul contactului sexual. Calendarul micțional a evidențiat urinări cu volume mici. Reziduul postmicțional, 3 determinări, a fost mereu  $> 150$  ml (180, 210, 280 ml, mediile celor trei determinări pentru fiecare pacientă). Una din pacienți avea prolaps genital și urina cu jet întrerupt, celelalte două nu aveau o cauză evidentă a reziduului. Toate au fost antrenate să efectueze autosondaj o dată pe zi, seara.

**Rezultate:** Pierderea de urină în timpul actului sexual a dispărut. Cele două pacienți fără prolaps au avut un reziduu în scădere, reușind să renunțe după 2 luni la autosondaj.

**Concluzii:** Reziduul posmicțional netratat afectează dinamica urinării și dinamica sexuală.

*Introduction: Urinary incontinence during sexual intercourse has multiple causes and residual urine is one of them.*

*Material and Method: A small series of three female patients with urinary incontinence during intercourse was investigated by bladder diary, clinical exam and ultrasound. One had genital prolapse. All three had post void residual urine  $> 150$  ml. Clean Intermittent Catheterisation, once a day, was proposed and taught to all these patients.*

*Results: All had no more leakage during sexual intercourse and the two patients with no genital prolapse improved in terms of post void residual, so that catheterisation was discontinued after two months.*

## **INTERRELAȚIA CONSULT UROLOGIC - DZ - HIPOGONADISM**

### **INTERRELATION BETWEEN UROLOGICAL EVALUATION - DIABETES MELLITUS -LATE ONSET HYPOGONADISM (LOH)**

**C. Belinski, A. Manu-Marin, N. Calomfirescu**

Spitalul M.A.I. "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București, Clinica de Urologie /  
„Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Urology Clinic Bucharest



**Obiective:** Evaluarea prezenței hipogonadismului secundar la pacienți cu DZ ce s-au prezentat pentru o consultație pur urologică.

**Material și metodă:** Într-o perioadă de 4 luni au fost evaluați 37 de pacienți diabetici, 12 până în 50 de ani și 25 peste 50 ani. S-au utilizat pentru evaluare: examenul clinic, PSA, ecografie aparat urinar, chestionarul AMS, nivelul testosteronului total și SHBG și ultima evaluare a medicului diabetolog. Toți acești pacienți NU s-au prezentat pentru probleme legate de medicina sexualității!

**Rezultate:** 10 hipogonadici în lotul de pacienți diabetici, 2 sub 50 de ani și 8 peste 50 de ani.

**Concluzii:** Incidența crescută a hipogonadismului secundar la pacienții diabetici; pacienții nu discută dacă nu-s întrebați dar nici doctorii nu urmăresc această problemă. Pacienții nu sunt informați despre tratamentul hormonal. Nu toți au dorit tratament, după informare prealabilă.

**Objective:** To evaluate the presence of LOH to the patients with diabetes mellitus who came for urological evaluation.

**Material and method:** During a 4 month period we evaluate 37 patients with diabetes mellitus, 12 less than 50 years old and 25 over 50 years old. Our evaluation included: clinical exam, PSA, AMS questionnaire, urinary ultrasound, total testosterone, SHBG and an evaluation from diabetologist. These patient didn't come for sexual dysfunctions!

**Results:** 10 patients with LOH, 2 of them less than 50 years old and 8 over 50 years old.

**Conclusions:** Higher prevalence of LOH to diabetes patients. Neither doctors or patients are interested by the problem. There is not enough information for the patients, regarding this problem. Not all the patients choose to treat their LOH.

## VIAȚA DUPĂ PROSTATECTOMIA RADICALĂ ASISTATĂ ROBOTIC

### SEXUAL LIFE AFTER ROBOTIC PROSTATECTOMY

**C. N. Manea, R. Maxim, N. Crișan, B. Feciche, D.V. Stanca, Ioana Hirișcău, I. Coman**

Centrul de chirurgie robotică, Spitalul Clinic Municipal Cluj / *Robotic Surgical Center, Clinical County Hospital, Cluj*

**Obiectiv:** Obiectivul principal al acestui studiu este acela de a compara rezultatele funcționale ale pacienților cu cancer prostatic clinic localizat, pentru care s-a practicat prostatectomia laparoscopică asistată robotic (RALP).

Datorită evoluției tehnologiei, minim invazivitatea și preservarea funcției erectile sunt caracteristici pe care intervențiile chirurgicale asistate robotic le realizează cu succes. Abilitatea de a menține erecții satisfăcătoare este un țel important al terapiei patologiei prostatice.

**Material și metodă:** Studiul a inclus pacienții diagnosticați cu cancer prostatic localizat (T1c-T2b) care au optat pentru terapie chirurgicală. Primele 10 cazuri de prostatectomie laparoscopică asistată robotic au fost evaluate prospectiv, pe parcursul a minim 5 luni postoperator. Evaluarea preoperatorie a inclus nivelul PSA, scorul internațional al simptomatologiei prostatice (IPSS) și investigarea funcției sexuale (IIEF). S-a ținut de asemenea cont de bolile asociate.

**Rezultate:** Nerve-sparing-ul bilateral și unilateral s-a efectuat la 7, respectiv 3 dintre pacienți. La 5 luni postoperator, 6 pacienți (60%) au constatat modificări minime ale funcției erectile, iar 4 pacienți (40%) au prezentat DE moderată. Pacienții cărora li s-a efectuat nerve-sparing unilateral prezintă un grad de disfuncție erectilă (documentată prin scăderea scorului IIEF) mai accentuat decât cei la care s-a practicat nerve-sparing bilateral.

**Concluzii:** Funcția erectilă post-intervenție chirurgicală este un criteriu important pentru pacienți, atunci când optează pentru o anumită tehnică terapeutică. În era chirurgiei robotice, succesul tehnicii de nerve-sparing este direct proporțional cu acuratețea selecției pacienților. Pacienții cu o funcție erectilă bună preoperator sunt cei care beneficiază de nerve-sparing prin RALP și totodată cei la care sunt obținute cele mai bune rezultate în ceea ce privește funcția erectilă.

**Objective:** Our main objective is to compare the functional results of patients with clinically localized prostate cancer treated by robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP). As technology evolves, robots can both improve performance in minimally invasive procedures and preserve erectile function. The ability to maintain satisfactory erections is an important posttherapeutic goal.

**Materials and methods:** Men with clinically localized prostate cancer (T1c-T2b), who choose surgical treatment were included in our study. We have prospectively evaluated the outcome of the first 10 cases of robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy with a minimum of 5 months follow-up. Patients have undergone a thorough preoperative evaluation including serum PSA testing, an international prostate symptom score (IPSS) and a sexual function inventory (IIEF). We also recorded information about other co-morbidities.

**Results:** Bilateral and unilateral nerve-sparing was performed on 7 cases and 3 cases, respectively. At 5 months postoperatively, 6 men (60%) reported minimal effects on erectile function. Four of the patients (40 %) had moderate ED within 5 months postsurgery. Patients who have undergone unilateral nerve sparing radical prostatectomy have a decrease in IIEF score than bilateral nerve sparing procedure cases.

**Conclusion:** Erectile function after prostate surgery is an important criteria for patients who choose a certain treatment modality for prostate cancer. In the era of robotic surgery the success of the nerve-sparing technique remains the accurate selection of patients. Patients with good preoperative erectile function are those who benefit from nerve-sparing RALP. This is the situation when best results are achieved when it comes to erectile function.

## **IMPACTUL TERAPIEI HIFU ASUPRA FUNCȚIEI ERECTILE LA PACIENȚII CU CANCER PROSTATIC**

### **THE IMPACT OF HIFU THERAPY ON SEXUAL FUNCTION OF PROSTATIC CANCER PATIENT**

**C. N. Manea, R. Maxim, Z. Mihaly, C. Giurgiu, Carmen Lăpușan, Ioana Hirișcău, I. Coman**  
Centrul HIFU, Clinica Endoplus Cluj Napoca / HIFU Center, Endoplus Clinic, Cluj-Napoca

**Obiectiv:** Scopul studiului nostru este acela de a evalua funcția erectilă la pacienții cu cancer prostatic clinic localizat (CaP), la care s-a practicat de primă intenție terapia cu high-intensity focused ultrasound (HIFU).

Disfuncția erectilă (ED) este frecvent o consecință a terapiei cancerului prostatic, care afectează semnificativ calitatea vieții pacientului.

**Materiale și metodă:** Între iunie 2009 – februarie 2010, 36 de pacienți cu cancer prostatic au fost tratați cu HIFU Sonablate 500, sub anestezie generală, iar evoluția post terapeutică a fost monitorizată pe parcursul a minim 9 luni. Evaluarea preoperatorie a inclus completarea Indicelui Internațional al Funcției Erectile (IIEF/ IIEF-5).

**Rezultate:** Intervenția chirurgicală nu a fost grevată de complicații intraoperatorii. S-au monitorizat Qmax în ml/s, IIEF-5 și Scorul Internațional al Simptomelor Prostatice (IPSS). Nouă pacienți (25%) au fost excluși din studiu, datorită necesității terapiei hormonale (5/9) și datorită dezvoltării stricturilor uretrale (4/9). Douăzeci și unu de pacienți (78%) nu au prezentat modificări ale funcției sexuale după terapia HIFU și 6 pacienți (22%) au acuzat disfuncție erectilă postoperatorie ușoară/moderată.

**Concluzii:** Această tehnică inovatoare conferă chirurgului urolog avantajul preciziei microchirurgicale necesare prezervării structurii delicate a etajului pelvic. Terapia HIFU pare a fi o alternativă terapeutică atractivă pentru pacienții care doresc să-și păstreze funcția erectilă intactă. Rezultatele noastre demonstrează eficacitatea acestei tehnici, precum și o rată scăzută a morbidității aferente ei.

**Objective:** To evaluate erectile function following primary treatment with high-intensity focused ultrasound (HIFU) for clinically localized prostate cancer (CaP). Erectile dysfunction (ED) represents a common quality-of-life issue of any treatment used for prostate cancer, including HIFU.

**Materials and methods:** From June 2009 to February 2010, with a minimum of 9 months follow-up, 36 patients with prostate cancer were treated through Sonablate 500. General anesthesia was performed in all the cases included in the study. All patients were preoperatively evaluated by International Index of Erectile Function (IIEF/IIEF-5).

**Results:** No complications were reported during treatment. The results were evaluated for changes in the peak flow rate (Qmax in ml/s), simplified IIEF-5 and International Prostate Symptom Score (IPSS). Nine patients (25%) were excluded from the study due to receiving hormonal therapy (5/9) or because they developed a urethral stricture (4/9). Twenty-one patients (78%) expressed satisfaction with their current sexual function after HIFU therapy and 6 patients (22%) complained of postoperative mild/moderate erectile dysfunction.

**Conclusion:** This new technology has the potential to equip the urologist with the microsurgical precision needed to preserve the delicate structural of the pelvic floor in order to improve functional results without compromising the oncological outcome. The option of HIFU may be more attractive to the patient who wants to avoid posttherapy ED. Our results demonstrated the efficacy and low-associated morbidity of HIFU.

## ROBOTICA MEDICALĂ ÎN TEHNICA CHIRURGICALĂ MODERNĂ

### MEDICAL ROBOTICS IN MODERN SURGERY

**Ioana Hirișcău, Ioan Coman**

Centrul de chirurgie robotică, Spitalul Clinic Municipal Cluj / *Robotic Surgical Center, Clinical County Hospital, Cluj*

Apariția și dezvoltarea roboticii în aplicații chirurgicale a fost determinată din două puncte de vedere: primul, în vederea compensării deficiențelor care apar ca rezultat al oboselii operatorului (atenție, precizie, memorare, aducerea în prezent a memoriei experimentale) și, al doilea, de a se folosi de performanțele actuale ale informaticii, procesoricii și actuatoricii din domeniul mecatronicii moderne.

Actualmente, tendința de utilizare a roboților se află într-o creștere explozivă în toate domeniile actului chirurgical: chirurgia pe creier, protezele inteligente, implanturile de proteze, dozarea automată a insulinei pentru diabetici, valvele cardiace, etc.

Trei entități esențiale ale comportamentului uman - senzorică, procesorică și actuatorică - sunt realizate, prin robotizare, cu mijloace sintetice aproximând prin acestea, în măsură din ce în ce mai pronunțată, calitățile inteligenței umane.

Dacă nivelul roboticii contemporane astăzi implică, încă, prezența la comandă a operatorului, se întrevide că, nu peste mulți ani, actul operator să se realizeze în mod automat, ceea ce impune necesitatea unor mutații în curricula pregătirii profesionale a medicilor care lucrează în domeniu.

*The appearance and development of medical robotics in surgical interventions was determined by two main viewpoints: firstly, in order to compensate the deficiencies that come up as a result of the surgeon's weariness (attention, precision, memorising, advancing experimental memory), and secondly, in order to make use of the current developments in information technology, respectively processing and actuators in the field of modern mechatronics.*

*At present, we can talk about an enormous increase in the number of robots used in all surgical fields: brain surgery, intelligent prostheses, automatic insulin dosage for diabetics, heart valves, and so on.*

*Three essential entities of human behaviour, the sensoric, the processing and the actuatoric one, are achieved through robotization, by artificial means, managing to approximate the qualities of human intelligence more and more.*

*The level of contemporary robotics implies the presence of the surgeon as controller, however it is now foreseeable that in a few years the surgical act will be achieved automatically. This development will obviously imply a comprehensive change in the professional training of doctors working in this field.*

**CONSUMATORII DE DROGURI ȘI COMPORTAMENTUL SEXUAL  
(MAREA BRITANIE)**

**DRUGS CONSUMERS AND SEXUAL BEHAVIOR**

**Mihai Copăceanu**

MSc student (Master of Science in Clinical and Public Health Aspects of Addiction –Institute of Psychiatry, King's College London)

**OBIECTIVE:** Descrierea comportamentului sexual și a riscurilor asociate ale consumatorilor de droguri din cluburi (recreaționali) și compararea cu datele Studiului Național de Atitudini Sexuale și Stilul de Viață în UK (NATSAL-2000).

**METODE:** Completarea de chestionare trimise prin poștă sau prin intermediul internetului. Chestionarul cuprinde întrebări despre consumul de psihostimulante, cannabis și halucinogene și despre riscurile comportamentului sexual (infecții cu transmitere sexuală). Studiul a obținut aprobarea Comisiei de Etică a IoP (KCL). Participanții (n=1.105, vârsta între 16-44 de ani, 696 (63.6%) bărbați și 398 femei) au fost selectați la întâmplare și au fost rugați să completeze și să trimită prin poștă sau online chestionarul completat integral. Datele au fost analizate cu ajutorul programului SPSS.

**REZULTATE:** Consumatorii de droguri din cluburi sunt mult mai activi din punct de vedere sexual, au mai mulți parteneri (noi și simultan) în comparație cu populația generală. Rata sexului vaginal sau anal neprotejat este foarte mare și îngrijorătoare (80% bărbați și 90% femei). Această categorie prezintă și un număr ridicat al infecțiilor cu transmitere sexuală (Chlamydia, negi genitali). Tinerii între 25-34 de ani prezintă o medie a numărului de parteneri mai mare decât cei cuprinși între 16-24. Comparativ cu bărbații, femeile între 16-24 ani au raportat un număr mai mare de parteneri decât bărbații de aceeași vârstă.

**CONCLUZII:** Consumatorii de droguri din cluburi au un stil de viață deosebit asociat cu un pronunțat risc al sănătății sexuale. De aceea este necesară intensificarea acestor tipuri de cercetări, realizarea unor programe și strategii educaționale, de prevenție și tratament. În mod simplu, clinicienilor le este recomandat să facă o evaluare în detaliu a comportamentului sexual.

**OBJECTIVES:** Describing the sexual behavior and the risks related to club drugs and comparing with data from the National Survey on Sexual Attitudes and lifestyle in the UK (NATSAL-2000).

**METHODS:** Completing the questionnaires sent by mail or via the Internet. The questionnaire includes questions about consumption of psycho stimulant, cannabis and hallucinogens and the risks of sexual behavior (sexually transmitted infections) The study was approved by the Ethics Committee of IOP (KCL). Participants (n = 1.105, aged 16-44 years, 696 (63.6%) t men and 398 women ) were selected randomly and were asked to complete and send by mail or online questionnaire fully completed. Data were analyzed using SPSS programme.

**RESULTS:** Drug users in the clubs are more sexually active, have more partners (new and simultaneously) unlike the general population. The rate of unprotected vaginal or anal sex is very high and worrying (80% men and 90% women). This category also shows a high number of sexually transmitted infections (Chlamydia, genital warts).

Average number of sexual partners for young people aged 25-34 is higher than for those aged 16-24 years old. Compared with men, women between 16-24 years reported a greater number partners than men the same age.

**CONCLUSIONS:** Drug users in clubs have a increased risk of sexual health because of their different lifestyle. This is why it is necessary to increase these types of research, achieving educational programs and strategies for prevention and treatment. The easy way is a detailed evaluation of sexual behavior.



ATELIER  
INTERACTIVE SESSION

## FIZIOTERAPIA PELVIPERINEALĂ LA FEMEI

## PELVIC PHYSIOTHERAPY FOR WOMEN

**Bary Berghmans**

Organizational director of the Pelvic care Center Maastricht, Maastricht University Medical Center, Maastricht, The Netherlands

Pelvic physiotherapy for urinary incontinence and female sexual dysfunction, such as dyspareunia and vaginismus, includes lifestyle interventions, behavioural techniques and counselling, physical therapies, scheduled voiding regimes and continence devices. Within each category there may be a number of single therapies. Single physical therapies are pelvic floor muscle training (PFMT), with or without the adjunct of biofeedback, electrical stimulation, magnetic stimulation and vaginal cones. Lifestyle intervention might address obesity, constipation, excessive physical forces and stress related factors. Sometimes interventions may be used as stand alone therapies for urinary incontinence and sexual dysfunction. Mostly combinations of interventions are used in clinical practice, such as a combination of PFMT with biofeedback or electrical stimulation for urinary incontinence or a combination of relaxation exercises for the pelvic floor and behavioural counselling for dyspareunia.

According to the International Consultation of Incontinence (ICI 2009), women with symptoms of urinary incontinence should be offered a supervised and suitably intensive PFMT program as a first-choice therapy. For urinary incontinence high quality RCTs, also with long term follow up, have shown long-term effects of training and effects of training on quality of life. Up to now, for sexual dysfunction not many RCTs can be identified showing the efficacy of conservative management for this kind of health problems.

The aim of the two presentations is to give evidence for the use of pelvic physiotherapy in the treatment of urinary incontinence and in female sexual dysfunction, to provide practical recommendations and to discuss possible strategies to improve adherence and implementation of pelvic physiotherapy for women.

DEZBATERE  
DEBATE

## ROLUL PSIHOLOGULUI ÎN CREȘTEREA CALITĂȚII VIEȚII SEXUALE

## THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST FOR INCREASING THE QUALITY OF SEXUAL LIFE

**Diana Lucia Vasile**

Psihoterapeut

Lucrarea prezintă studii de caz care subliniază cele mai importante arii și modalități prin care psihologul poate fi de folos pacienților și clienților care doresc să își îmbunătățească viața sexuală. Am pus în evidență intervențiile terapeutice eclecticice prin care se pot aborda dificultățile sexuale și/sau cele de cuplu, precum și posibilele colaborări între medici și psihologi privind comunicarea diagnosticelor și propunerea tratamentelor.

*This paper presents case studies to emphasise the most important areas and ways through which the psychologist can help patients and clients who wish to improve their sexual life. We described the eclectic therapeutic interventions useful to approach sexual difficulties and-or the couple ones, and also the possible collaboration relationships between the doctors and psychologists regarding communication of diagnosis and treatment.*

# NEBIDO®



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



*Terapia cu testosteron - reducerea rezistenței la insulină și îmbunătățirea controlului glicemic<sup>1</sup>*

**Nou**

Nebido® (testosteron undecanoat)  
O singură administrare menține nivelul optim al  
testosteronului până la 14 săptămâni<sup>2</sup>

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

#### Bibliografie

1. D Kappor1,3, 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: carcinoamele androgen-dependente de prostată sau de glandă mamară a bărbatului; tumori hepatice actuale sau în antecedente; hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Reacții adverse:** cea mai frecventă reacție adversă observată a fost durerea la locul 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 membrilor inferioare, artralgi, 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 Sumarul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv specialiștilor din domeniul medical.



Din nou în formă

## SIBIU



Așezat în inima țării, la răscruce de drumuri, Sibiul închide sudul Transilvaniei, asemenea unei fortărețe, pe care timpul nu a reușit niciodată să o distrugă. Începuturile Sibiului se pierd în negura vremurilor. Cert rămâne faptul că, primele pagini ale cronicii orașului se leagă de coloniștii sași, chemați aici de regii unguri, care doreau să-și consolideze stăpânirea asupra Transilvaniei.

Cetatea Sibiului sau Hermannstadt-ul cum s-a impus în conștiința europenilor a fost, dintotdeauna cel mai important centru al populației germane din Transilvania. Sibiul este, în fapt, cea mai de seamă rezervație de arhitectură națională, nu atât în ceea ce privește întinderea cât mai ales în privința bogăției și complexității urbanistice precum și a elementelor arhitecturale păstrate. Ceea ce face ca acest județ să fie unul special este centrul istoric al acestuia, imaginea a 8 secole de istorie, fortificații medievale, clădiri renașcentiste, palate în stil baroc și o rețea impresionantă de muzee și biserici din Transilvania, bine conservate și cu arhitecturi extrem de diversificate - de la biserici simple, cu creneluri până la cele foarte complexe, înconjurate de ziduri de fortificare.

În acest context nu e de mirare că Sibiul a fost, de-a lungul istoriei, scena de desfășurare a nenumărate premiere din spațiul românesc: prima farmacie (1494) , prima bibliotecă (1300) , primul spital (1292) , prima librărie (1778) , prima manufactură (1788) , primul spital de neuropsihiatrie, primul paratrăznet, primul ziar (1852) , primul tramvai electric (1904) respectiv cel mai mare muzeu în aer liber (Muzeul Civilizației Tradiționale Populare-ASTRA) din sud-estul Europei.

Numit Capitala Culturală Europeană în 2007, astăzi, Sibiul își atrage turiștii nu numai prin farmecul său medieval ori prin șarmul irezistibil al vieții sale culturale ci prin arta gastronomică rafinată care reunește într-un misterios creuzet tradiția milenară daco-romană și influențele exercitate de-a lungul veacurilor de popoarele stabilite pasager sau definitiv pe aceste meleaguri.

*Located in the heart of the country at the crossroads, the city of Sibiu borders the southern Transylvania, like a fortress, that time failed to destroy. Sibiu beginnings are lost in the mists of time. What remains as a fact is that the first pages of the City Chronicle are bind to the Saxon settlers, brought here by the Hungarian kings, who wanted to consolidate their ruling over Transylvania.*

*Sibiu Citadel/fortress or Hermannstadt, as it remained in the mind of Europeans, was always the most important center of the German people in Transylvania. Sibiu is in fact the main national architectural reservation, not so much in regard to the extent as in the richness and complexity of urban and architectural elements retained. What makes this county even more special is its historical center which has 8 centuries of history, medieval fortifications, Renaissance buildings, Baroque palaces and an impressive network of museums and Transylvanian Churches, that are generally well preserved and extremely diverse in their architecture – from simple churches with crenels and arrow holes to very complex ones surrounded by multiple fortification walls.*

*In this context/perspective it is no wonder that Sibiu was, through history, the scene for various premiers within the Romanian space: the first pharmacy (1494), the first library (1300), the first hospital (1292), the first book store (1778) the first manufactory (1788), the first neuropsychiatric hospital, the first lightning, the first newspaper (1852), the first electric tram (1904), the largest open air museum (The Museum of Traditional Folk Civilization-ASTRA) in southeastern Europe. Also called the Capital of European Culture in 2007, today Sibiu attracts tourists not only by his medieval charm or by its irresistible fascination of the cultural life, but through the refined gastronomic art that brings together in a mysterious crucible the influence of The Daco-Romana millenary tradition which was left behind over the centuries by people who was passing by or who settled for good in these areas.*



## **O CĂLĂTORIE CULTURALĂ PRIN SIBIU** A CULTURAL TRIP THROUGH THE TOWN OF SIBIU



### **PODUL MINCIUNILOR**

PIAȚA MICĂ

Este primul pod de fontă de pe teritoriul actual al României, realizat în 1859, acesta asigurând accesul în cetate dinspre Orașul de Jos. Legendele legate de numele podului spun că acesta scârțâia la fiecare minciună spusă de cei care treceau pe el, amenințând să se rupă sub „greutatea” unei minciuni mai mari.

### **THE BRIDGE OF LIES**

SMALL SQUARE

Built in 1859, it is the first cast iron bridge on the nowadays territory of Romania, ensuring the access from the central fortress towards the lower Town. Legends related to the name of the bridge say that it made a screaming sound at every lie said by those crossing it, threatening to break under the “weight” of a bigger lie.

### **PALATUL BRUKENTHAL**

PIAȚA MARE NR. 4 - 5

Este unul dintre cele mai însemnate monumente în stil baroc din Transilvania, a fost construit pentru a-i servi guvernatorului, baronul Samuel von Brukenthal drept reședință oficială, dar și pentru a adăposti colecțiile sale de artă. Palatul găzduiește în prezent Muzeul Național Brukenthal, unul din cele mai importante muzee de artă din România.

### **THE BRUKENTHAL PALACE**

NO. 4-5, LARGE SQUARE

It is one of the most significant Baroque style monuments in Transylvania and it was built to serve the governor, Baron Samuel von Brukenthal, as the official residence but also with the purpose of sheltering his art collection. The Palace is now the site of the Brukenthal national Museum, one of the most important art museums in Romania.



### **TURNUL SFATULUI**

PIAȚA MARE NR.1, (INTRARE PIAȚA MICĂ)

Este unul dintre cele mai cunoscute monumente ale orașului Sibiu. Are acest nume deoarece în imediata apropiere a turnului se afla vechea primărie a Sibiului, menționată în documente la 1324. Turnul a avut diverse întrebuințări, de la depozit de cereale la punct de observație a incendiilor, închisoare sau chiar muzeu de științe naturale la mijlocul sec. XVIII.

### **THE COUNCIL TOWER**

NO. 1, LARGE SQUARE (entrance from the Small Square)

It is one of the well known monuments of Sibiu. Its name is due to the fact that the old City Hall of Sibiu, mentioned in documents in 1324, is situated next door. The tower had various uses, from a storage house for cereals to an observation deck for fires, a jail house and even a museum of natural sciences at the middle of the 18<sup>th</sup> century.



**TURNUL SCĂRILOR**

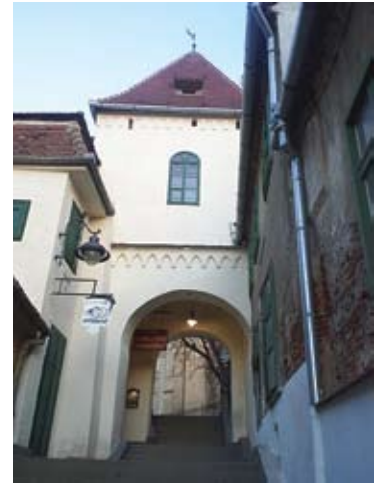
PIATA HUET, NR. 3

Construit în secolul XIII, este unul dintre cele mai vechi edificii din Sibiu. Forma actuală datează din 1542. La primul nivel, turnul prezintă o trecere boltită prin care se ajunge la scările care fac legătura dintre „Orașul de Sus” și „Orașul de Jos”.

**THE STAIRS' TOWER**

NO. 3, HUET SQUARE

Built in the 13th century, it is one of the oldest edifices in Sibiu. Its present day form dates from 1542. The tower presents at the first floor an arched passage way leading towards the stairs connecting the "Upper Town" with the "Lower Town".

**MUZEUL CIVILIZAȚIEI POPULARE TRADIȚIONALE ASTRA**

CALEA RĂȘINARI, SIBIU

Situat în Pădurea Dumbrava, Muzeul Civilizației Populare Tradiționale ASTRA un circuit expozițional de 10 km, fiind singurul muzeu în aer liber din Sibiu. Muzeul adăpostește monumente originale reprezentative ale sistemului de valori ale civilizației tradiționale rurale din România. Puteți descoperi gospodării aduse din diferite zone ale țării și reconstruite aici, interioare de locuit păstrate în forma originală, cu obiecte de uz casnic și decorative, ateliere meșteșugărești, biserici de lemn, troițe, hanuri, un pavilion de joc, o poșpicărie și un scrânciob.

**THE ASTRA MUSEUM OF TRADITIONAL FOLKLORIC CIVILIZATION**

RĂȘINARI STREET, SIBIU

Situated in the Dumbrava Forest, the ASTRA Museum of Traditional Folkloric Civilization offers a 10 kilometers exhibition circuit, being the only open-air museum in Sibiu. The museum hosts original monuments representative for the value system of rural traditional civilization in Romania. You may discover here households brought from various regions of the country and rebuilt here, interiors preserved in their original form, with household and decorative objects, craftsmen's workshops, wooden churches, crucifixes, inns, a pavilion for playing, a skittle-alley and a seesaw.

Continuați-vă apoi plimbarea și nu vă sfiți să deschideți porți vechi, să descoperiți culoare de trecere misterioase și stradele înguste, mirosind a trecut și istorie. Opriți-vă apoi să luați cina la una din terasele din Piața Mică, într-o atmosferă calmă. Explorați alene un oraș bătrân și îmbibați-vă de paradoxala lui tinerețe și de cea a oamenilor ce-l locuiesc.

Veți descoperi încă multe lucruri care vă vor convinge încă o dată că ați făcut alegerea cea mai bună poposind la Sibiu.

Continue your walk and dare to open old gates, discover mysterious passage ways and the narrow streets which release the scent of the past and that of history. Stop and have dinner in one of the open-air terraces in the Small Square, in a peaceful atmosphere. Take your time in exploring an old city and absorb its paradoxical youth, which also characterizes its inhabitants. You will discover many other interesting sights which will strengthen your belief that you made the right choice in coming to Sibiu.





**ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA  
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA**

# **A XI-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ**

## **"NECUNOSCUTELE TINEREȚII"**



[www.amsr.ro](http://www.amsr.ro)

**10 -12 APRILIE 2011  
CLUJ-NAPOCA**



10  
ani



pfizer

de sexualitate împlinită

**VIAGRA®**



Pfizer România SRL

Splaiul Independenței nr. 179, sector 5, 050099, București, România  
Telefon: +40 21 207 28 00, Fax: +40 21 207 28 01



După mii de ani,  
bărbații și femeile  
au regăsit  
BUCURIA  
de a TRĂI



# Viața fără disfuncție erectilă?

- Cialis® redă încrederea în sine și spontaneitatea actului sexual<sup>1</sup>
- Eficacitate și fermitate a erecției nedepășite<sup>2</sup>
- Eficacitate inegalabilă de până la 36 de ore<sup>3</sup>
- Barbații și partenerii lor preferă Cialis®<sup>2</sup>



RO-C-AC-08-Nov-04  
Noiembrie 2008

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



**Mai aproape de o viață fără DE**