



info MEDICINA SEXUALITĂȚII



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE

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

-sănătatea sexuală feminină și masculină-



Rețineți data!

17-18-19 Octombrie 2014, București

EDITORIAL

Dragi prieteni,
Doamnelor și Domnilor

Extrem de greu, după un travaliu dificil și cu multe momente tensionate, A.M.S.R. 2013 a devenit realitate.

Președinta Conferinței și Comitetele au stat mult timp în cumpănă – facem / nu facem, reușim / nu reușim, abandonăm / nu abandonăm.

Având în vedere reducerea suportului financiar al companiilor în contextul actual, ne-am decis să renunțăm la o jumătate de zi de conferință, împreună cu reducerea și altor cheltuieli de organizare, pentru a nu crește taxa de participare la valoarea unui salariu minim pe economie.

Mă bucur că echipa a reușit să definitiveze organizarea și programul, iar ceea ce s-a întâmplat anul acesta se suprapune perfect unei dezice prefigurată de Lică Coca – **“Tărie – Năzuință – Toleranță”**, ceea ce de fapt se-ntâmplă la A.M.S.R.

Vă invit să participați la al XIII – lea A.M.S.R și vă rog să rețineți și **data 17-18-19 octombrie 2014, la București, A.M.S.R. XIV.**

Considerați-vă invitați să contribuiți și să participați.

Mult bine vă doresc,

Nicolae Calomfirescu
Președinte A.M.S.R.

CUPRINS

Editorial.....	pag	3
Premiile AMSR	pag	5
Conferințele AMSR	pag	6
AMSR XIII	pag	7
Program AMSR XIII	pag	11
Invitați străini	pag	14
Vineri, 12 aprilie	pag	16
Sâmbătă, 13 aprilie	pag	24
Index autori	pag	36

COLEGIUL DE REDACȚIE

Editor Șef

Simona Fica

Redactori Adjuncți

Voichița Mogoș; Nicolae Calomfirescu

Membri

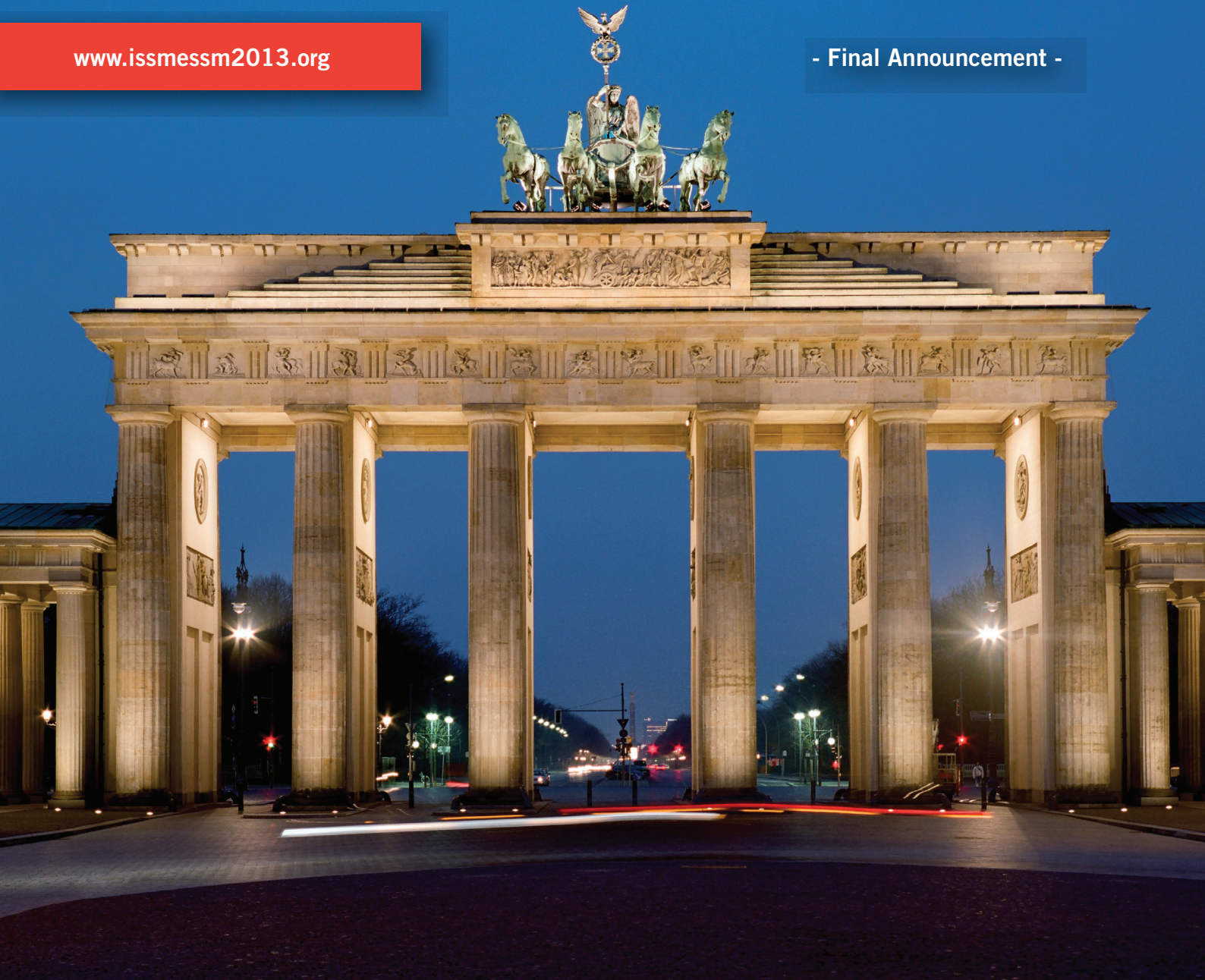
Vasile Coca; Augustin Cambosie;
Ioan Coman; Dan Gaiță; Maria Moța;
Cătălina Poiană; Florin Tudose

Secretariat Tehnic

Camelia Lățea
office@amsr.ro

www.issmessm2013.org

- Final Announcement -



Photography: Julia Jungfer

21 – 23 June 2013
InterContinental Hotel
Berlin - Germany

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PROSTATE, ANDROGENS AND MEN'S SEXUAL HEALTH



Jointly shared by the
International and European
Societies for Sexual Medicine



DISFUNȚIA SEXUALĂ FEMININĂ ÎN POSTMENOPAUZĂ
Dana Stoian



CORELAȚIA DISFUNȚIEI ERECTILE - LUTS ÎN POPULAȚIA MASCULINĂ CU VÂRSTA PESTE 50 DE ANI
Dan Porav-Hodade



COMPLICAȚIILE OPERAȚIILOR PENTRU HIPOSPADIAS; DISFUNȚIILE SEXUALE ȘI ROLUL CHIRURGIEI RECONSTRUCTIVE URETRALE LA ADULTUL TÂNĂR
Valentin Voinescu



CE SPUN FEMEILE DESPRE VIAȚA LOR SEXUALĂ
Cătălin Belinki



TRAUMĂ ȘI SEXUALITATE
Diana Vasile



CAZUL PIDEO
Carmen Ragea



CAUZELE MASCULINE ALE INFERTILITĂȚII ȘI DISFUNȚIILE SEXUALE
Radu Mihalca



EVALUAREA DISFUNȚIILOR SEXUALE LA PACIENȚII ONCOLOGICI TRATAȚI PRIN CHIMIOTERAPIE, RADIOTERAPIE ȘI/SAU CHIRURGIE ONCOLOGICĂ
Carmen Țintilă



PROTEZA PENIANĂ SPECTRA: EXPERIENȚA NOASTRĂ
Valentin Voinescu

Începând cu anul 2011, premiul A.M.S.R poartă numele unui mare sprijinitor al sexologiei și al asociației, Dl. Prof. Dr. EUSEBIU ZBRANCA, plecat dintre noi în 2010.



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

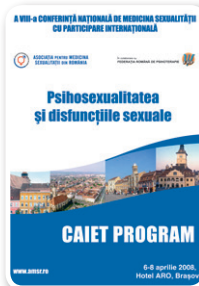
Președinte: Psiholog
Dr. Aurora Liiceanu



2007 - Timișoara

Disfuncțiile sexuale feminine, o problemă de cuplu

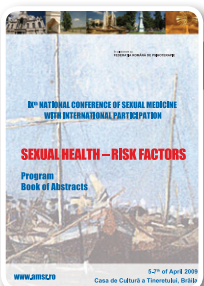
Președinte:
Conf. Dr. Dan Gaiță



2008 - Brașov

Psihosexualitatea și disfuncțiile sexuale

Președinte: Psiholog
Dr. Augustin Cambosie



2009 - Brăila

Sănătatea sexuală - Factori de risc

Președinte:
Prof. Dr. Florin Tudose



2010 - Sibiu

Interrelația: Boală - Sexualitate - Calitatea vieții

Președinte: Prof. Asoc.
Dr. Nicolae Calomfirescu



2011 - Cluj-Napoca

**8-10 Aprilie 2011
Grand Hotel Napoca**

Președinte: Dr. Vasile
Coca, MD, MS, SHPh



2012 - București

**20-22 Aprilie 2012
Hotel Capital Plaza**

Președinte:
Dr. Cătălin Belinski



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE

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

Președintele Conferinței
Cătălina Poiană



12-13 APRILIE 2013

HOTEL CARO BUCUREȘTI

Bld. Barbu Văcărescu 164 A
Sector 2, București



Partener principal



GlaxoSmithKline

Parteneri

SODIMED



Leading Light for Life



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



ZENTIVA
Part of the sanofi-aventis group

STORZ MEDICAL



Parteneri media



VIATA
MEDICALA

Pharma Business

Organizatori

VAN TOUR
AGENȚIE DE TURISM

BMP.advertising

www.amsr.ro



Cuvânt înainte

Dragi colegi,

Sunt onorată să fiu Președinta celei de-a XIII-a Conferințe Naționale de Medicina Sexualității din România. În al 13-lea an de la înființare, așa cum a devenit deja o tradiție, AMSR vă invită la o întâlnire incitantă, care abordează o tematică generoasă din disfuncția sexuală masculină și feminină.

Conferința va fi structurată în întâlniri cu experții, mese rotunde, ateliere interactive, state of the art lectures, dar și postere științifice cu prezentări orale și simpozioane satelit.

Societatea noastră se confruntă cu permanente provocări și noi trebuie să lucrăm împreună pentru a le face față cu soluții creative și productive. Colegii noștri din comunitatea medicală așteaptă de la AMSR excelență în domeniul sănătății sexuale, a diagnosticului patologiei sexualității, și a abordărilor terapeutice, dar în același timp, poziții de consens, oportunități educaționale, vizibilitate și colaborări internaționale.

Pentru a putea răspunde acestor așteptări conducerea AMSR este dedicată menținerii profesionalismului, a respectării standardelor în domeniul medicinei sexualității, precum și a asigurării unei permanente informări științifice, susținută de performanță.

Urez succes lucrărilor Conferinței AMSR și vă așteptăm cu drag!

Cătălina Poiană
Președintele Conferinței

Dear Colleagues,

I am honored to be President of the XIIIth National Conference of Sexual Medicine in Romania.

In the 13th year of existence, AMSR is inviting you to an exciting meeting, with a generous theme, addressing male and female sexual dysfunction.

The conference will be structured as it follows: expert meetings, roundtables, workshops, interactive sessions, state of the art lectures, scientific posters with oral presentations and satellite symposia.

Our society faces ongoing challenges and we must work together to meet them with creative and productive solutions. Our colleagues from the medical community expects from AMSR excellence in sexual health, sexual pathology diagnostic and therapeutic approaches, but at the same time, consensus positions, educational opportunities, visibility and international collaborations.

In order to meet these expectations, AMSR leadership is committed to maintaining professionalism and to respect standards of sexual medicine and to ensure permanent scientific information, sustained by performance.

I wish success to all the scientific papers of AMSR Conference and you are welcome!

*Catalina Poiana
President of the Conference*

COMITETE *Committees*

PREȘEDINTE CONFERINȚĂ: *Poiană Cătălina*
Conference President

COMITET DE ORGANIZARE:
Organizing A.M.S.R. Committee

Președinte / President:

Membri / Members:

Poiană Cătălina

Bârdan Răzvan

Belinski Cătălin

Mihalca Radu

Stoian Dana

Macovei Cristina (Vantour)

Verdeș Cristina (BMP Advertising)

Lățea Camelia (A.M.S.R.)

COMITET ȘTIINTIFIC:

Scientific Committee:

Calomfirescu Nicolae

Cambosie Augustin

Coca Vasile

Coman Ioan

Fica Simona

Micluția Ioana

Mogoș Voichița

Poiană Cătălina

Tudose Florin

Vasile Diana

Detalii organizatorice

Primirea participanților

Cea de-a XIII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională se desfășoară în București, Hotel Caro, în perioada 12-13 aprilie 2013.

Limba oficială

Limba oficială este româna. Conferința ESSM, va fi susținută în limba engleză.

Înregistrarea participanților

Toate materialele Conferinței se găsesc la Secretariatul Conferinței, în foaierea sălii de conferință.

Programul Secretariatului:

Vineri, 12 aprilie, orele 11.00-18.00

Sâmbătă, 13 aprilie, orele 08.00-17.00

Expoziția medicală

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

Vineri, 12 aprilie, orele 13.00-19.00

Sâmbătă, 13 aprilie, orele 08.00-17.00

Educație Medicală Continuă și Premii

Cea de-a XIII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională este creditată cu 11 credite EMC. Diplomele de participare vor fi distribuite sâmbătă, 13 aprilie, la Secretariatul Conferinței. Premiul "Eusebiu Zbranca" va fi acordat pentru cea mai bună lucrare științifică și va consta în taxă de participare și cazare gratuite la cea de-a XIV-a Conferință Națională a A.M.S.R. (București 2014) pentru primul autor. Câștigătorul va fi anunțat la Închiderea lucrărilor, sâmbătă, 13 aprilie, ora 19.00.

Detalii tehnice pentru vorbitori

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

Taxe de participare (on site)

Membri AMSR cu cotizația plătită/2012:	550 lei
Medici specialiști / psihologi:	650 lei
Medici de familie:	550 lei
Medici rezidenți*:	250 lei
Studenti**:	250 lei
Medici seniori*:	250 lei

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

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

Taxa de participare se poate plăti la Secretariatul Conferinței și include: accesul la toate sesiunile și la expoziția medicală, materialele Conferinței, inclusiv Caietul de Rezumate, diploma de participare, accesul la welcome cocktail, 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 2013 în valoare de 200 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.

	VINERI 12 APRILIE / FRIDAY 12 OF APRIL	SÂMBĂȚĂ 13 APRILIE / SATURDAY 13 OF APRIL
08.00		ADUNAREA GENERALĂ A.M.S.R XIII <i>AMSR General Meeting</i>
09.00		SESIUNE COMUNICĂRI <i>Lectures Session</i>
10.00		SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>
11.00		COFFEE BREAK
12.00		CONFERINȚA ESSM - EDIȚIA 9 <i>ESSM Session</i>
13.00		SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>
14.00		PRÂNZ <i>Lunch</i>
15.00		SIMPOZION SATELIT <i>Sodimed symposium</i>
16.00		SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>
17.00		ATELIER <i>Interactive session</i>
18.00		COFFEE BREAK
19.00		ATELIER <i>Interactive session</i>
		ÎNCHIDEREA LUCRĂRIILOR <i>Closing remarks</i>
	SECRETARIAT / Conference secretary	SECRETARIAT / Conference secretary
	EXPOZIȚIE MEDICALĂ / Medical exhibition	EXPOZIȚIE MEDICALĂ / Medical exhibition
	SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>	SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>
	COFFEE BREAK	COFFEE BREAK
	DESCHIDEREA OFICIALĂ A A.M.S.R. XIII <i>Opening Ceremony</i>	
	CONFERINȚA PREȘEDINTELUI <i>The President's Conference</i>	
	SECȚIUNEA CONFERINȚE <i>Conference session</i>	
	SIMPOZION SATELIT <i>Lilly Symposium</i>	

Program științific

Vineri, 12 Aprilie 2013

Friday, 12 of April 2013

- 11.00 – 18.00 **Secretariat / Registration desk**
- 13.00 – 19.00 **Expoziție medicală / Medical Exhibition**
- 13.00 – 16.30 **Secțiunea Conferințe / Conference Session**
Moderatori / Chairpersons: Neicuțescu Cosmin, Coca Vasile
- 13.00 – 13.30 **Calomfirescu Nicolae – Prostata - posibilă problema în orice cuplu / Prostate – a possible problem in any couple**
- 13.30 – 14.00 **Neicuțescu Cosmin – Priapismul – o urgență? / Priapism - Urgency?!**
- 14.00 – 14.30 **Belinski Cătălin – Ejacularea prematură – problema cuplului sau a medicului? / Premature ejaculation - Couple's problem or doctor's problem?**
- 14.30 – 15.00 **Mihalca Radu – Cele două fețe ale oglinzii....ce putem subestima în evaluarea cuplului infertil / The mirror has two faces... what can we miss in infertility assessment**
- 15.00 – 15.30 **Coca Vasile – Disfuncția erectilă iatrogenă indusă medicamentos / Iatrogenic medicine drug induced erectile dysfunction**
- 15.30 – 16.00 **Tomescu Viorela – Riscul cardiovascular sinonim cu primejdia cardiovasculară / Cardiovascular Risk synonymous with Cardiovascular Danger**
- 16.00 – 16.30 **Coca Vasile – Evidențe ale unor opțiuni non-farmacaceutice în managementul disfuncției erectile / Non-pharmaceutical therapeutic evidences in erectile dysfunction management**
- 16.30 – 17.00 **Pauză / Coffee Break**
- 17.00 – 17.30 **Deschiderea oficială a A.M.S.R XIII / AMSR XIII Opening Ceremony**
- 17.30 – 18.00 **Conferința Președintelui / The President's Conference**
Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae
Prezintă: Poiană Cătălina – Atitudini și percepții privind întreruperile sarcinilor nedorite în România / Attitudes and perceptions regarding pregnancies interruptions in Romania
- 18.00 – 18.30 **Moderator: Radu Mihalca**
Prezintă: Clatici Victor – Dermatologie și sexualitate – o relație între dragoste și ură? / Dermatology and sexuality – a love / hate relationship?
- 18.30 – 19.00 **Moderator: Calomfirescu Nicolae**
Prezintă: Fica Simona – Prețul progresului: mănânci, te rogi dar nu iubești / The price of progress: eat, pray but not love.
- 19.00 – 19.30 **Simpozion satelit Lilly / Lilly symposium**
Moderator / Chairperson: Mihalca Radu
Prezintă: Geavlete Bogdan - Mai aproape de o viață fără disfuncție erectilă / Closer to a life without erectile dysfunction

Sâmbătă, 13 Aprilie 2013

Saturday, 13 of April 2013

- 08.00 – 17.00 **Secretariat**
Expoziție medicală
- 08.00 – 08.30 **Adunarea generală A.M.S.R XIII / AMSR General Meeting**
- 08.30 – 09.30 **Sesiune Comunicări / Lectures Session**
Moderatori / Chairpersons: Mihalca Radu, Belinski Cătălin
- 09.30 – 10.00 **Moderator / Chairperson: Belinski Cătălin**
Prezintă: Bârdan Răzvan – Recuperarea funcției sexuale la pacientele cu afecțiuni maligne în sfera genitală / Rehabilitation of sexual function in female patients with genital malignancies
- 10.00 – 10.30 **Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae**
Prezintă: Pelinescu Onciu Dimitrie – Dispareunia / Dyspareunia
- 10.30 – 11.00 **Pauză / Coffee Break**
- 11.00 – 11.30 **Conferința E.S.S.M ediția a IX – a / ESSM Conference – IXth Edition**
Moderator / Chairperson: Belinski Cătălin
Prezintă: Yacov Reisman (Olanda / The Netherlands)
- 11.30 – 12.00 **Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae**
Prezintă: Poiană Cătălina – Sexualitatea femeii la menopauză / Sexuality in menopausal women
- 12.00 – 12.30 **Moderator / Chairperson: Coca Vasile**
Prezintă: Cristescu Julieta – Neuropatia diabetică: o problemă între neuropatii? / Diabetic neuropathy: an issue between neuropathies?
- 12.30 – 13.00 **Moderator / Chairperson: Mihalca Radu**
Prezintă: Stoian Dana – Boala tiroidiană autoimună – impact asupra sexualității femeilor cu funcție ovariană prezentă / Autoimmune thyroid disease - impact on sexuality of women with ovarian function
- 13.00 – 14.00 **Prânz / Lunch**
- 13.30 – 14.00 **Simpozion satelit Sodimed / Sodimed Symposium**
Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae
Prezintă: Poiană Cătălina – ANDROGEL: siguranța tratamentului topic cu testosteron în LOH / AndroGel: safety of topical testosterone in LOH
- 14.00 – 14.30 **Moderator / Chairperson: Stoian Dana**
Prezintă: Mogoș Simona – Dincolo delibido / Beyond ...libido
- 14.30 – 15.00 **Moderator / Chairperson: Neicuțescu Cosmin**
Prezintă: Calomfirescu Nicolae – Urgența urinară și calitatea vieții / Urinary urgency and quality of life
- 15.00 – 16.30 **Atelier interactiv - Criza bărbatului la 40 de ani. O traumă?! / 40 years old men's crisis. Trauma?**
Moderator / Chairperson: Vasile Diana
Prezintă: Vasile Diana, Poiană Cătălina, Calomfirescu Nicolae, Cambosie Augustin
- 16.30 – 17.00 **Pauză / Coffee Break**
- 17.00 – 19.00 **Atelier interactiv / Interactive Session – Triangularizare și psihosexualitate / Triangulation and psychosexuality**
Moderator / Chairperson: Cambosie Augustin
Prezintă: Donțu Anca, Corciova Mihai, Bederu Angela, Călugăru Monica
- 19.00 – 19.30 **Închiderea lucrărilor A.M.S.R XIII / Closing Remarks**
Decernarea premiului A.M.S.R, ediția 2013 / AMSR Award
Concluzii, mesaje / Conclusions, messages



ESSM SPEAKER

Yacov Reisman, MD, PhD (Olanda)

În 1995 a absolvit cu Magna Cum Laude Facultatea de Medicină din cadrul State University Groningen, Olanda. În 1998 a susținut teza de doctorat pe instrumente electronice de diagnostic și decizii medicale obiective utilizând baza europeană de date clinice.

Din 2002 a fost înregistrat ca urolog colaborator al Spitalului Amstelland din Amstelveen și din 2006 președinte al rețelei olandeze de clinici Men's Health.

Este membru activ al European Association of Urology (EAU) și International Society for the study of the Aging male (ISSAM), membru al Comitetului Executiv al European

Society for Sexual Medicine (ESSM), Dutch Society of Sexual Medicine (WVSD), secretar al Dutch Society for Sexology (NVVS), economist în cadrul Dutch-Flemish Federation for Sexology (NVFS), secretar general al Comitetului Multidisciplinar de Medicina Sexualității (MJCSM) și co-președinte al Școlii Olandeze de Medicina Sexualității.

A publicat mai multe articole în reviste și cărți și este co-editor al Syllabus of Sexual Medicine, publicat de ESSM.

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 since 2006 chairman of the Dutch Men's Health Clinics network.

He is active member of the European Association of Urology (EAU), Chairman of the Educational Committee of the European Society for Sexual Medicine (ESSM), member of the Executive Committee of the ESSM, Board member of the Dutch Society of Sexual Medicine (WVSD), treasurer of the Dutch-Flemish Federation for Sexology (NVFS), Secretary general of the Multidisciplinary Joint Committee on Sexual Medicine (MJCSM) and co-chairman of Dutch School of Sexual Medicine. Among his publications is Y.

Reisman co-editor of the Syllabus of Sexual Medicine, published by the ESSM.

Save the Date



16th CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE

joint by the 12th Congress of the European Federation of Sexology

29 January – 1 February 2014 | Istanbul, Turkey

www.essm.org | www.europeansexology.com



Hosted by: The Turkish Society of Andrology
The Turkish Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapies



PROSTATA – POSIBILĂ PROBLEMĂ ÎN ORICE CUPLU

Calomfirescu N.

“Life Memorial Hospital” Medlife București, Calea Griviței nr. 365

Există suficiente cuvinte cheie: prostatită, durere prostatică, prostată, adenom, hipertrofie prostatică, cancer prostatic, ejaculare colorată, antigen prostatic (PSA), infecție prostatică, calcificări în prostată, ejaculare dureroasă etc. Toate aceste cuvinte cheie creionează o problemă prostatică și patologia ei adecvată indiferent de vârstă. Foarte mulți din pacienți au o presiune / un stres legat de prostata personală și starea ei.

În accepțiunea lor, prostata poate fi cauza disconfortului, infertilității, disfuncției erectile, ejaculării anormale, urinării defectuoase, durerii cronice și a multor altor neajunsuri, drept pentru care caută informații, uneori se autotratează și ulterior ajung la un medic. Indiferent când și cum prostata și patologia ei reprezintă o problemă, care afectează cuplul relațional, social, sexual, financiar etc. Abordarea corectă poate rezolva multe probleme secundare patologiei prostatice.

Prostate – a possible problem in any couple

Calomfirescu N.

“Life Memorial Hospital” Medlife Bucharest, Grivitei no. 365

There are enough keywords: prostatitis, prostate pain, prostate adenoma, prostatic hypertrophy, prostate cancer, premature colored prostate antigen (PSA), prostatic infection, calcification in the prostate, painful ejaculation etc. All these keywords reveal a prostate problem and its adequately pathology regardless of age. A lot of patients have a pressure / stress related to personal prostate and its condition. In their opinion, prostate can cause discomfort, infertility, erectile dysfunction, abnormal ejaculation, poor urination, chronic pain and many other problems and for this reason, they seek for information and sometimes they first decide to self- treat and then get to a doctor. Regardless of when and how the prostate and its pathology is a problem that affects the couple relationship, in term of social, sexual, financial etc. The right approach can solve many secondary prostate pathology problems.

PRIAPISMUL - O URGENȚĂ?!

Dr. C. Neicuțescu

Lucrarea este o prezentare a unei probleme medicale absolut specifică specialității de uroandrologie trecând în revistă date privind mecanismele de producere, diagnosticul și tratamentul sub forma unui update. Priapismul este o situație medicală importantă datorită consecințelor funcționale negative ce pot influența ireversibil procesul fiziologic al erecției. Constă într-o erecție prelungită, persistentă, nedorită ce durează peste patru ore fără stimulare sexuală sau libidou. Are multiple cauze (boli organice, medicamente, toxice, traumatisme, anestezie, hemodializă și altele) care trebuiesc cunoscute sau descoperite pentru a se putea aplica tratamentul corespunzător. Condiția necesară pentru stabilirea tipului de tratament este recunoașterea imediată a formei fiziopatologice (ischemic sau low flow, dacă sângele intracavernos este neoxigenat; nonischemic sau high flow, dacă sângele este oxigenat) atitudinea terapeutică fiind diferită. În cazul priapismului ischemic tratamentul este secvențial, etapizat, de la manevre simple și puțin invazive, putându-se ajunge până la manevre mai complexe, chirurgicale. Scopul este salvarea și prezervarea funcțională a endoteliului cavernos necesar desfășurării normale a procesului de erecție. Priapismul nonischemic are o altă conduită terapeutică, nefiind o urgență absolută poate fi urmărit, de multe ori reducându-se spontan. În funcție de timpul scurs până la prezentarea la medic recuperarea funcției erectile poate fi totală, parțială sau chiar absentă, situație în care singura soluție pentru obținerea erecției rămâne protezarea peniană. Concluzionăm că problema medicală expusă are o importanță deosebită pentru viața sexuală a bărbatului care trebuie informat pentru a nu considera o situație gravă ceva relativ plăcut.

Cuvinte cheie: priapism, low flow, high flow, erecție.

Priapism - urgency?!
Dr. C. Neicutescu

This paper is a presentation of a medical problem absolutely specific of uroandrology field reviewing the data on producing mechanisms, diagnosis and treatment as an update. Priapism is an important medical situation due to negative functional consequences that may irreversibly affect physiological process of erection. It consists of a prolonged, persistent, unwanted erection lasting more than four hours without sexual stimulation or libido. It has multiple causes (organic diseases, drugs, toxics, trauma, anesthesia, hemodialysis and others) that must be known or discovered to be able to apply appropriate treatment. The necessary condition for determining the type of treatment is immediate recognition of physiological form (ischemic or low flow, if intracavernous blood is unoxygenated; nonischemic or high flow, if the blood is oxygenated), cause therapeutic attitude is different. In case of ischemic priapism treatment is sequential stages one, from simple and less invasive maneuvers it can reach up to more complex maneuvers, surgery. The goal is to save and to preserve endothelial functionality necessary for cavernous ordinary course of erection process. Ischemic priapism has another course of treatment, not being an absolute emergency it can be traced, often reducing spontaneous. The time elapsed until at medical presentation erectile function recovery may be total, partial or even absent, in which case the only solution to achieve penile erection remains the prosthesis. We conclude that the exposed medical problem is a very important one for the male sex who has to be informed in order to not deem a serious situation that seems a relatively pleasant.

Keywords : priapism, low-flow, high-flow, erection.

EJACULAREA PREMATURĂ – PROBLEMA CUPLULUI SAU A MEDICULUI?

Dr. Cătălin Belinski

Medic Primar Urolog, Spitalul MAI “Prof. Dr. D. Gerota”, București

EP (Ejacularea Precoce) se caracterizează prin timp scurt de ejaculare, cu IELT < 60 sec la 90% din pacienți. Există o zonă gri în intervalul 1-3 minute între pacienții cu sau fără ejaculare precoce pentru că 5-10% din bărbații fără ejaculare precoce ejaculează până în 2 minute și 30% din bărbații cu ejaculare precoce ejaculează între 2 și 5 minute. Metoda stop-watch rămâne standard în studiile clinice pentru determinarea IELT, în timp ce autoestimarea IELT se corelează rezonabil cu datele reale și rămâne metoda de elecție în viața de zi cu zi. Caracteristicile clinice definitorii ale EP sunt imposibilitatea de a întârzia ejacularea prin lipsa de control cu consecințe negative personale și relaționale, precum și o viață sexuală nesatisfăcătoare, acestea fiind elementele cheie ale diverselor definiții ale EP. Studiile au arătat că atât EP primară cât și cea secundară, dobândită au un impact negativ asupra vieții sexuale a pacientului și a partenerii, pe termen lung determinând tulburări de personalitate ale bărbatului cu EP și afectând stabilitatea relației. În special EP primară afectează respectul de sine, echilibrul emoțional, calitatea vieții și în final, dacă tratamentul eșuează, pacientul poate ajunge la depresie și intenții suicidale. EP are o influență negativă pe echilibrul și armonia relației dintre parteneri putând determina rate mari de separare sau divorț, chiar dacă nu avem date concrete pe acest subiect din literatura de specialitate. Există probabil o determinare genetică atât pentru EP primară cât și pentru cea dobândită, o mare varietate de factori de risc fiind analizată în studiile de specialitate fără a se identifica un factor de risc major, cu excepția disfuncției erectile, adesea asociată la bărbații de vârstă medie cu EP. Prezentarea se va focusa pe aspectele practice ale diagnosticului și tratamentului EP.

Premature ejaculation – couple’s problem or doctor’s problem?

Dr. Catalin Belinski

MD Urologist, MAI “Prof. Dr. D. Gerota” Hospital, Bucharest

PE is characterized by a short ejaculation latency time with approximately 90% of men showing an IELT < 60 sec. There is an overlapping grey area in the time frame of 1-3 min. between PE and non PE men with approximately 5-10% of non-PE men ejaculating < 2 min and more than 30% of PE men ejaculating in a time frame of 2-5 min. if DSM-IV-TR criteria were used for PE definition. While stop-watch measured IELT remains the standard objective efficacy tool for clinical studies, self-report/estimated IELT has shown to correlate reasonably with measured IELT and therefore remains the standard for the daily routine evaluation of PE. Key clinical characteristics of PE are inability to delay ejaculation due to lack of control, negative personal and partnership



consequences and dissatisfaction with sexual intercourse, with most key characteristics being considered in the various published definitions for PE. Regardless of lifelong or acquired PE, studies have shown that PE has a measurable negative impact not only on the sex-life of both the patient and his sexual partner, but also a long-term effect on the personality of the affected man and the stability of the partnership. Long-term PE, especially lifelong PE, fundamentally impacts self-esteem, emotional well-being and quality of life and may finally, if not successfully treated, lead to a depressive mood and induce suicidal thoughts. PE has, in the long-term, a more negative impact on the harmony and stability of a partnership resulting in higher separation and divorce-rates than ED, even if there are no supporting data from the literature. Whereas the literature provides increasing evidence for at least a partially genetic determination of both IELT and manifestation of lifelong PE for acquired PE, a variety of risk factors has been discussed in the literature without identifying one prominent key-factor except ED, which is often associated in middle-aged men with acquired PE.

The presentation will focus on practical aspects of diagnosis and treatment of PE.

CELE DOUĂ FEȚE ALE OGLINZII...CE PUTEM SUBESTIMA ÎN EVALUAREA CUPLULUI INFERTIL

Dr. Radu Mihalca

Secția Endocrinologie și Diabet, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

Infertilitatea se definește ca imposibilitatea de obținere a unei sarcini după raporturi sexuale neprotejate timp de un an afectând aproximativ 15% din cupluri. Date despre caracteristicile psihosociale ale cuplurilor infertile tind să fie incomplete și incomplet analizate cu toate că ar trebui să facă parte din investigațiile de bază în evaluarea cuplului ce se prezintă într-un centru de reproducere umană asistată. Infertilitatea atrage un cortegiu de aspecte negative psihosociale – scăderea respectului de sine, culpabilizarea, depresia, afectarea relațiilor sociale, afectarea relațiilor de cuplu și a activității zilnice. Bărbații din cuplurile infertile pot prezenta scăderea nivelului seric al testosteronului asociat cu simptome specifice deficitului androgenic – disfuncție erectilă, scăderea libidoului sau disfuncții ejaculatorii – mult mai frecvent în comparație cu bărbații din cuplurile fertile. Având în vedere aceste date subliniem eficiența consilierii sexologice cu identificarea problemelor datorate infertilității care, împreună cu tratamentul specific, ținut pentru infertilitate, poate îmbunătăți prognosticul cuplurilor infertile.

The mirror has two faces... what can we miss in infertility assessment

Dr. Radu Mihalca

Endocrinology and Diabetes Unit, Elias Emergency University Hospital, Bucharest

Infertility is defined as the impossibility to conceive after 12 month of unprotected intercourse and affects approximately 15% among all couples. Few data on the psychosocial aspects and quality of sex-life was published. Therefore, infertility is associated with reduced sexual activity and the decrease appears to increase as the number of childless years grows. Infertility can affect nearly all psychological aspects of a person's life, such as self-esteem, partnership, life satisfaction, mood and social relations. Male partners of infertile couples report a significant increase in androgen deficiency type complaints and erectile dysfunction, loss of libido or ejaculatory disorders compared to fertile control couples. It is fair to assume that the need for psychosocial counselling for involuntarily childless couples would help achieving better prognosis in the treatment of infertile couple.

DISFUNȚIA ERECTILĂ IATROGENĂ INDUSĂ MEDICAMENTOS

Coca V.

Spitalul Județean de Urgență, Centrul Clinic „PROMEDICAL”, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Studii de epidemiologie indică prevalența DE indusă medicamentos (DE iatrogenă farmacologică) între 8 – 12 %. Timp de un deceniu (1993-2003) s-au identificat 20 de clase de medicamente cu potențial de alterare a funcției sexuale masculine.

OBIECTIVE: Evidențierea semnificației riscului de DE și relevarea mecanismelor prin care unele medicamente pot deriora funcția erectilă, atunci când sunt administrate în terapia diverselor altor maladii.

METODĂ: S-au selectat din bibliografie clasele de medicamente și produsele farmaceutice reprezentative din cadrul acestora după a căror utilizare s-au raportat semne și simptome de DE. Din paleta de exemple găsite ne-am oprit asupra câtorva conform următoarelor criterii: A. patologia respectivă are o incidență ridicată și o prevalență largă în populația generală; B. medicamentul din clasa respectivă este un reprezentant esențial, fiind prescris frecvent sau în mod uzual în boala căreia îi este adresat.

REZULTATE: Categoriile importante de medicamente din patologia generală sunt incriminate ca având risc de DE: 1. HIPOTENSOARELE: inhibitori ai enzimei de conversie, beta-blocante, blocanți ai canalelor de calciu și diuretice tiazidice. Studii recente incriminează și inhibitorii de receptori de angiotensină II, care ar produce vasoconstricție sincițială cavernoasă, prin efect competitiv de activare a receptorilor ET-1. 2. ANTIDEPRESIVELE, în speță SSRI, afectează funcția sexuală masculină prin diminuarea performanței erectile, tulburări de orgasm, erogenism dificil și sex-drive scăzut. 3. INHIBITORII POMPEI DE PROTONI (cimetidine și ranitidina) scad libidoul și depreciază calitatea erecțiilor (8.6% vs. 3.3% [placebo]; OR (95% CI) = 1.2 (0.6 – 2.3); P<0.001) prin alterarea axului hipofizo-tiro-gonadic. 4. ANALGEZICE OPIOIDE induc un risc semnificativ de DE (RR=9.85%; P<0.001) și hipogonadism masculin. 5. STATINELE, pot induce DE prin hipogonadism funcțional, semnificație în acest sens având simvastatina, atorvastatina și rosuvastatina (P < 0.001, pentru toate trei).

CONCLUZII: Cu toate că importanța curativă inițială trebuie să primeze în fața potențialului inductor de DE, disconfortul și alterarea calității vieții indus de DE iatrogenă ar putea afecta aderența și complianța pacienților. Colaborarea interdisciplinară a medicilor curanți cu specialistul în sexologie și medicina sexualității este crucială pentru a asigura confortul psihic și pentru a evita deprecierea relației de cuplu.

Iatrogenic medicine drug induced erectile dysfunction

Coca V.

County General Emergency Hospital, Clinical Center “PROMEDICAL”, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Epidemiological evidence shows the prevalence of the medicine induced ED (iatrogenic pharmacological induced ED) as being 8 – 12%. For a decade period of time (1993-2003) more than 20 medicine drugs classes were identified as having male sexual function impairment risk.

OBJECTIVE: To reveal the significance ED risk and the mechanisms by which some medicine drugs can damage erectile function during its usage as curative purpose in various other disease.

METHOD: Searching medical databases we sorted articles medicine drugs and medicine drug classes often described as inducing by its side effect ED symptoms. Carrying out the whole pharmacological blade on this theme we have noticed some notorious significant patterns in the field according the following two criteria: A. the used drug serve in large incidence or in a high prevalence category of disease; B. the used drug is representative for its medicine class.

RESULTS: In the studied articles, the most frequent quoted medicines as involved in the ED risk, are: antihypertensive drugs, psychiatric medication, serum lipid lowers, opioid analgesics and H2 receptors inhibitors. 1. ANTIHYPERTENSIVE potentially inducing DE drugs are: ACE inhibitors, β -blockers, Ca channel blockers, thiazidic diuretics and, recently, AR-II inhibitors (these by ET-1 receptors competitive activation effect). 2. PSYCHIATRIC MEDICATION especially SSRI and tricyclic antidepressants. 3. SERUM LIPID LOWERS, but only atorvastatine, rosuvastatine and simvastatine (P<0.001), whereas fluvastatine and pravastatine are not significantly incriminated. 4. OPIOIDS as tramadol or meperidine (RR=9.85%; P<0.001). 5. H2 RECEPTORS INHIBITORS (cimetidine or ranitidine): 8.6% vs. 3.3% (placebo), OR (95% CI) = 1.2 (0.6 – 2.3), P<0.001.

CONCLUSIONS: Even ED risk can be not avoided in some pharmacological therapies, the initial curative intentions of different drugs must foreground. Nevertheless iatrogenic ED induced quality of life impairment can decrease adherence and compliance of those patients. Therefore, a multi-disciplinary co-operation of the medicine drug prescribers whit the sexology and sexual medicine specialist is crucial in order to avoid psychological and couple relationship impairment.

RISCU CARDIOVASCULAR SINONIM CU PRIMEJDIA CARDIOVASCULARĂ

Dr. Viorela Tomescu

CUVINTE CHEIE: risc cardiovascular total, factori de risc, prevenție.

Prevalența mare a bolilor cardiovasculare a obligat comunitatea medicală la căutarea tuturor căilor de a reduce numărul și gravitatea îmbolnăvirilor și evitarea deceselor de cauză cardiovasculară, în special a celor premature.

În 1994, Societatea Europeană de Ateroscleroză împreună cu Societatea Europeană de Cardiologie au elaborat principiul riscului total pentru prevenția primară. În prezent se consideră că ateroscleroza este un proces continuu și intervenția asupra riscului este benefică în orice moment.

Importanța folosirii noțiunii de **risc cardiovascular total** rezidă din multiple situații în care la o populație aparent protejată printr-un factor, riscul real poate fi crescut prin asocierea altor doi sau mai mulți factori.

În 2012 Societatea Europeană de Cardiologie a elaborat Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică. Preocuparea principală se referă la **evaluarea riscului și managementul riscului**. Aprecierea nivelului de risc se face folosind cât mai mulți parametri: așa numitele hărți de risc, evaluând riscul de boală cardiovasculară fatală la 10 ani.

Tratamentul vizează pacientul și nu doar o anumită patologie. Momentul inițierii tratamentului medicamentos și ținta tratamentului la un pacient hipertensiv trebuie să țină cont de asocierea cumulului de **factori de risc**.

Se știe că peste 50% din reducerea mortalității cardiovasculare se leagă de modificarea factorilor de risc și sub 50% a fost obținută prin modificarea tratamentelor. În mod uzual recomandăm pacienților măsurile cu caracter general – așa numitul tratament nonfarmacologic și ulterior discutăm tratamentul medicamentos.

Dificultățile de implementare a măsurilor de prevenție cardiovasculară observate la nivel general pot fi depășite prin efortul tuturor factorilor implicați în asigurarea sănătății, de la asistenta medicală, medicii de familie, medicii de specialitate, la educația medicală generală și finanțatorii sistemelor de sănătate, ținând cont de toate avantajele măsurilor de corectare a factorilor de risc: ușurința aplicării, scăderea costurilor. Faptul că prin recomandările noastre putem îndepărta primejdia la un pacient aflat la risc cardiovascular, face ca timpul alocat discuției pe această temă să se dovedească a fi benefic.

Cardiovascular Risk synonymous with Cardiovascular Danger

Dr. Viorela Tomescu

Key words: total cardiovascular risk, risk factors, prevention.

*The great prevalence of cardiovascular diseases, forced the medical community to search for all the methods to reduce the number and the gravity of the diseases and the frequency of the deaths caused by cardiovascular diseases, especially the premature ones. In 1994, the European Atherosclerosis Society, supported by the European Cardiology Society, elaborated the principle of total risk for the primary prevention. Nowadays, it is considered the fact that atherosclerosis is a continuously process and the intervention upon the risk is benefic any time. The importance of using the **total cardiovascular risk** term resides from multiple situations in which a population, apparently protected by a factor, the real risk can be high only by association of other two or many factors. In 2012, European Cardiology Society, elaborated the European Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. The main concern refers to the **evaluation of the risk and risk management**, appreciating the level of the risk is done by using as many parameters as possible like the "risk maps", evaluating the cardiovascular fatal disease risk once in 10 years. The treatment is for the patient and not only for one kind of pathology. The moment when the medication is initiated and the target for a hypertensive patient must take into account association of **risk factors**. It is known that over 50% of the cardiovascular mortality reduction depends on the modification of the risk factors and less than 50% was obtained by modification of medication. Usually, we recommend the measures with general character, for the patients, such as non-pharmacological treatment and then the medication.*

Implementation difficulties of the measurements for cardiovascular **prevention** observed at general level can be overcome with the effort of all the factors implicated in health insurance, beginning with the medical assistance, family doctors, specialists, and ending with general medical education and health systems investors, counting on all the advantages of the correction of the risk factors measurements like the ease of application and the decreasing of the costs.

The fact that, through our recommendations, we can remove the danger for a patient with a high cardiovascular risk, makes the time spent on the discussion with that patient be beneficial proven.

EVIDENȚE ALE UNOR OPȚIUNI NON-FARMACEUTICE ÎN MANAGEMENTUL DISFUNȚIEI ERECTILE

Coca V.

Spitalul Județean de Urgență, Centrul Clinic „PROMEDICAL”, Cluj-Napoca

BACKGROUND: Eficiența monoterapiei patogenetice în disfuncția erectilă (DE) se situează în jurul a 75% pentru inhibitorii de fosfodiesterază 5 (IPDE5) și, respectiv, 50 – 55% pentru dopaminergice sau testosteron cu absorbție prelungită. Administrarea combinată a acestora poate crește eficacitatea managementului DE, fără a satisface însă în totalitate așteptările beneficiului clinic.

OBIECTIVE: Identificarea de date în literatura de specialitate, în scopul unei oferte mai largi, cu potențial curativ suplimentar, în managementul DE.

METODĂ: Apelând la literatura medicală am selecționat articolele apărute în perioada 1992 – 2012, despre studii și tratări clinice, studii experimentale, meta-analize și review-uri corespunzând criteriilor de obiectivitate (randomizare, control și prelucrare analitică) în legătură cu ameliorarea non-farmacologică a DE. S-au găsit 63 de articole, din care, după excluderi ținând de amploarea evidențelor strict legate de tematică, au rămas 41 vizând: extracte vegetale, substituenți fitohormonali, L-arginină și vitamina D3.

REZULTATE: Articolele selectate se referă la potențialul terapeutic al: 1) GINSENG, care își manifestă capacitatea curativă prin ginsenozide cu efect antioxidant, anti-apoptotic, nitrgergic și testosteron-like. 2) GINKGO BILOBA, utilă în special în DE post-medicațională după SSRI, prin stimularea activității nNOS la nivelul SNC, dar și periferic, în țesutul cavernos. 3) TRIBULUS TERRESTRIS L., care în studii experimentale a dovedit că relaxează miocitele netede cavernoase, crește presiunea de perfuzie intracavernoasă și optimizează comportamentul sexual, iar în studii clinice că îmbunătățește scorul IIEF și crește titrul seric de dehidroepiandrosteronă (DHEA). 4) L-ARGININĂ, care augmentează activitatea NOS atât în SNC (nucleul PV), cât și periferic, ameliorând perfuzia cavernoasă. 5) VITAMINA D3, a cărei suplimentare induce vasodilatație sincițială prin eliberare de NO și factor de hiperpolarizare derivat endotelial (EDHF), cu augmentarea potențialelor endoteliale evocate.

CONCLUZII: Există în literatură evidențe obiective și semnificative, care relevă potențialul terapeutic non-farmacologic adjuvant și care, la bărbații cu răspuns necorespunzător la tratamentul patogenetic, prin completare, pot crește beneficiul clinic, augmentând performanțele erectile.

Non-pharmaceutical therapeutic evidences in erectile dysfunction management

Coca V.

County General Emergency Hospital, Clinical Center „PROMEDICAL”, Cluj-Napoca.

BACKGROUND: While specific PHOSPHODIESTERASE 5 inhibitors for erectile dysfunction (ED) has around 75% efficacy, other medicine drugs as dopamine agonists or long acting testosterone its reach about 50 – 55%. Mixing these treatments can rises these percents, but scanty and unsatisfying however the expected clinical benefit.

OBJECTIVE: To identify data in literature in the purpose of a larger proposal with a supplementary curative potential in the clinical management of the ED.

METHOD: Searching medical databases, we sorted clinical trials, experimental studies, meta-analysis and review articles, published in the 1992 – 2012 period and revealing objective data to ED improvement by non-pharmaceutical manners. A total of 63 articles have been found, 22 being excluded due to their inappropriate or not significant evidences concerning this theme. The remaining 41 articles aimed active plant ingredients, hormone-like substitutes, L-arginine and vitamin D3 as having potentials in the ED management.



RESULTS: The selected articles refers to the therapeutic strength of: 1) GINSENG, which actually acts by its ginsenosides, having antioxidant, anti-apoptotic, nitric oxide (NO) releasing and testosterone-like effects. 2) GINKGO BILOBA, useful especially in the SSRI induced ED, by stimulating nNOS activity in CNS and in cavernous tissue either. 3) TRIBULUS TERRESTRIS L., which in experimental studies proved cavernous smooth muscle relaxation, intracavernous pressure enhancement and animal sexual behavior improvement, while in clinical trials rises IIEF score and enhances dehydroepiandrosterone (DHEA) serum level. 4) L-ARGININE swells NOS activity in both CNS (PV nucleus) and cavernous tissue, improving its blood flow. 5) VITAMIN D3, of which supplementation induces by both NO synthesis and endothelial derived hyperpolarizing factor (EDHF) release a cavernosal syncytium dilation (proved by evoked endothelial potentials).

CONCLUSIONS: Objective and significant evidences could be considered in literature, revealing additionally non-pharmaceutical therapeutic potential, which supplemented in non-responding men to the pharmacotherapy gestures, seems to enhance their damaged erectile performances.

DERMATOLOGIE ȘI SEXUALITATE – O RELAȚIE ÎNTRE DRAGOSTE ȘI URĂ?

As. Prof. în Dermatologie Victor Gabriel Clătici

Spitalul de Urgență Elias – București

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” - București

2013 înseamnă HIV, îmbătrânire, stres, obezitate, cancer, diabet zaharat, precum și o mulțime de afecțiuni asociate acestora. În zilele noastre, dermatologia înseamnă frumusețe și atracție fizică, dar și HIV și HPV, cancer de piele la tineri și acnee la adulți. Odată cu trecerea anilor, avem o mulțime de tulburări fizice și, mai important, tulburări psihice, care afectează stima de sine și care duc la calitatea scăzută a vieții și sentimentul de “neatractivitate”. De la acestea până la problemele sexuale este doar un pas mic, uneori peste noapte ne dăm seama că suntem bătrâni și fără dorință sexuală.

În această lucrare voi prezenta impactul bolilor de piele, inclusiv boli venerice, asupra calității vieții și impactul asupra vieții sexuale umane.

Dermatology and sexuality – a love / hate relationship?

Victor Gabriel Clătici, Assistant Professor in Dermatology

Emergency University Hospital Elias – Bucharest,

University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”- Bucharest

2013 means HIV, aging, stress, obesity, cancer, diabetes mellitus, and a lot of “derivatives” from these. Dermatology means in now days beauty and physical attraction, but means also HIV and HPV, skin cancer in young and acne in adulthood. As we aging we have a lot of physical and, more important, psychical disturbances which going to self esteem, low quality of life and the feeling of “unattractiveness”. From this to sexual problems is only a small step, sometimes overnight we realize we are old and without sexual desire. In this paper I will present the impact of skin diseases, including venereal disease, over quality of life and the impact on human sexual life.

PREȚUL PROGRESULUI: MĂNÂNCI, TE ROGI, DAR NU IUBEȘTI.

Prof. Dr. Simona Fica, Dr. Radu Mihalca

Secția de Endocrinologie și Diabet, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

Obezitatea este caracterizată de un index de masă corporală (IMC) $>30 \text{ kg/m}^2$ în timp ce hipogonadismul masculin este definit de imposibilitatea testiculelor de a asigura un nivel fiziologic de testosteron (deficit androgenic) și un număr normal de spermatozoizi datorită unei disfuncții situate la unul sau mai multe niveluri ale axei hipotalamus-hipofiza-gonada. Atât UE și SUA cât și țările în curs de dezvoltare au prezentat în ultimele decenii o creștere îngrijorătoare a obezității, cu costuri derivate deosebit de ridicate datorate frecventelor probleme medicale și productivității scăzute. În paralel cu creșterea globală a obezității masculine s-a observat o creștere a incidenței hipogonadismului și o scădere a fertilității. IMC-ul a fost deseori corelat negativ cu nivelul testosteronului la bărbații supraponderali, la fel cum pacienții hipogonadici au prezentat frecvent un IMC mai mare decât pacienții eugonadici. Obezitatea și testosteronul scăzut sunt condiții frecvent asociate cu disfuncțiile sexuale precum lipsa libidoului și disfuncția erectilă. Studiile ce au examinat efectul scăderii în greutate asupra hormonilor sexuali au observat o creștere a testosteronului total, parțial datorată modificărilor metabolice, beneficiile asupra calității vieții sexuale rezultând încă în curs de evaluare. Studii ulterioare vor putea folosi sănătatea sexuală drept argument motivațional pentru adoptarea unui stil de viață sănătos.

The price of progress: eat, pray but not love.

Prof. Dr. Simona Fica, Dr. Radu Mihalca

Endocrinology and Diabetes Unit, Elias University Emergency Hospital, Bucharest

Obesity is defined as body mass index (BMI) $>30 \text{ kg/m}^2$ whereas male hypogonadism is defined as failure of the testes to produce physiologic levels of testosterone (androgen deficiency) and a normal number of spermatozoa due to disruption of more than one level of the hypothalamus – pituitary – gonadal axis. The EU and USA as well as the developing countries have shown in recent years a concerning growth of obesity, making the medical expenses and cost of decreased productivity due to obesity very high. Parallel to the global increase in male obesity there is a reported increase in hypogonadism and decrease in fertility and fecundity. BMI often showed in clinical studies a negative correlation with serum testosterone in overweight men. Inversely, hypogonadal patients showed higher BMI compared with eugonadal patients. Obesity and low testosterone are often linked to sexual dysfunctions like loss of libido and erectile dysfunction. Studies that examined the effect of weight loss on male sex hormones reported an increase in total testosterone, in part explained by the modifications of the metabolic milieu, but the benefit in terms of quality of sexual life is still argument of investigation. Future studies may trigger sexual health as a new motivational factor for weight loss and healthy life-style.



ALTERNATIVE TERAPEUTICE ÎN ATROFIA VAGINALĂ ȘI DISFUNCTIILE SEXUALE ASOCIATE ÎN POSTPARTUM

Dr. Daniela Brînzan, Dr. Lucian Păiusan

Spitalul de Obstetrică și Ginecologie, Arad

Cineva spunea că o femeie are nevoie de 9 luni să devină mamă și de alte 9 luni în care să devină femeie din nou. Nașterea este cea mai complexă experiență din viața unei femei și poate cel mai dificil lucru pentru femeia devenită mamă este reluarea activității sexuale. Studiul realizat își propune găsirea unor mijloace terapeutice cât mai eficiente și cât mai puțin nocive care să ajute femeia devenită mamă să redevină femeie respectiv să faciliteze reluarea activității sexuale în postpartum în parametri optimi. Dintr-un total de 68 de paciente aflate în evidența cabinetului nostru care au născut în perioada ianuarie 2011- ianuarie 2012 au fost studiate 40 de paciente. Metodele folosite pentru obiectivarea atrofiei vaginale și evaluarea activității sexuale au fost

- Anamneză (chestionar)
- Examen clinic local
- Citologie vaginală

Pacientele luate în studiu (40) au fost tratate diferențiat fiind incluse în 4 categorii diferite din punct de vedere terapeutic:

- Paciente cu tratament trofic vaginal (10)
- Paciente cu Lasero-Terapie vulvo-vaginală (10)
- Paciente cu tratament asociat trofic vaginal și Lasero-Terapie vulvo-vaginală (10)
- Paciente fără tratament (10)

Beneficiile terapeutice constând în ameliorarea atrofiei vaginale și a calității vieții sexuale au fost obiectivate prin următoarele metode: Anamneză (chestionar), Examen clinic local, Citologie vaginală. Cele mai bune rezultate au fost obținute la grupul de paciente cu terapie asociată urmat de grupul pacientelor cu Lasero-Terapie în aplicație unică.

Therapeutical alternatives in postpartum vaginal atrophy and sexual associated sexual disfunctions

Dr. Daniela Brinzan, Dr. Lucian Paiusan

Hospital of Obstetrics and Gynecology Arad, Romania

Somebody said that a woman needs nine months to become a mother and other nine months to become a woman again. Giving birth to a child is one of the most complex events in women's experience and perhaps the most difficult thing for a woman who has become a mother is restarting her sexual life. The aim of this study is to find the most efficient and the least harmful therapeutic means to help the woman who has become a mother to become a woman again, respectively, to ease restarting her sexual life in postpartum in optimal parameters. From a total of 68 patients in our medical records, who gave birth in the period between January 2011 and January 2012, 40 have been studied. The methods employed to objectify vaginal atrophy and to evaluate sexual activity have been:

- *Anamnesis (questionnaire)*
- *Local clinical examination*
- *Vaginal cytological exam*

The 40 patients have been treated differentially, being included in four groups:

- *patients with vaginal trophic therapy;*
- *patients with vulvo vaginal laser therapy;*
- *patients with associated treatment: vaginal trophic therapy and laser therapy;*
- *patients without treatment.*

Therapeutic benefit, improvement of vaginal atrophy and quality of sexual life were objectified by anamnesis (questionnaire), local clinical examination and vaginal cytological exam.

The best results have been obtained with associated therapy immediately followed by laser therapy.

EVALUAREA TESTOSTERONEMIEI ȘI A hs-CRP LA BĂRBAȚI CU DISFUNȚIE ERECTILĂ ȘI DISFUNȚIE ENDOTELIALĂ EVIDENȚIATĂ ECOGRAFIC DAR FĂRĂ SIMPTOMATOLOGIE CARDIO-METABOLICĂ

COCA V., COCA M.C., GEORGESCU C., FODOR A., BALA C.

(Spitalul Județean de Urgență Cluj-Napoca, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca)

BACKGROUND: Creșterea CRP, hs-CRP și hipotestosteronemia sunt markeri semnificativi pentru afecțiuni cardiovasculare, boli metabolice și disfuncție erectilă (DE). Nu există, însă, date despre acești markeri în DE fără patologie cardio-metabolică dar cu disfuncție endotelială (DEnd) evidențiată ecografic.

OBIECTIVE: Evaluarea nivelului seric de testosteron și hs-CRP la bărbații fără boli cardiovasculare sau și metabolice, dar cu DE și DEnd evidențiată ecografic.

METODĂ: La 54 de bărbați cu DE (45.73±4.81 ani), normoponderali, normolipemici, normotensivi, normoglicemici și fără hipogonadism clinic, patologie inflamatorie, sau autoimună s-a evaluat ecografic vasodilatația mediată de flux (VMF), la artera brahială, rezultând două grupuri: Gr. A (VMF) și Gr. B (VMF normală). S-au dozat hs-CRP, testosteronul total (T_t) și testosteronul liber (FT). S-au comparat valorile medii, precum și prevalența hs-CRP crescută și a nivelurilor reduse ale T_t și FT (începând cu limita inferioară a normalului). Valori de referință: hs-CRP < 3 mg/L; T_t = 2.8 – 11 ng/dL; FT = 4.5 – 42 pg/dL (MedLife).

REZULTATE: Gr. A (VMF) a reunit 19 de persoane (35.18%) din totalul cazurilor. hs-CRP medie: 2.24±1.28 mg/L; T_t mediu = 8.67±2.23 mg/dL; FT mediu = 27.54±7.47 pg/dL. hs-CRP: 9 cazuri (3.25±0.21 mg/L), toate în Gr. A (47.36%); T_t (< 3.5 ng/dL): 14 cazuri, din care în Gr. A = 7 (33.33%), iar în Gr. B = 3 (8.7%) ($P < 0.001$); FT : nici un caz. Corelația prevalenței hs-CRP cu T_t în Gr. A: $r = 0.064$, $P < 0.05$.

CONCLUZII: Chiar în absența bolilor ce includ patogeneza endotelială, DE poate asocia DEnd cu VMF scăzută în peste 1/3 din cazuri. La acestea există și o corelație semnificativă a prevalenței creșterii hs-CRP, cu cea a scăderii testosteronemiei totale. Considerăm această categorie de cazuri ca fiind eligibilă pentru monitorizarea sistematică a riscului cardio-metabolic.

Serum testosterone and serum hs-crp assessment in men having erectile dysfunction ultrasound betrayed endothelial dysfunction but without cardio-metabolic clinical evidence

Coca V., Coca M.C., Georgescu C., Fodor A., Bala C.

County General Emergency Hospital, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hațieganu", Cluj

BACKGROUND: The serum CRP and hs-CRP high levels and the testosterone low level are significant markers for cardiovascular disease, metabolic disease and erectile dysfunction (ED). Nevertheless we did not found data about these markers in male patients having ED adding ultrasound evidence of endothelial dysfunction (EndD).

OBJECTIVE: To assess serum levels for testosterone and hs-CRP in men without cardiovascular and/or metabolic disease but ultrasound evidence of endothelial dysfunction.

METHOD: In 54 normal weight ED men (45.73±4.81 ani), with normal serum lipids, normal blood pressure condition and without symptomatic hypogonadism, clinical inflammation or autoimmune disease, flow mediated dilation at brachial artery was measured by ultrasound method, resulting the following two groups: Gr. A (↓FMD) and Gr. B (normal FMD). hs-CRP, total testosterone (T_t) and free testosterone (FT) were measured, comparing the mean values and the prevalence of high hs-CRP and low T_t and FT (considering the low normal values also). Reference intervals: hs-CRP < 3 mg/L; T_t = 2.8 – 11 ng/dL; FT = 4.5 – 42 pg/dL (MedLife).

RESULTS: Gr. A (↓FMD) included 19 cases, meaning 35.18% from the all included persons. Followed markers mean values in all participants: 2.24±1.28 mg/L; T_t = 8.67±2.23 mg/dL; FT = 27.54±7.47 pg/dL. ↓hs-CRP (3.25±0.21 mg/L): 9 cases (all of them in gr. A: 47.36%); ↓ T_t (< 3.5 ng/dL): 14 cases divided in Gr. A = 7 cases (33.33%) and in Gr. B = 3 (8.7%) ($P < 0.001$); ↓FT: no cases. The ↓hs-CRP prevalence to ↓ T_t prevalence correlation significance in gr. A: $r = 0.064$, $P < 0.05$.

CONCLUSIONS: Even without clinical states recognizing endothelial pathogenesis, ED can add ultrasound betrayed EndD in more than 1/3 of cases. They also add a significant correlation of the ↑hs-CRP and the ↓ T_t risk, selecting them in a cardio-metabolic risk people category requiring systematic future clinical evaluation.

CORPOROPLASTIE CU GREFĂ DIN PELVICOL TM PENTRU ÎNCURBAREA PENISULUI ÎN BOALA PEYRONIE: EXPERIENȚA NOASTRĂ

Valentin Voinescu*, Viorel Jinga*, Abd Halal Ateia**, Mihnea Hurduc*

Spitalul Clinic Prof.Dr.Theodor Burghel, București*

Medas – Spitalul Clinic Sfânta Maria, București**

Introducere: Boala Peyronie poate produce o încurbare a penisului care să împiedice contactul sexual sau să îl facă foarte dificil. Dacă pacientul are o erecție bună, îndreptarea penisului se poate face prin corporoplastie. Când curbura este sub 60 – 70 grade penisul poate fi îndreptat prin tehnici de plicaturare a albuginei dar când curbura este mai mare se preferă corporoplastia cu grefă pentru a se evita scurtarea excesivă a penisului.

Obiective: Prezentarea experienței noastre privind îndreptarea penisului în boala Peyronie prin corporoplastie cu grefă din Pelvicol TM.

Material și metodă: În perioada iunie - noiembrie 2012, s-au prezentat trei pacienți cu boala Peyronie oprită în evoluție pentru imposibilitatea de a avea contact sexual datorită încurbării peniene. Vârta pacienților (p) a fost 47 (p1), 54(p2) și 56 ani (p3) și aveau o erecție bună evidențiată clinic și prin ecografie peniană Doppler după injecție de Caverject. Încurbarea peniana a fost dorsală de 90 (p1), 75 (p2) și 85grade (p3). Toți pacienții au avut diverse tratamente nechirurgicale înainte de prezentare. Îndreptarea penisului s-a efectuat prin corporoplastie cu o singura grefa din Pelvicol TM (4/7 cm). Postoperator , după ziua 10, s-a administrat Cialis 5 mg /zi până la apariția erecțiilor nocturne spontane.

Rezultate: Nu au fost complicații postoperatorii. Toți pacienții și-au reînceput viața sexuală după 2 luni. Pacientul 1 a prezentat o reducere a rigidității peniene rezolvată prin administrarea sporadică de Cialis 20 mg. La trei luni p1 prezenta o curbura reziduală de 15 grade și o scurtarea a penisului de 0,5 cm, p2 avea penisul drept fără scurtare iar p3 o curbura reziduală de 10 grade fără scurtare.

Concluzii: Corporoplastia cu grefa din Pelvicol TM oferă pacienților cu încurbarea severă a penisului datorită boli Peyronie , posibilitate de a relua activitatea sexuală, având un penis drept sau cu o curbură minoră “funcțională” cu erecția pe care o aveau înainte sau îmbunătățită prin administrarea de inhibitori de PDE 5.

Corporoplasty with Pelvicol TM graft for penile curvature in Peyronie's disease: Our experience

Valentin Voinescu*, Viorel Jinga*, Abd Halal Ateia**, Mihnea Hurduc*

Spitalul Clinic Prof.Dr.Theodor Burghel, București*

Medas – Spitalul Clinic Sfânta Maria, București**

Introduction: Peyronie's disease (PD) can produce a curvature of the penis which prevent sexual contact or make it very difficult. If the patient have strong sexually induced erection the penile curvature correction can be done through corporoplasty. When the curvature is less then 60-70 degrees the penis can be straightened through tunica plication techniques but when the curvature is greater, plaque incision or partial excision and grafting is preferred in order to preserve as much as possible the length of the penis.

Objective: To present our experience of streightening the penis in PD through Pelvicol TM graft corporoplasty. **Material and method:** From June to November 2012, three patients with stable PD had presented for inability to have sexual intercourse due to penile curvature. The patients(p) were 47(p1),54(p2)and 56 (p3) years old with good erections proved by clinical examination and Doppler ultrasound of the erect penis after Caverject injection. Penile curvature was dorsal: 90 (p1),75 (p2) and 85 degrees (p3). All the patients had failed conservative therapy. Straightening of the penis was carried out by corporoplasty with a single Pelvicol TM graft(4/7 cm). Postoperatively, after day 10, Cialis 5 mg od was given until the emergence of spontaneous nocturnal erections.

Results: There have been no post-operative complications. All patients resume sex life after two month. Patient 1 presented a reduction of penile rigidity solved by sporadic administration of Cialis 20 mg. After three month p1 had a residual curvature of 15 degree and a shortening of 0,5 cm, p2 had straight penis without shortening and p3 a rezidual

curvature of 10 degrees without shortening.

Conclusions: *PelvicolTM corporoplasty is a good solution for the patients with severe curvature of the penis in the stable PD, giving them the possibility to resume sexual activity with a straight penis or with a minor "functionally" curvature and the erection they already have or improved by PDE 5 inhibitors.*

INVERSAREA COMPLETĂ SEXUALĂ ȘI COMPORTAMENTUL SEXUAL FEMININ LA UN PACIENT CARIOTIP XY

Mara Carsote^{1,2}, Andra Caragheorgheopol², Raluca Trifănescu^{1,2}, Diana Păun^{1,2}, Cătălina Poiană^{1,2}

1-Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București; 2-Institutul Național de Endocrinologie "C. I. Parhon", București

Introducere

Amenoreea primară poate fi primul indiciu în diagnosticul inversării complete de sex. Tulburările intersex includ o întrerupere a dezvoltării tipice sexuale a embrionului, rezultând o discrepanță între sexul cromozomial, gonadal și fenotipic. Prevalența tulburărilor de dezvoltare a sexului este de 1:20000 de cazuri. Cariotipul "Y" și inversarea de sex (fenotipul feminin) includ pseudohermafroditism masculin, respectiv rezistență completă la androgen (cariotip XY); disgenezie gonadală mixtă (cariotip 45 X / 46XY) și sindromul Turner (cariotip 45 XO, SRY +).

Scop

Vă prezentăm un caz cu disgenezie XY.

Material și Metodă

Istoricul medical, precum și testele clinice și paraclinice au fost efectuate în conformitate cu diagnosticul.

Prezentare de caz

O femeie de 26 de ani cu amenoree primară a fost tratată cu estroprogestativ de la vârsta de 16 ani. În lipsa tratamentului, nu au fost prezente menstrule. Are fenotip feminin și comportament sexual feminin. Testul de laborator a arătat hipogonadism hipogonadotrop, rezultatul testelor genetice a fost 46, XY. Scanarea CT a abdomenului și a pelvisului a relevat un uter de 4,2 cm cu 2,6 cm ovare bilaterale și o tumoră ovariană dreaptă de 4,3 cm cu 3,6 cm. Ovariele au fost extirpate. Examenul histologic a relevat ovare stromale (cu zone de hialinizare și calcificări) și lipsa testiculelor. IHC a fost sugestiv pentru ovare (+ ve CK 7 în epiteliul chisturilor). ER a fost negativ, PR a fost +ve în celulele rare din stromă (ovare non-funcționale). Markerul CA 125 a fost negativ. Terapia cu estroprogestativ a fost reinițiată. Tânăra a rămas integrată sexual și social ca femeie.

Concluzii

Rezistența completă la androgeni presupune dificultăți, nu numai endocrinologice sau oncologice (din cauza riscului de gonadoblastom), dar, de asemenea interferențe psiho-sexual-emoționale.

Complete sex reversal and female sexual behaviour in a XY karyotype patient

Mara Carsote^{1,2}, Andra Caragheorgheopol², Raluca Trifanescu^{1,2}, Diana Paun^{1,2}, Catalina Poiana^{1,2}

1-Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest; 2-C.I.Parhon National Institute of Endocrinology, Bucharest

Introduction

Primary amenorrhea may be the first clue in the diagnosis of complete sex reversal. Intersex disorders include a disruption of typical sexual development of the embryo, resulting a discrepancy between the chromosomal, gonadal and phenotypical sex. The prevalence of sex development disorders is 1: 20 000 cases. The "Y" karyotype and sex reversal (the female phenotype) include male pseudohermafroditism, respective complete androgen resistance (XY karyotype); mixed gonadal dysgenesis (45 X / 46XY karyotype); and Turner syndrome (45 XO, SRY + karyotype).

Aim

We present a case with a XY dysgenesis.

Material and Method

Medical history, as well as clinical and paraclinical tests were performed according to the diagnosis.

Case presentation

26-year old female with primary amenorrhea was treated with estro-progestive since the age of 16. In the lack of therapy, no menses were presented. She has female phenotype and female sexual behavior. The lab test showed hypergonadotropic hypogonadism, genetic tests pointed 46, XY. The CT scan of the abdomen and the pelvis revealed an uterus of 4.2 by 2.6 cm with bilaterally ovaries and a right ovarian tumor of 4.3 by 3.6 cm. The ovaries were removed. The histological exam revealed stromal ovaries (with areas of hyalinization, and calcifications) and no testes. The IHC was suggestive for ovaries (+ve CK 7 into the epithelium of the cysts). The ER was negative, the PR was +ve into the rare cells from the stroma (non-functionally ovaries). The CA 125 marker was negative. Therapy with estro-progestatives was restarted. She remained sexually, and socially integrated as a woman.

Conclusion

Complete androgen resistance includes difficulties, not only endocrinological or oncological (because of the gonadoblastoma risk), but also as phyho-sexual-emotional interferences.

TERAPIA ESWT ÎN INDURAȚIA PENIANĂ PLASTICĂ

Calomfirescu Nicolae, Bancu Șerban

“Life Memorial Hospital” Medlife București, Calea Griviței nr. 365

Indurația plastică a penisului – I.P.P (boala Peyronie) are o incidență de 1-5% sau chiar 12% mai ales la bărbații de vârstă medie. Prima utilizare ESWT în I.P.P s-a făcut în 1989 de Bellafonte, iar în studiile ulterioare s-a obținut o reducere a durerii. Terapia este noninvasivă și fără efecte secundare. În perioada iulie 2011 – august 2012 în Clinica Medlife Grivița de pe lângă “Life Memorial Hospital” s-a efectuat ESWT la 20 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 28-69 de ani (media 49,7), alți 12 au fost refuzați. Am aplicat scorul IIEF-5 și scara vizuală (VAS) pentru erecție dureroasă. Din cei 20 de pacienți tratați, 15/20 au prezentat curburi, iar 12/20 erecție dureroasă. Terapia a constat în 3000 de șocuri / sesiune timp de 4 săptămâni.

Rezultatele:

Toți cei 20 de pacienți au efectuat tratamentul complet. Controlul la 3 luni a fost în clinică pentru 13/20. Din cei 12/20 cu erecție dureroasă 83%, 10/12 au afirmat scăderea durerii. De reținut: 14/20 70% au afirmat ameliorarea erecției, iar 6/20 30% scăderea curburii.

Concluzii:

Scăderea durerii la erecție și ameliorarea erecției este principalul beneficiu al terapiei. Evaluarea acestui lot are limite datorită urmăririi pacienților și folosirii parțiale a instrumentelor de diagnostic (IIEF-5, VAS).

ESWT therapy in plastic penian induration

Calomfirescu Nicolae, Bancu Serban

“Life Memorial Hospital” Medlife Bucharest, Grivitei no. 365

Plastic induration of the penis – I.P.P. (Peyronie disease) has an 1-5% incidence or even 12% in middle age men. The first ESWT use in I.P.P. was in 1989, made by Bellafonte and in subsequent studies was obtained a reduction in pain. The therapy is non-invasive and without side effects. In July 2011 – August 2012 period, in Medlife Grivita Clinic, near the “Life Memorial Hospital”, ESWT was performed in 20 patients aged 28-69 years old (mean 49.7), another 12 patients were refused. We applied the IIEF-5 score and visual scale (VAS) for painful erection. Of the 20 patients treated, 15/20 had curves, and 12/20 painful erection. Therapy consisted of 3000 shocks / session for 4 weeks. Results: All 20 patients were performed full treatment. Control at 3 months was in the clinic for 13/20 of patients. Of the 12/20 with painful erection 83%, 10/12 stated pain relief. Note: 14/20, 70% reported improved erections, and 6/20, 30% decrease in curvature. Conclusions: Decrease painful erection and improve erection are the main benefits of the therapy. The assessment of this lot has limitations due to follow up patients and partial use of diagnostic tools (IIEF-5, VAS).

RECUPERAREA FUNCȚIEI SEXUALE LA PACIENTELE CU AFECȚIUNI MALIGNNE ÎN SFERA GENITALĂ

Asist. Univ. Dr. Răzvan Bardan, FECMS

Disfuncțiile sexuale sunt frecvent întâlnite la pacientele care au supraviețuit unui cancer în sfera genitală, putând fi rezultatul tratamentelor efectuate în vederea vindecării sau controlului bolii, precum și a stresului psihic indus de diagnosticul și tratamentele cancerului. Aceste probleme au adesea manifestări variate, incluzând reducerea dorinței, dar și dureri în timpul contactului sexual. Creșterea speranței de viață la pacientele tratate, în urma perfecționării continue a schemelor de tratament oncologic, are ca și rezultat creșterea numărului de paciente cu disfuncții sexuale, reprezentând un factor major de înrăutățire a calității vieții acestora. Terapiile oncologice, incluzând chirurgia de exereză, radioterapia, tratamentul hormonal, sau chimioterapia, pot afecta funcția sexuală a pacientelor prin întreruperea unor căi nervoase în regiunea pelvină, pot induce o menopauză timpurie, iar în plan psihologic pot da tulburări de schemă corporală. De aceea, discuțiile cu pacientele înainte de orice tratament radical sunt foarte importante, ajutându-le pe acestea să își reajusteze percepțiile față de propria persoană. Efectele secundare date de tratamentele oncologice, incluzând astenia marcată, diareea, grețurile, vărsăturile, căderea părului, uscăciunea gurii, gâtului sau a vaginului, pot de asemenea contribui la scăderea interesului femeilor pentru inițierea unui contact sexual. În plus, multe paciente prezintă simptome depresive, chiar dacă tratamentul oncologic a avut succes, datorită tulburărilor de schemă corporală menționate, fricii de recidivă, sau chiar prin sindrom de stress post-traumatic. De asemenea, partenerul poate prezenta dificultăți în ceea ce privește adaptarea la un nou rol familial, ce poate crea tensiuni în cadrul cuplului. Pentru a rezolva în mod favorabil toate aceste probleme, reabilitarea funcției sexuale poate să aibă un impact semnificativ, doar în contextul unei echipe multidisciplinare, care să includă oncologi, specialiști în medicina sexualității și psihoterapeuți. În continuare, prezentarea se focalizează pe metodele de evaluare și diagnostic al disfuncțiilor sexuale, pe diferitele metode de tratament medicamentos, precum și pe terapiile comportamentale și pe schimbarea modului de viață a pacientelor. Multitudinea de schimbări anatomice, fiziologice, psihologice și sociale ce survin în viața pacientelor cu cancer în sfera genitală necesită o abordare complexă, reabilitarea vieții sexuale având un impact major în recuperarea acestor paciente.

Rehabilitation of sexual function in female patients with genital malignancies

Ass. Prof. Razvan Bardan, MD, PhD, FECMS

Sexual dysfunctions are frequently encountered in female patients who survive after a cancer in the genital area; they are the result of various therapies performed for the cure or control of the disease, and of the psychological distress induced by the diagnosis and therapy of the cancer. These problems have various manifestations, including reduced sexual desire, and pain during intercourse. The increase of life expectancy in treated patients, due to the continuous improvements of the oncological therapy schemes, has as consequence an increased number of patients with sexual dysfunctions, which significantly reduces their quality of life. Oncological therapies, including extensive surgery, radiotherapy, hormonal therapy, or chemotherapy, may affect patients' sexual function by interrupting genital pelvic neural pathways, inducing early menopause, and creating negative self-schema disturbances. Discussing all these potential problems with the patients before therapy is very important, helping them to readjust their perception regarding themselves. Secondary effects of oncological therapies, including marked fatigue, diarrhea, nausea, vomiting, hair loss, and dryness of the mouth, throat, or vagina, may also contribute to a reduction of interest for initiating a sexual intercourse. Moreover, many patients present with depressive symptoms, due to the mentioned self-schema disturbances, fear of cancer recurrence, or even to post-traumatic stress disorder. Additionally, the patient's partner may experience difficulties in adjusting to a new familial role, which may create new couple tensions. In order to resolve efficiently all these problems, sexual function rehabilitation may succeed only in the context of a multidisciplinary team, which should include oncologists, sexual medicine physicians, and psychotherapists. This review presents the evaluation and therapy of sexual dysfunctions, along different drug therapies, behavioral therapies, and lifestyle changes, for female cancer patients. The multitude of anatomic, physiological, psychological, and social changes, which follow the cancer diagnosis and therapy, raise the need for a complex approach, sexual life rehabilitation having a major positive impact in the overall recovery and social reinsertion of the patients.



DISPAREUNIA

Dimitrie Pelinescu – Onciul

Life Memorial Hospital

Dispareunia - definită ca durerea asociată raportului sexual, este o suferință ginecologică întâlnită frecvent.

Raportul sexual dureros poate fi asociat cu afecțiuni vulvare, viscerale, musculo-scheletale, neurologice sau psiho-somatice. De multe ori, afecțiuni coexistente asociate pot determina simptome similare. Din cauza asocierii frecvente dintre dispareunie și durerea pelviană cronică și a suprapunerii etiologiilor, examinarea clinică și testele diagnostice utilizate vor fi frecvent, cele pentru diagnosticul femeilor cu durere pelviană cronică. Dispareunia poate fi clasificată în inserțională și profundă. În cazurile de dispareunie inserțională majoritatea cazurilor sunt reprezentate de vulvodinie, vulvite și insuficiența lubrificării și cauzele frecvente ale dispareuniei profunde sunt endometrioza, aderențele pelviene și fibroamele voluminoase. În plus dispareunia poate fi clasificată în dispareunie primară, care poate fi determinată frecvent de abuzul sexual, mutilarea genitală feminină și malformațiile congenitale și dispareunie secundară, care poate avea cauze foarte variate.

Anamneza femeilor cu dispareunie trebuie să includă întrebări referitoare la simptomele asociate, iar inspecția vulvei este importantă pentru cazurile cu durere cronică. Dispareunia profundă poate fi determinată de afecțiuni care pot determina de asemenea și durerea pelviană cronică. Etiologia durerii pelviene cronice poate fi diversă și informațiile furnizate de examinarea clinică poate deseori să identifice sursa și să orienteze alte teste diagnostice. Rezolvarea dispareuniei este net dependentă de descoperirea și tratarea cauzei care stă la baza apariției simptomelor. În toate cazurile se indică și consiliere psihologică, care are un rol foarte important în rezolvarea dispareuniei, cunoscându-se faptul că există întotdeauna asociat unei cauze organice și impactul psihologic, care poate exista și independent, după ce cauza organică a fost rezolvată.

Dyspareunia

Dimitrie Pelinescu – Onciul

Life Memorial Hospital

Dyspareunia defined as painful intercourse is as a frequent gynecologic complaint. Painful intercourse may be associated with vulvar, visceral, musculoskeletal, neurogenic and psychosomatic disorders. Moreover, coexistent etiologies may lead to similar symptoms. Because of the frequent association between dyspareunia and chronic pelvic pain and frequent overlap of etiologies, physical examination and diagnostic testing often follow that for the women with chronic pelvic pain. Dyspareunia may be classified as insertional and deep. Of insertional dyspareunia the majority of cases comprise vulvodynia, vulvitis and poor lubrication. Of deep dyspareunia cases, endometriosis, pelvic adhesions and bulky leiomyomas are frequent causes. Additionally, the dyspareunia may be classified as primary dyspareunia, that may be determined by sexual abuse, female genital mutilation and congenital anomalies and secondary dyspareunia, with more varied causes. History of women with dyspareunia should include questions regarding associated symptoms and the inspection of the vulva is important for the cases with chronic pain. Deep dyspareunia is more caused by disorders that also cause chronic pelvic pain. The etiology of chronic pelvic pain can be diverse and the informations furnished by physical examination may frequently to identify the source of the pain and may to orientate the further diagnostic tests. Resolution of dyspareunia is highly dependent on the underlying cause and on the orientation of the treatment. All the cases must have psychological counselling, that could have a major importance to solve the dyspareunia, being known the psychological impact that is always associated of the organic cause, and which may be present independently, after the organic cause was solved.

SEXUALITATEA FEMEII LA MENOPAUZĂ

Cătălina Poiană

Endocrinologie – Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București

Menopauza este un fenomen natural în viața unei femei, care rezultă din pierderea funcției ovariene foliculare din cauza îmbătrânirii și care apare în jurul vârstei de 51 de ani și este definită prin 12 luni de amenoree, fără condiții patologice evidente. Aceasta poate apărea spontan sau poate fi indusă medical (chirurgie, radioterapie, chimioterapie). Menopauza este caracterizată printr-o reducere semnificativă a hormonilor sexuali steroizi și o pierdere ulterioară a fertilității feminine. Statusul hipoestrogenic în postmenopauză induce efecte negative asupra sănătății urogenitale, ca: uscăciune vaginală, pierderea elasticității vaginale, atrofia urogenitală, vaginite recurente, arsură și prurit, infecții frecvente ale tractului urinar, scăderea fluxului sangvinic vaginal, reducerea secrețiilor vaginale și creșterea pH-ului secrețiilor la un nivel alcalin, scăderea calității răspunsului la excitarea genitală sexuală. Funcția sexuală este alterată la menopauză și mai mult de jumătate dintre femeile aflate la menopauză acuză disfuncții sexuale: frecvența actelor sexuale, gradul de satisfacție sexuală, scăderea dorinței sexuale, dispareunie, anorgasmie. În această perioadă critică și în același timp, complexă, a vieții femeii, sexualitatea poate fi influențată de factori biologici, ca: schimbări hormonale asociate menopauzei, îmbătrânirea sau starea generală de sănătate, dar și de factori psihologici, culturali și sociali, cum ar fi: calitatea relației de cuplu, dificultăți sexuale ale partenerului, schimbări în starea de spirit, scăderea calității vieții, limitările sociale, nivelul de educație, starea socio-economică. În plus, o femeie la menopauză poate fi într-o relație cu un partener ce are grade variabile de disfuncție erectilă, care evită actul sexual, iar acest scenariu poate fi interpretat greșit de către o femeie, ajungând să se considere neatractivă sau cu un potențial redus de seducție. Abordarea tratamentului disfuncției sexuale feminine în menopauză este complexă: trebuie luate măsuri generale și specifice pentru a controla simptomele somatice și psihice. Strategiile abordate trebuie să răspundă așteptărilor femeilor, precum și să combată miturile sexuale. În cazurile afecțiunilor urogenitale, estrogenii topici sunt benefici. În ceea ce privește terapia cu androgeni pentru dorința sexuală scăzută, acesta este încă un subiect de dezbatere. O opțiune bună pentru disfuncții sexuale feminine la menopauză este tibolonul. În situații specifice de abuz sexual, sau de tulburări de comportament, psihoterapia este o alternativă.

Women sexuality at menopause

Catalina Poiana

Endocrinology Department „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

Menopause is a natural event in women's life, resulting from the loss of the ovarian follicular function due to aging, occurring around 51 years, and is defined by 12 months of amenorrhea, with no evident pathological conditions. It can occur spontaneous or it can be medically induced (surgery, radiation therapy, chemotherapy). It is characterized by a significant reduction in the sex steroid hormones and a subsequent loss of female fertility. The hypoeostrogenic status in postmenopause places a negative role on urogenital health, with: vaginal dryness, loss of vaginal elasticity, urogenital atrophy, recurrent vaginitis, burning and pruritus, frequent urinary tract infections, decreased vaginal blood flow, loss of vaginal secretions and increase in the pH secretions to more alkaline levels, loss of quality of the excitatory genital sexual response. Sexual function is altered in menopause, and more than half of all menopausal women have complaints of sexual dysfunction: frequency of sex, satisfaction with sex, low sexual desire, dyspareunia, anorgasmia. In this critical and in the same time complex period of woman's life, sexuality may be influenced by biological factors, as menopause related hormonal changes, ageing or general health status, but also by psychological, cultural and social factors, as: quality of the couple relationship, sexual difficulties of the partner, changes in mood, decreased quality of life, social limitations, education level, socioeconomic condition. Additionally, a menopausal woman may be in a relationship with a partner having variable degrees of erectile dysfunction, who avoids sexual act, and this scenario can be misinterpreted by the woman as being inatractive or having a reduced seductive potential. Treatment approach of female sexual dysfunction in menopause is complex: general and specific measures to control the somatic and psychic symptoms. Strategies have to be addressed to answer to women's expectations, as well as to fight against sexual myths. In cases of urogenital complaints topical estrogens are beneficial. Androgen therapy for decreased sexual desire is still a matter of debate. A good option for female sexual dysfunction at menopause is tibolone. In selected situations, as sexual abuse, behavioral disorders, etc psychotherapy is an alternative.

NEUROPATIA DIABETICĂ: o problemă între neuropatii?**Dr. Julieta Cristescu***Medic Primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice**Centrul Medical Bio-Medica International SRL, București*

Diabetul zaharat este una din cele mai mari provocări ale secolului 21 datorată incidenței globale și a proiecției de epidemie în 2030. Se estimează că DZ afectează 4% din populația României; studiile epidemiologice menționează că o persoană din trei are ca și complicație ND. Literatura de specialitate numește adesea ND ca o complicație “uitată” a DZ și ca atare trebuie să o aducem la locul pe care-l ocupă în complicațiile severe ca alterare a calității vieții pacientului cu DZ. Prezentarea se dorește a fi un UP DATE în: definiție, criteriile de diagnostic, estimarea severității acestei complicații și chiar a intervenției terapeutice bazate pe descifrarea mecanismelor patogenetice (benfotiamina și acidul alfa lipoic) nu numai terapia simptomatică. Neuropatia care apare la pacientul cu DZ este ca fiind heterogenă ca simptomatologie, model de implicare neurologică, modificări patologice, evoluție. Se trec în revistă mecanisme patogenetice bazate pe studii experimentale, forme clinice de manifestare, insistându-se asupra ND autonome cu accent pe disfuncția erectilă, marker al afectării cardiovasculare și semnificației prognosticului.

Mesajul:

- Principala provocare este depistarea precoce a oricărei forme de ND.
- Intervenția asupra factorilor de risc depistați, la orice consult medical.
- Abordare multidisciplinară, acesta fiind și scopul, obiectivele noii Societăți NEURODIAB înființată în august 2012.
- “Coming together is a beginning”, “Keeping together is progress”, “Working together is success” (HENRY FORD).

*Diabetic neuropathy: an issue between neuropathies?**Dr. Julieta Cristescu**MD Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases**Bio-Medica International SRL Medical Center, Bucharest*

Diabetes mellitus – one of biggest challenges of the 21st century, due to global incidence and to epidemiological projection on 2030. It is estimated that DM is affecting 4% of the population in Romania: the epidemiological studies mention that one person out of three has DN as a complication. The specialized literature often describes the DN as a forgotten complication of the DM and, as such, we need to bring the DN back to the position it holds among the severe complications altering the DM patient’s quality of life. The presentation intends to be an UPDATE in what concerns the definition, the diagnosis criteria, estimation of these complication’s severity and even the therapeutic intervention based on pathogenic mechanisms deciphering, not only symptomatic (benfotiamine and the alpha lipoic acid). The neuropathy appearing to the patient with DM is known as being heterogeneous as a symptomatology, model of neurological involvement, pathological modifications, evolution. On reviews the pathogenic mechanisms based on experimental studies, clinical types of manifestation, persisting on autonomous DN, with an accent on erectile dysfunction, marker of the cardiovascular problems and of the significance of the prognosis.

The message:

- *The main provocation is the early diagnosis of any type of ND.*
- *Intervention on the identified risk factors, at any medical visit.*
- *Multidisciplinary approach, this being also the purpose, the objectives of the new NEURODIAB Society, founded in august 2012.*
- *“Coming together is a beginning”, “Keeping together is progress”, “Working together is success” (HENRY FORD).*

BOALA TIROIDIANĂ AUTOIMUNĂ – IMPACT ASUPRA SEXUALITĂȚII FEMEILOR CU FUNCȚIE OVARIANĂ PREZENTĂ

Dana Stoian

Departamentul de Obstetrică Ginecologie, Disciplină Ginecologie III-Sexologie
Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara

Zona de vest a României este o zonă cu aport excesiv de iod, aport ce favorizează apariția bolii tirodiene autoimune într-o proporție crescută. Astfel cel puțin 10% din populația feminină suferă de această entitate etiopatogenetică, în toate formele acesteia de manifestare: eutiroidie, hipotiroidie sau mai rar hipertiroidie. În aceste condiții de prevalență importantă, lucrarea de față își propune să evalueze prevalența disfuncțiilor sexuale feminine în această grupă particulară de femei. Normele de definiție a normofuncției tirodiene sunt variabile în funcție de elementul urmărit: funcția ovariană normală (pragul TSH < 2.5 mUI/l recomandat la debutul sarcinii), fluxul cerebral optim (TSH < 3 mUI/L0), respectiv pragul de instituire a tratamentului de substituție în general TSH > 4 mUI/L. Lotul de studiu este alcătuit din femei cu vârsta cuprinsă între 18-40 de ani, cu boală tiroidiană autoimună recent diagnosticată, fără alte endocrinopatii, netratată până în momentul evaluării. Lotul de control – femei aged matched fără afecțiuni tiroidiene, aparent sănătoase, fără alte endocrinopatii. Evaluare: anamneză, profil hormonal de fază foliculară, profil tiroidian, completare FSFI la intrarea în observație.

Rezultate: incidența disfuncțiilor sexuale, definite obiectiv prin valoarea scorului total FSFI < 23 puncte, este semnificativ mai mare în grupul pacientelor cu tiroidită autoimună, indiferent de stadiul afecțiunii. Domeniul dorinței sexuale, a excitabilității genitale și implicit a satisfacției sexuale sunt cele mai frecvent afectate. Prevalența crescută a patologiei sexuale la acest grup de paciente, este independentă de prezența hiperprolactinemiei, respectiv de fluctuațiile estrogenemiei. Valoarea Prag a TSH determinată cu ajutorul curbelor ROC, în acest lot evaluat, s-a dovedit a fi apropiată de cea considerată optimă pentru un flux cerebral central de calitate.

Concluzie: studii detaliate trebuie efectuate pe acest grup particular de cazuri, în condițiile în care prevalența acestei afecțiuni este în creștere.

Autoimmune thyroid disease - impact on sexuality of women with ovarian function

Dana Stoian

Department of Obstetrics and Gynecology, Gynecology III Discipline – Sexology
“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Timisoara

The western area of Romania is an excessive intake of iodine, which favors the occurrence of autoimmune thyroid disease. Thus at least 10% of the female population suffers from this etiopathogenic entity in all its forms of manifestation: euthyroid, hypothyroidism or rarely, hyperthyroidism. In these conditions of significant prevalence, this presentation aims to assess the prevalence of female sexual dysfunction in this particular group of women. Definitions of thyroid normal functions vary, depending on the target element: normal ovarian function (TSH threshold <2.5 mIU / l recommended the onset of pregnancy), optimal cerebral flow (TSH <3 mIU/L0) and threshold of establishing general substitution treatment TSH > 4 mIU / L. The study group consists of women aged 18-40 years with newly diagnosed autoimmune thyroid disease without other endocrinopathies, untreated until evaluation. Control group - aged matched women without thyroid disease, apparently healthy, without other endocrinopathies. Evaluation: history, follicular phase hormonal profile, thyroid profile, FSFI fill at the entry into observation. Results: The incidence of sexual dysfunction, objectively defined by the value of total FSFI score <23 points, is significantly higher in the patients with autoimmune thyroiditis, regardless of disease stage. The sexual desire, sexual excitability and thus the sexual satisfaction are most commonly affected. High prevalence of sexual pathology in this patient group is independent from the presence of hyperprolactinemia, respectively estrogenemia fluctuations. TSH threshold value determined by ROC curves, evaluated in this group was found to be close to that considered optimal for central cerebral flow quality. Conclusion: detailed studies should be conducted on this particular group of cases, while the prevalence of the disease is increasing.

DINCOLO DE ...LIBIDO**Simona Juliette Mogoș, Voichița Mogoș***Clinica de Endocrinologie, Spitalul "Sf. Spiridon",
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași*

Dorința sexuală se traduce prin frecvența activității sexuale, frecvența cu care apar fanteziile sexuale și gândurile sexuale și inițierea activității sexuale. În DSM IV dorința sexuală hipoactivă este definită drept „deficiența persistentă sau recurentă (sau absența) a fanteziilor sau dorinței pentru activitatea sexuală determinând o nemulțumire marcată și dificultăți în relațiile interpersonale”. Un rol important în dezvoltarea dorinței sexuale revine, la bărbați, testosteronului de care depind și excitația sexuală, fanteziile sexuale și frecvența activității coitale. Dorința sexuală este stimulată de dopamină și de feromoni și redusă de serotonină, prolactină, cortizol, estrogeni, progesteron și histamină. Centrii hipotalamici și cei din sistemul limbic sunt sensibili la două categorii de factori care incită sau deprimă dorința sexuală. Factorii incitanți sunt fiziologici (testosteronul, afrodisiacele și stimularea sexuală directă) și psihologici (atractivitatea partenerii, stimulii erotici, fanteziile sexuale, dragoste). Dorința sexuală poate fi inhibată de tulburări hormonale – deficitul de testosteron, hiperprolactinemie, droguri care interferează cu funcția sexuală, depresie sau de factori psihologici: lipsa de atractivitate a partenerii, fantezii și gânduri care se opun activității sexuale, stres și furie. Hiperprolactinemia deprimă sexualitatea la 80 % dintre subiecți. Cea mai afectată în hiperprolactinemie, independent de etiologie este dorința sexuală. În cazul în care se identifică o cauză organică sau hormonală, tratamentul poate fi etiologic: administrarea de testosteron sau terapii antiprolactinice. Administrarea de testosteron este utilă pentru subiecții cu interes sexual scăzut și disfuncție erectilă dar nu modifică funcția erectilă dacă aceasta nu este legată de reducerea dorinței sexuale. Scala AMS (Aging Male Scale) permite aprecierea impactului deficitului de testosteron asupra calității vieții, gradul de conștientizare a existenței LOH și importanța pe care subiectul o acordă acestuia. Este utilă pentru aprecierea efectelor terapiei de substituție cu testosteron. Impactul deficitului de testosteron poate fi apreciat de asemenea cu ajutorul ADAM (Androgen Deficiency Aging Male) și IIEF - chestionar ce apreciază global funcția sexuală a bărbatului adult. Funcția sexuală a bărbatului adult este menținută de nivele mai reduse ale testosteronului decât cele considerate normale, iar pragul pentru efectele comportamentale crește cu vârsta. Diferitele manifestări ale activității sexuale impun nivele diferite ale testosteronului: 400 ng/mL pentru erecțiile nocturne, 500 ng/mL pentru interesul sexual și 600 ng/mL pentru actul sexual. Testosteronul crește volumul ejaculatului, calitatea orgasmului, satisfacția legată de funcția sexuală, numărul de tentative coitale cu succes și procentul erecțiilor complete.

*Beyond ...libido**Simona Juliette Mogos, Voichita Mogos**Department of Endocrinology, "SF.SPIRIDON" Hospital, University of Medicine and Pharmacy,
"GR.T.POPA" IASI*

Sexual desire is reflected by the frequency of sexual activity, frequency of sexual thoughts and sexual fantasies occur and initiate sexual activity. Hypoactive sexual desire in DSM IV is defined as "persistent or recurrent deficiency (or absence) of sexual fantasies or desire for work leading to a marked dissatisfaction and difficulties in interpersonal relationships. "An important role in the development of sexual desire in men is testosterone dependent and sexual arousal, sexual fantasies and frequency of coital activity. Sexual desire is stimulated by dopamine and pheromones and inhibited by serotonin, cortisol, prolactin, estrogen, progesterone and histamine. Hypothalamic centers and the limbic system are susceptible at two types of factors that incite or suppress sexual desire. Exciting factors are physiological (testosterone, aphrodisiacs and direct sexual stimulation) and psychological (attractive partner, erotic stimulation, sexual fantasies, love). Sexual desire can be inhibited by hormones - testosterone deficiency, hyperprolactinemia, drugs that interfere with sexual function, depression or psychological factors: a lack of attractive partner, fantasies and thoughts that oppose sexual activity, stress and anger. Hyperprolactinemia suppress sexuality in 80% of subjects. The most affected in hyperprolactinemia, regardless of etiology is sexual desire. If an organic or hormonal cause is identified, treatment may be ethiologic, testosterone substitution or dopamine agonists therapies. Administration of testosterone is useful for subjects

with low sexual interest and erectile dysfunction but erectile function does not change unless it is related to reduced sexual desire. Scale AMS (Aging Male Scale) allows assessment of the effect of testosterone deficiency on quality of life, awareness of the existence of LOH and the importance it attaches to this subject. It is useful for assessing the effects of replacement therapy with testosterone, deficiency can also be appreciated by ADAM (Androgen Deficiency Aging Male) and IIEF-questionnaire that considers overall males sexual function. Adult male sexual function is maintained by lower levels of testosterone than those considered normal, and threshold for behavioral effects increases with age. Various manifestations of sexual activity require different levels of testosterone: 400 ng / mL for nocturnal erections, 500 ng / mL for sexual interest and 600 ng / mL for intercourse. Testosterone increase ejaculate volume, quality of orgasm, satisfaction related to sexual function, number of successful coital attempts and percentage of full erections.

URGENȚA URINARĂ ȘI CALITATEA VIEȚII

Calomfirescu Nicolae

“Life Memorial Hospital” Medlife București, Calea Griviței nr. 365

Urgența urinară, solitară sau asociată cu alte simptome generale sau urinare, devin în practica mea o nouă cutie a Pandorei, din punct de vedere profesional. Analiza minuțioasă a simptomelor centrate pe urgența urinară (în comparație cu prietenii, în raport cu noaptea, cu vacanța, cu câțiva ani în urmă etc.) cer multă răbdare și atenție.

Diferența dintre urgența urinară, problema comportamentală, problema secundară stresului cronic, diabetului necunoscut sau vezica hiperactivă pură este mare. De prea multe ori se confundă cu infecția urinară, cu cistita cronică, se diagnostichează superficial și se tratează în consecință. Atât femeile cât și bărbații suferă social, profesional, cultural, sexual și relațional datorită urgenței urinare asociate sau nu cu frecvența urinară crescută sau uneori cu pierderi de urină premicțional. Rușinea, teama de penibil strică viața în toate formele ei și retragerea din ea în resemnare pentru cei suferinzi.

Urinary urgency and quality of life

Nicolae Calomfirescu

“Life Memorial Hospital” Medlife Bucharest, Grivitei no. 365

Urinary urgency, solitary or associated with other systemic or urinary symptoms becomes, in my practice a new box of Pandora, from a professional perspective. Thorough analysis focused on urinary urgency symptoms (compared with friends, with the night, the holidays, a few years ago and so on) require a lot of patience and attention. Difference between urinary urgency, problem behavior, secondary problems of chronic stress, unknown diabetes or pure overactive bladder is high. Too often it is confused with urinary infection, with chronic cystitis or it is diagnosed and treated improper. Both women and men suffer in term of social, professional, cultural, sexual and relational, due to urinary urgency with or without increased urinary frequency or sometimes urinary losses. Shame, fear of embarrassment ruins life in all its forms and resignation for those suffering.



Lista alfabetică a autorilor

A		J	
Abd Halal Ateia	26	Jinga V.....	26
B		M	
Bala C.	25	Mihalca R.	18, 22
Bancu Ș.	28	MOGOȘ S. J.	34
Bardan R.	29	MOGOȘ V.	34
Belinki C.	17	N	
Brînzan D.....	24	Neicuțescu C.....	16
C		P	
Calomfirescu N.	16, 28, 35	Păiusan L.	24
Caragheorgheopol A.....	27	Păun D.....	27
Carsote M.....	27	Pelinescu-Onciul D.	30
Clătici V.	22	Poiană C.	27, 31
Coca M.C.	25	S	
Coca V.	19, 21, 25	Stoian D.....	33
Cristescu J.....	32	T	
F		Tomescu V.....	20
Fica S.....	22	Trifănescu R.....	27
Fodor A.....	25	V	
G		Voinescu V.....	26
Georgescu C.....	25	H	
H		Hurduc M.....	26

PARTENER PRINCIPAL



PARTENERI

SODIMED



Lilly



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



ZENTIVA

Part of the sanofi-aventis group

STORZ MEDICAL



PARTENERI MEDIA



VIATA MEDICALA

Săptămânal
al personalului
medico-sanitar

Pharma Business

ORGANIZATORI



BMP.advertising

