



info
MEDICINA SEXUALITĂȚII

Save the date!

EUROPEAN SOCIETY
FOR SEXUAL MEDICINE



15th CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE

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

www.essm.org



Hosted by: The Dutch Society for Sexual Medicine
Vereeniging de Vereniging voor Seksuele Distinctie, VVSD



CUPRINS

Dincolo de austeritate	pag	4
Imaginea de sine și calitatea vieții pacientului dializat	pag	5
Eveniment: A.M.S.R. 2012	pag	8
Cuvânt președinte.....	pag	9
Detalii organizatorice	pag	10
Program.....	pag	13
Invitați străini	pag	18
Rezumatele lucrărilor:		
Lucrări vineri 20 aprilie	pag	20
Lucrări sâmbătă 21 aprilie	pag	31
Lucrări duminică 22 aprilie	pag	48
Micul Paris	pag	57
Invitație A.M.S.R. 2013	pag	59

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

Dincolo de austeritate

Nicolae Calomfirescu

Președinte A.M.S.R.

Criza, care a devenit evidentă în 2007/2008, deși își arătase colții cu ceva timp înainte, a blocat mult, a schimbat multe paradigme existente și a generat noi reguli, o nouă atitudine. Acestea se fac observate la nivel individual, la nivel de cuplu, grup social, grup profesional, la nivel de comunitate. Criza care a generat austeritatea, generează conduite noi și de ce nu, atitudini și soluții noi.



Epoca "El DORADO" individual, consumul pe datorie, se pare că a apus, cureaua se strânge mult, foarte mult, în toate domeniile de activitate. Presiunea a crescut, iar individul o resimte din ce în ce mai mult, iar manifestările evaluabile medical sau psihologic au devenit mai complicate. Pentru mulți, viața a devenit un gen de orhecăială, din care, doar puterea de adaptare și căutarea de soluții face ca lucrurile să meargă înainte.

Asociația noastră, în al 12-lea an de activitate, a avut de trecut un examen în ceea ce privește organizarea conferinței de anul acesta. Regulile

implementate de ARPIM (Asociația Română a Producătorilor și Importatorilor de Medicamente) cu privire la relația companii farmaceutice, manifestări profesionale medicale, suport financiar, loc de desfășurare, au generat necesitatea regândirii și adaptării de soluții pentru a continua, dacă se vrea.

Asociația pentru Medicina Sexualității, având în vedere domeniul interdisciplinar, independent de o specialitate medicală bine conturată, este mult mai fragilă în acest nou context al austerității reglementate ARPIM, dar de fapt deja existent în lumea largă. Mulți dintre noi am putut observa că generozitatea reuniunilor medicale a scăzut, că sponsorizarea s-a diminuat, că numărul participanților a scăzut mai de mult, iar mesele colegiale au dispărut de pe agendă.

A venit momentul și la noi să ne aliniem la aceste reguli. A.M.S.R. a implementat parțial aceste reglementări, treptat, de mai mulți ani (a se vedea dejunul sub formă de "pachețel", scăderea costurilor de secretariat, căutarea de locații corecte financiar etc.).

Nu știu cum se vor implementa noile reglementări la societățile și asociațiile puternice, cu număr mare de membri cotizanți și participare mare numeric și multe companii farmaceutice interesate. Pentru asociația noastră nu va fi ușor să continue în contextul noului climat. Continuarea A.M.S.R. pe 2012 este asigurată greu, pentru anii următori vom vedea.

Fac un apel la cei ce se declară membri A.M.S.R. și vor ca această asociație să continue, să existe, să contribuie prin materiale științifice și profesionale și prin plata la timp a cotizației anuale și taxele de participare, care și așa nu sunt exagerate.

Trecem greu financiar de A.M.S.R. 12, dar avem satisfacția profesională că programul științific este de mult mai divers, mai consistent, ceea ce înseamnă încă o victorie. Sper și doresc să nu fie o victorie a la PIRUS, iar din această austeritate să ieșim și să continuăm cu cei ce vor.

Vă invit să sprijiniți AMSR și dincolo de austeritate.

Imaginea de sine și calitatea vieții pacientului dializat

Botaș Daniela

Confruntarea cu evenimente diverse poate scoate la iveală dimensiuni noi ale personalității sau le dezvoltă pe cele subdimensionate. Cunoașterea de sine este un proces cognitiv, afectiv și motivațional individual, dar suportă influențe puternice de mediu.

După OMS din 1998, calitatea vieții este dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență cu propriile trebuințe, standarde și aspirații. Mai precis, prin calitatea vieții, în medicină, se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană.

Imaginea de sine se referă la totalitatea percepțiilor privind abilitățile, atitudinile și comportamentele personale. Poate fi înțeleasă ca o reprezentare mentală a propriei persoane. Imaginea de sine presupune conștientizarea a „cine sunt eu” și a „ceea ce pot să fac eu”. Influențează atât percepția lumii cât și a propriilor comportamente. O persoană cu o imagine de sine săracă sau negativă va tinde să gândească, să simtă și să se comporte negativ. Cunoașterea de sine și formarea imaginii de sine sunt procese complexe ce implică mai multe dimensiuni. Imaginea de sine (Eu-I), nu este o structură omogenă. În cadrul imaginii de sine facem distincția între Eu-I real, Eu-I viitor și Eu-I ideal.

Eu-I real și Eu-I actual sunt rezultatul experiențelor noastre, al cadrului social și cultural în care trăim. Eu-I real cuprinde Eu-I fizic care structurează dezvoltarea, încorporarea și acceptarea propriei corporalități, modul în care persoana se percepe pe sine și modul în care ea crede că este percepută de ceilalți. Imaginea corporală determină gradul în care te simți confortabil în și cu corpul tău. Dacă această imagine este puternic influențată și nu corespunde Eu-lui fizic, poate genera sentimente de nemulțumire, neîncredere, furie, izolare.

Eu-I cognitiv se referă la modul în care sinele receptează și structurează conținuturile informaționale despre sine și lume și la modul în care operează cu acestea. Unele persoane fac atribuiri interne pentru evenimente negative astfel încât se autoculpabilizează permanent, alte persoane fac atribuiri externe pentru a-și menține

imaginea de sine pozitivă.

Eu-I emoțional (Eu-I intim sau Eu-I privat) sintetizează totalitatea sentimentelor și emoțiilor față de sine, lume și viitor. Cu cât o persoană are un Eu emoțional mai stabil cu atât va percepe lumea și pe cei din jur ca fiind un mediu sigur, care nu amenință imaginea de sine.

Eu-I social este dimensiunea personalității pe care suntem dispuși să o expunem lumii, este „vitrina” persoanei. Cu cât discrepanța dintre Eu-I emoțional și cel social este mai mare, cu atât gradul de maturare al persoanei este mai mic.

Eu-I spiritual reflectă valorile și jaloanele existențiale ale unei persoane.

Eu-I viitor (Eu-I posibil) vizează modul în care persoana își percepe potențialul de dezvoltare personală și se proiectează în viitor. Încorporează aspirațiile, motivațiile și scopurile de durată medie și lungă. Eu-I viitor este o structură importantă de personalitate deoarece acționează ca factor motivațional în comportamentele de abordare strategică și în acest caz devine Eu-I dorit. Eu-I viitor încorporează și posibilele dimensiuni neplăcute de care ne este teamă să nu le dezvoltăm în timp (alcoolism, singurătate, eșuare) și în acest caz poartă denumirea de Eu-I temut.

O persoană optimistă va contura un Eu viitor dominat de Eu-I dorit pentru care își va mobiliza resursele motivaționale și cognitive. Eu-I temut, comportamentele evitante și emoțiile negative vor caracteriza o persoană pesimistă.

Fiecare dintre aceste două Eu-ri viitoare are atașat un set emoțional: încredere, bucurie, plăcere sau anxietate, furie, depresie.

Trebuie făcută distincție între Eu-I viitor și Eu-I ideal.

Eu-I ideal este ceea ce ne-am dori să fim, dar în același timp suntem conștienți că nu avem resurse reale să ajungem. Eu-I viitor este cel care poate fi atins, pentru care putem lupta să îl materializăm și prin urmare ne mobilizează resursele proprii. Eu-I ideal este, ca multe dintre idealuri, o himeră. Când ne apropiem sau chiar atingem așa numitul ideal, realizăm că dorim altceva și acel altceva devine ideal, și tot așa până la sfârșitul existenței noastre, până la moarte.

Moartea este o parte inseparabilă a vieții și meditația pe tot parcursul vieții asupra morții mai degrabă îmbogățește viața decât o sărăcește. Deși moartea distruge omul la nivel fizic, ideea morții îl salvează. Faptul că ne conștientizăm moartea personală, acționează ca un îndemn de a trece la un mod de existență superior. Există anumite condiții fixe, anume „experiențe cruciale”, care ne smulg, ne extrag din prima stare, cea cotidiană, orientându-ne către starea de asumare conștientă a ființei.

Calitatea vieții este determinată de anumiți factori - gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană, percepția poziției în viață a persoanei, în contextul cultural și axiologic în care trăiește și în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii, evaluarea stării proprii de sănătate, prin raportare la un model ideal, lucrurile ce sunt considerate importante în viața persoanelor.

Pacienții supuși hemodializei, inițial, aflând diagnosticul medical - insuficiență renală cronică - program de hemodializă - se lovesc de conștientizarea începutului sfârșitului funcționării lor ca oameni cu imagine de sine pozitivă. Inițierea dializei reprezintă un moment extrem de stresant pentru pacient. Cel mai dificil aspect pe care bolnavul trebuie să îl înțeleagă și să îl accepte este că dializa nu vindecă boala renală. Conștientizarea acestui fapt dezorganizează viața bolnavului, acesta fiind obligat să-și perceapă altfel corpul și să-și reconsidere rolurile sale personale, profesionale și familiale.

Factorii complecși psihosociali afectează pacientul dializat. Pierderea rolului social, alterarea planurilor de viitor, afectarea imaginii de sine, calitatea vieții, problemele emoționale datorate bolii, sunt câteva dintre realitățile la care pacientul trebuie să se adapteze.

Studiile observaționale, bazele de date administrative, au indicat faptul că pacienții cu boală cronică renală prezintă un risc crescut atât pentru progresia către boală renală cronică stadiu terminal, cât și pentru morbiditatea și mortalitatea cardio-vasculară.

Care este imaginea de sine a unui pacient uremic? Aceasta este direct corelată cu aspectul fizic exterior și cu starea generală a organismului. Boala determină schimbări la nivelul activităților fizice, vocaționale și sociale, marcate prin dezechilibru fizic, psihologic și social.

Uremia reprezintă stadiul terminal al bolii cronice renale. Proporția pacienților cu BCR care se prezintă ca urgență uremică nu depășește 5%. Tegumentele pot prezenta escoriații datorită pruritului intens, purpură sau descumare furfuracee. Este prezent edemul generalizat. Starea generală se deteriorează cu circa 6 luni anterior, manifestată prin dispnee, anorexie, prurit și nicturie. De cele mai multe ori, halena tipică uremică cu miros de amoniac alertează medicul de familie și aparținătorii.

Deteriorarea graduală și lentă a stării de sănătate face ca adresarea la medic să fie tardivă. Manifestările clinice ale pacientului uremic sunt numeroase și implică afectarea majorității organelor și sistemelor. Tulburările neurologice însoțesc BCR. Apar ca prime simptome scăderea capacității de concentrare, somnolența sau insomnia. În stadiile ulterioare se constată modificări comportamentale ușoare, pierderea parțială a memoriei și erorile de raționament, însoțite uneori de iritabilitate neuromusculară, sughiț, crampe, fasciculații și tresăriri musculare.

Manifestările clinice sunt corelate cu gradul și rapiditatea de progresie a bolii cronice renale. Apare „sindromul picioarelor neliniștite” care tulbură somnul pacientului. „Sindromul picioarelor fierbinți” descrie parestezii dureroase cu caracter de arsură la nivelul plantei și feței dorsale a piciorului, care se tumefiază și se înroșește.

Nu în cele din urmă, tulburările psihice, unele dintre ele majore, ca anxietatea și depresia, însoțesc tabloul neurologic al pacientului uremic. Greța, vărsăturile, anorexia, alterarea gustului, halena uremică, ulcerațiile mucoasei tractului gastrointestinal întregesc simptomatologia. Pacientul prezintă astenie musculară, dureri osoase spontane sau la compresie, deformări osoase, fracturi spontane și întârzierea creșterii.

Scăderea concentrației serice a testosteronului la pacientul uremic are drept consecință tulburări gonadale, mai evidente la bărbați decât la femei. La adolescenți apare o întârziere în maturarea sexuală și în creștere, la bărbați apare impotența, oligospermia și ginecomastia, la femei apare dismenoreea și metroragiile, iar la ambele sexe, scăderea libidoului și sterilitatea. Pe lângă scăderea testosteronului seric, printre mecanismele impotenței sexuale la pacienții cu boală renală cronică terminală, mai fac parte: depresia, neuropatia sistemului autonom, hiperprolactinemia și medicația antihipertensivă. O altă cauză a disfuncției gonadale ar putea fi carența de zinc, deoarece administrarea de zinc duce la restabilirea funcției sexuale.

Pacientele cu boală cronică de rinichi prezintă modificări ale ciclului menstrual, scăderea fertilității și tulburări de dinamică sexuală. În majoritatea cazurilor devin amenoreice înainte de a intra în programul de dializă. Menstruația reapare într-o proporție de 60% odată cu începerea dializei, majoritatea femeilor acuzând modificări ale ciclului menstrual normal (flux redus și neregulat sau hipermenoree).

Pacientele cu BCR ajung la menopauză cu aproximativ 4-5 ani mai devreme. Efectele de scurtă durată a hipogonadismului sunt îmbătrânirea pielii, incontinența urinară, tulburări de somn sau depresie. Majoritatea pacientelor acuză un libidou scăzut, aversiune pentru actul sexual și dificultăți în atingerea orgasmului. Modificările endocrinologice la pacientele cu BCR, în special producția scăzută de estrogeni, duc la uscăciunea vaginală și dispareunie. Până la 65% din pacientele dializate acuză tulburări de dinamică sexuală și aproximativ 40% relatează încetarea actului sexual.

Tulburările sexuale și de fertilitate la pacienții dializați necesită un efort susținut și o abordare complexă din partea unei echipe multidisciplinare (nefrolog, ginecolog, endocrinolog, psiholog). Rezultatele favorabile, fie că e vorba de îmbunătățirea activității sexuale, creșterea libidoului, corectarea tulburărilor de menstruație sau ducerea la termen a unei sarcini, au întotdeauna un impact real asupra stării de sănătate și a calității vieții pacienților dializați.

Boala nu întreabă pe nimeni dacă este pregătit să o primească sau nu. Bolnavul cu IRC și în program de dializă are nevoie de reorganizarea vieții, de adoptarea unui nou stil de viață adaptat la limitările impuse de afecțiune. Pentru a echilibra dimensiunile calității vieții este important să se acționeze în mai multe planuri. Pentru bunăstarea emoțională sau psihică, ilustrată prin indicatori precum - fericirea, mulțumirea de sine, este necesar un suport psihologic pentru restabilirea sentimentului identității personale, evitarea stresului excesiv, pozitivarea stimei de sine, îmbogățirea vieții spirituale, asigurarea unui sentiment de siguranță atât din direcție medicală cât și în plan familial. Pentru pacienții dializați se organizează programe care reușesc să stabilească relații interpersonale, prietenii, contacte sociale și suport social.

Pentru restabilirea bunăstării fizice se intervine cu programe care îi ajută să redescopere plăcerea unei acțiuni zilnice - odihna, plimbarea, relaxarea, efectuarea gimnasticii medicale, activități preferate interesante, sunt încurajați să-și depășească condiția prin acțiuni cu scop recreativ, să-și redobândească încrederea în viață. Menținerea autonomiei, posibilitatea de a face alegeri personale, capacitatea de a lua decizii, autocontrol personal, prezența unor scopuri clar definite, redimensionează calitatea vieții.

Benjamin Franklin afirmă „Cele mai dificile 3 lucruri în viață sunt: a păstra un secret, a ierta și a profita de timp”.



ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE



COLEGIUL MEDICILOR
DIN ROMÂNIA



COLEGIUL FARMACIȘTILOR
DIN ROMÂNIA

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

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

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



Pasajul Basarab



Parcu Herăstrău



Areul de Triumf



Ateneul Român

Sponsori



Parteneri



www.amsr.ro

Cuvânt Președinte

Iată-ne din nou împreună pentru cea de-a XII-a Conferință a A.M.S.R., eveniment ce a devenit prin munca, perseverența și chiar încăpățănarea unui grup de entuziaști, o prezență obișnuită în peisajul evenimentelor științifice din luna aprilie. De data aceasta ne întâlnim în București, în săptămâna ce succede Sărbătorile Pascale.

Pentru mine, evenimentul are o conotație specială, fiind al X-lea A.M.S.R. la care particip. Practic, am crescut împreună și, alături de cei care susțin această proiect, încercând să mergem mai departe, să supraviețuim într-un context socio-economic tot mai nefavorabil.

Vorbind despre organizare, trebuie să menționez că este o ediție dificil născută, implicând chiar și sacrificii uneori. Programul cuprinde cea de-a 7-a Conferință ESSM, invitatul din acest an fiind un psiholog din Salonic, unul din cele mai active centre în domeniul medicinei sexualității, la conducerea acestui centru aflându-se Prof. Hadzikristou. De asemenea, regăsim în program un invitat special,

din partea unei societăți prietene din ESSM: Dr. Juhana Piha, președintele Societății Finlandeze de Medicina Sexualității.

Noutatea este prezența în România a Summitului Eurasiatic de Andrologie, ce se va desfășura în data de 21 aprilie la Hotel Capital Plaza, în paralel cu lucrările A.M.S.R. Aliniindu-se la tematica ESSM, lucrările A.M.S.R. vor aborda, în prima zi, disfuncțiile sexuale masculine, în a doua zi, disfuncțiile sexuale feminine, iar în cea de-a treia zi tema va fi varia, alături de problemele organizatorice. Și de această dată abordarea este multidisciplinară, medicală și psihologică.

Să ne bucurăm, așadar, de momentele frumoase în care vom fi împreună, să învățăm unii de la alții pentru binele pacienților noștri - însuși motivul existenței AMSR și a noastră.

Cu drag,
Cătălin Belinski

Here we are, back together at the XIIth Conference of A.M.S.R. This event became, through hard work, perseverance and even the obstinacy of a group of enthusiasts, a common presence in the scientific events landscape of April. This time we'll meet in Bucharest, in the week which succeeds the Easter Holidays.

For me, the event has a special connotation, being the 10th A.M.S.R. I have attended. Basically, I grew up and, with those who support this project, trying to move on, to survive in an unfavorable socio-economic context.

Speaking about the organization, I should mention that this is a hardly born edition, involving sometimes even sacrifices. The programme includes the 7th ESSM Conference, and the guest this year is a psychologist from Thessaloniki, one of the most active centers in sexual medicine, led by Prof. Hadzikristou. Also, we have a special guest,

from ESSM Society: Dr. Juhana Piha, president of Finnish Society for Sexual Medicine.

The novelty, is the presence of the Eurasian Summit of Andrology in Romania, held on 21 of April, at Capital Plaza Hotel, simultaneously with A.M.S.R. In line with the ESSM theme, the A.M.S.R. Conference will address male sexual dysfunction, in the first day, female sexual dysfunction in the second day, and the third day theme will vary, together with organizational problems. Again, the approach is multidisciplinary, medical and psychological.

Therefore, let's enjoy the moments together, learn one from each other, for our patients well being - the very reason of A.M.S.R. and ours.

*Sincerely yours,
Catalin Belinski*

DETALII ORGANIZATORICE

Primirea participanților

Cea de-a XII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională se desfășoară în București, Hotel Capital Plaza, în sălile Ion Mincu și Mihail Kogălniceanu, în perioada 20-22 aprilie 2012.

Limba oficială

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

Înregistrarea participanților

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

Programul Secretariatului:

Vineri, 20 aprilie, orele 11.00-18.00

Sâmbătă, 21 aprilie, orele 09.00-18.00

Duminică, 22 aprilie, orele 09.00-14.30

Expoziția medicală

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

Vineri, 20 aprilie, orele 13.00-19.00

Sâmbătă, 21 aprilie, orele 08.30-19.00

Duminică, 22 aprilie, orele 08.00-14.30

Educație Medicală Continuă și Premii

Cea de-a XII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu participare internațională este creditată cu 16 credite EMC. Diplomele de participare vor fi distribuite duminică, 22 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 XIII-a Conferință Națională a A.M.S.R. (București 2013) pentru primul autor. Câștigătorul va fi anunțat la Închiderea lucrărilor, duminică, 22 aprilie, ora 14.00.

Detalii tehnice pentru vorbitori

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

Taxe de participare (on site)

Membri AMSR cu cotizația plătită/2011: 450 lei

Medici specialiști / psihologi: 600 lei

Medici de familie: 450 lei

Medici rezidenți*: 300 lei

Studenți: 200 lei**

Medici seniori*: 300 lei

Însoțitori: 300 lei

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

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

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 2012 în valoare de 150 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.

GENERAL INFORMATION

Conference venue

The XIth National Conference of Sexual Medicine is held in Bucharest, Capital Plaza Hotel, Ion Mincu Hall and Mihail Kogălniceanu Hall, during the 20, 21 and 22 of April 2012.

Conference language

The official language of the Conference is Romanian.
The ESSM, ESSM Affiliated Society will be held in English.

Conference registration

All conference materials and documentation will be available from de conference registration desk located in foyer.

Opening hours:

- Friday, 20 of April, 11.00-18.00 hours,
- Saturday, 21 of April, 09.00-18.00 hours,
- Sunday, 22 of April, 09.00-14.30 hours.

Medical Exhibition

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

- Friday, 20 of April, 13.00-19.00 hours,
- Saturday, 21 of April, 08.30-19.00 hours
- Sunday, 22 of April, 08.00-14.30 hours.

Continuing Medical Education (CME) and Awards

The XIth National Conference of Sexual Medicine is credited with 16 CME credits. The accreditation diploma will be given Sunday, 22 of April, at the Registration desk.

The "Eusebiu Zbranca" Prize will be given to the best paper presented during the Conference. The prize is offered by A.M.S.R. and will consist of free registration and accommodation for the XIIIth National A.M.S.R. Conference (Bucharest 2013) for the first author. The winner will be announced at the Closing Ceremony, Sunday 22 of April, 14.00 hour.

Technical details for speakers

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

Registration fee (on site)

AMSR Members with paid tax/2011:	450 ron
Specialists/Psychologists:	600 ron
Family Practitioners:	450 ron
Residents *	300 ron
Students**:	200 ron
Retired Doctors*:	300 ron
Accompanying Person:	300 ron

*Only with documents evidencing such status;

**at the university of medicine or psychology, based on relevant student card.

Registration fee can be paid at the Registration desk.

Registration fee for the Delegate includes: access to all sessions and to the medical exhibition, conference kit and materials, including program and book of abstracts, accreditation diploma, access to welcome cocktail and lunches, and coffee breaks. For registrations during the period of the conference A.M.S.R. cannot guarantee all the materials.

A.M.S.R. membership subscription

You can subscribe for A.M.S.R. membership during the Conference at the Registration desk by filling up a subscribing form and paying 150 RON as a subscription fee. Please contact the Conference Secretary for further information and details.

Logistics and hotel accommodation

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

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

Poți impresiona o femeie
în două moduri

Cu Diamante sau...

Viagra® (conținutul dintr-un)

COMPOZIȚIE CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat filmat conține sildenafil 25, 50 sau 100 mg sub formă de citrat de sildenafil. **Indicații terapeutice:** Tratatamentul bărbaților cu disfuncție erectilă. **Doza și mod de administrare:** Doza recomandată este de 50 mg sildenafil administrată cu aproximativ o oră înainte de activitatea sexuală. În funcție de eficacitate și tolerabilitate, doza poate fi crescută la 100 mg sildenafil sau poate fi scăzută la 25 mg sildenafil. Doza maximă recomandată este de 100 mg sildenafil. Frecvența maximă de administrare recomandată este o dată pe zi. Dacă VIAGRA se administrează în timpul mesei, instalarea efectului se face mai lent decât atunci când se administrează în condiții de repaus alimentar. VIAGRA nu este indicată la persoane cu vârsta sub 18 ani. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Este contraindicată administrarea concomitentă a sildenafilului cu donori de oxid nitric (cum este nitritul de amil) sau cu orice formă de nitrat. VIAGRA este contraindicată la pacienții la care s-a instalat pierderea vederii la un ochi datorită neuropatiei optice anterioare (ischemice, non-arteritice). În cazurile de insuficiență hepatică severă, hipotensiune arterială (tensiunea arterială < 90/50 mmHg), antecedente personale recente de accident vascular cerebral sau de infarct miocardic, boli cardiovasculare degenerative cunoscute ale reținei cum este retinita pigmentară. Nu trebuie administrată la bărbații la care activitatea sexuală nu este indicată (de exemplu pacienți cu tulburări severe cardiovasculare cum sunt angina instabilă sau insuficiența cardiacă severă). **Atenționări și precauții speciale:** insuficiență renală severă (clearance al creatininei < 30 ml/min); insuficiență hepatică (de exemplu ciroză); stenoză aortică; cardiomiopatie hipertrofică obstructivă; atrofia sistemică multiplă; factori preexistenți de risc cardiovascular; deformări semnificative ale penisului; afecțiuni predispozante la priapism; tulburări vizuale; tratament cu blocanți alfa adrenergice; simptome de hipotensiune arterială posturală; pacienți cu tulburări convulsivă sau ulcer gastro-duodenal activ; intoleranță la galactoză, deficit de lactază (Lapp) sau malabsorbție de glucoză-galactoză. **Interacțiuni cu alte produse medicamentose, alte interacțiuni:** nu se recomandă asocierea cu alte tratamente pentru disfuncția erectilă; nu se recomandă administrarea concomitentă a sildenafilului cu ritonavir, in vitro sildenafilul potențează efectul inhibitor al nitroprusiatului de sodiu; inhibitorii izoenzimei 3A4 a citocromului P450 (cum sunt ketoconazol, eritromicină, cimetidină) pot reduce clearance-ul sildenafilului; sucul de grapefruit, administrarea concomitentă de saquinavir influențează farmacocinetica sildenafilului; farmacocinetica sildenafilului nu a fost influențată de administrarea concomitentă de inhibitorii ai CYP2C9 (cum sunt tolbutamidă, warfarina, fenitoină); este contraindicată administrarea concomitentă de donori de oxid nitric sau orice forme de nitrați. **Sarcina și alăptarea:** VIAGRA nu este indicat pentru utilizare la femei. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje:** pacienții trebuie să fie atenți la reacțiile care pot să apară, înainte de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** Cel mai frecvent raportate reacții adverse în studiile clinice la pacienții care au primit sildenafilul au fost cefaleea, hiperemia facială, dispepsia, tulburările vizuale, congestia nazală, amețelile, și distorsiuni vizuale ale culorilor. **Supradozaj:** în caz de supradozaj, trebuie adoptate măsurile standard de susținere, în funcție de caz. Dializa renală nu crește clearance-ul sildenafilului. **Excipienți:** Nucleu: celuloză microcristalină; hidrogenofosfat de calciu anhidru; croscarmeloză sodică; stearat de magneziu. Film: hipromeloză; dioxid de titan (E171); lactoză; tracenta; lac de aluminiu indigo carmin (E132). **Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la temperaturi sub 30°C. A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umiditate. **Data revizuirii textului:** 07/2010. **Data ultimei reactualizări:** 26.08.2008.

Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală (P-RF). Pentru informații complete de prescriere consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.



Pfizer România S.R.L.

Willbrook Platinum Business and Convention Center
Sos. București-Ploiești 172-176, Clădirea B, Etaj 5,
Sector 1, 013686, București
Tel +40 21 207 28 00; Fax +40 21 207 28 01



VIAGRA®
sildenafil citrat

PROGRAM

	VINERI 20 APRILIE / FRIDAY 20 OF APRIL		SÂMBĂȚĂ 21 APRILIE / SATURDAY 21 OF APRIL		DUMINICĂ 22 APRILIE / SUNDAY 22 OF APRIL	
08.00		I. Mincu	M. Kogălniceanu	M. Kogălniceanu	I. Mincu	I. Mincu
09.00				SINTEZA ZILEI / SUMMARY OF THE DAY		ADUNAREA GENERALĂ AMSR MEETING
10.00				COMUNICĂRI- SESIUNE / LECTURE SESSION		SINTEZA ZILEI / SUMMARY OF THE DAY
11.00				COFFEE BREAK		ATELIER / INTERACTIVE SESSION
12.00				LECTURE		COFFEE BREAK
13.00				SESIUNE ESSM SESSION		LECTURE
14.00		SĂNĂTATEA SEXUALĂ MASCULINĂ / MALE SEXUAL HEALTH		SESIUNE SOCIETATE AFILIATĂ ESSM AFFILIATED SOCIETY		ATELIER / INTERACTIVE SESSION
15.00		DISCUȚII INTERACTIVE SESSION		LUNCH BOX		ATELIER / INTERACTIVE SESSION
16.00		COFFEE BREAK	SECȚIUNE PENTRU FARMACIȘTI / PHARMACISTS SESSION	SIMPOZION SATELIT LILLY / SYMPOSIUM		ÎNCHIDEREA LUCRĂRILOR / CLOSING REMARKS
17.00		SĂNĂTATEA SEXUALĂ MASCULINĂ / MALE SEXUAL HEALTH	COFFEE BREAK	LECTURE: SĂNĂTATEA SEXUALĂ FEMININĂ / FEMALE SEXUAL HEALTH		
18.00		DESCHIDERE / OPENING CEREMONY	SECȚIUNE PENTRU FARMACIȘTI / PHARMACISTS SESSION	COFFEE BREAK		
19.00		PRESIDENT CONFERENCE		ATELIERE / INTERACTIVE SESSIONS		

Program științific / Scientific program

Vineri, 20 aprilie 2012

Friday, 20 of April 2012

08.00 – 19.00 Pregătire EXPO / *Exhibition Preparing*
 11.00 – 18.00 Secretariat / *Registration desk*

Sala Ion Mincu / *Ion Mincu Hall***SĂNĂTATE SEXUALĂ MASCULINĂ / MALE SEXUAL HEALTH***(Grant educațional GSK)***Moderatori / Chairpersons: Calomfirescu Nicolae, Belinski Cătălin**

13.00 – 13.30 **Mihalca Radu** – “Efectul indicelui de masă corporală crescut asupra hormonilor reproductivi”
/ The effect of elevated body mass index on reproductive hormones
 13.30 – 14.00 **Neicuțescu Cosmin** – “Managementul ejaculării precoce” / *Management of early ejaculation*
 14.00 – 14.30 **Bancu Șerban** – “Boala Peyronie – abordare medicală” / *Peyronie’s disease - medical approach*
 14.30 – 15.00 **Coca Vasile** – “Riscul genetic în disfuncția erectilă organică” / *The genetic risk in organic erectile dysfunction*

15.00 – 15.30 **DISCUȚII INTERACTIVE / INTERACTIVE SESSION**15.30 – 16.00 **PAUZĂ / COFFEE BREAK****Moderatori / Chairpersons: Coca Vasile, Mihalca Radu**

16.00 – 16.30 **Manu-Marin Andrei** – “Obstrucția subvezicală și disfuncția erectilă” / *Sub-bladder obstruction and erectile dysfunction*
 16.30 – 17.00 **Calomfirescu Nicolae** – “Terapia HBP între eficient, placebo și nocebo” / *BPH (Benign Prostatic Hyperplasia) therapy between efficacy, placebo and nocebo*
 17.00 – 17.30 **Manea Cristian, Coman Ioan** – “Managementul disfuncției erectile după prostatectomia radicală” / *Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy*
 17.30 – 18.00 **Neicuțescu Cosmin, Streza Bogdan, Calomfirescu Nicolae** – “Trecut și prezent în protezarea peniană” / *Past and present in penile prosthesis*
 18.00 – 18.30 **DESCHIDEREA OFICIALĂ AMSR 12 / OPENING CEREMONY OF AMSR 12**
 18.30 – 19.00 **CONFERINȚA PREȘEDINTELUI / THE PRESIDENT’S CONFERENCE**
Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae
Prezintă / Presents Belinski Cătălin – “Varicocelul și infertilitatea masculină: abordare chirurgicală” / *Varicoceles and male infertility: surgical approach*

Sala Mihail Kogălniceanu / *Mihail Kogălniceanu Hall*15.00 – 19.00 **SECȚIUNE PENTRU FARMACIȘTI - “GHICI CINE INTRĂ ÎN FARMACIE...!”***/ PHARMACISTS SESSION - “GUESS WHO ENTER THE PHARMACY...!”**(Grant educațional Pfizer)***Moderator / Chairperson: Negreș Simona**15.00 – 15.30 **Negreș Simona** – “Antihipertensivul de cursă lungă” / *Long term antihypertensive*15.30 – 16.00 **Calomfirescu Nicolae** – “Puterea de a străluci” / *The power to shine*16.00 – 16.30 **Negreș Simona** – “De veghe în lanul de seară” / *The Catcher in the Rye*16.30 – 17.00 **PAUZĂ / COFFEE BREAK**17.00 – 18.30 **Avram George** – “Psihologie în farmacie” / *Psychology in the pharmacy*18.30 – 19.00 **Discuții. Concluzii. Mesaje. Închiderea sesiunii. / Discussion. Conclusions. Messages. Closing remarks**

Sâmbătă, 21 aprilie 2012

Saturday, 21 of April 2012

Sala Mihail Kogălniceanu / *Mihail Kogălniceanu Hall***SĂNĂTATE SEXUALĂ FEMININĂ / FEMALE SEXUAL HEALTH**08.30 – 09.00 **SINTEZA ZILEI / SUMMARY OF THE DAY - Neicuțescu Cosmin**09.00 – 10.30 **COMUNICĂRI – SESIUNE / LECTURE SESSION****Moderatori / Chairpersons: Poiană Cătălina, Coca Vasile***(Prezentări orale de 7 min, discuții 3 minute)*

- Coca Vasile** - "Prevalența substituției testosteronice în managementul disfuncției erectile: 5 ani de experiență clinică" / *Prevalence of testosterone substitution in erectile dysfunction management: 5 years of clinical experience*
- Coca Vasile** - "Evoluția testosteronemiei și a IIEF după terapie cronică cu statine la bărbații cu disfuncție erectilă, tratați cu IPDE5" / *Testosteronemia and IIEF evolution after chronic statin therapy in men with erectile dysfunction treated with IPDE5*
- Coca Vasile** - "Cistatin C crescută, posibil marker de risc de disfuncție erectilă" / *Increased Cistatin C, a possible risk marker for erectile dysfunction*
- Perețianu Dan** - "Testosteronul undecanoat injectabil 1000 mg la 3 luni nu crește nivelul PSA după 3 ani de folosire" / *Testosterone undecanoate injectable 1000 mg at 3 months does not increase PSA level after 3 year of use*
- Simona Juliette Mogoș** - "Disfuncțiile sexuale feminine și afecțiunile psihiatrice" / *Female sexual dysfunction and psychiatric disorders*
- Belinski Cătălin** - "Tromboză vena spermatică" / *Thrombosis of spermatic vein*
- Julian Eden, Adnan El-Kharoubi** - "Disfuncția erectilă în tratamentul oral – studiu comparativ" / *Erectile dysfunction Oral Treatment - Comparative study*
- Carmen Țintilă** - "Rezultatele la 1 an a evaluării disfuncțiilor sexuale a pacienților cu neoplasm mamar și de col uterin tratate chirurgical" / *Results after 1 year to assess sexual dysfunction in patients with breast and cervical cancer surgically treated*
- Bancu Șerban, Nicolae Calomfirescu, Belinski Cătălin** - "Terapia cu ESWT în boala Peyronie" / *ESWT therapy in Peyronie's disease*
- Valentin Voinescu** - „Proteza peniană SPECTRA: Experiența noastră” / *AMS SPECTRA Penile Concealable Prosthesis: Our experience*
- 10.30 – 11.00 **PAUZĂ** / COFFEE BREAK
- 11.00 – 11.30 **COMUNICARE** / LECTURE
Moderator / Chairperson: Coca Vasile
Prezintă / Presents Poiană Cătălina - "Hormonii și sexualitatea la femeie" / *Hormones and female sexuality*
- 11.30 – 12.10 **SESIUNE ESSM** / ESSM SESSION
Moderator / Chairperson: Belinski Cătălin
Prezintă / Presents Paraskevi-Sofia Kirana - "Rolul dorinței sexuale în modelele de răspuns sexual feminin și definiția tulburării dorinței sexuale feminine hipoactive" / *The role of sexual desire in the female sexual response models and the definition of female hypoactive sexual desire disorder*
- 12.10 – 12.50 **SESIUNE – SOCIETATE AFILIATĂ ESSM** / SESSION - ESSM AFFILIATED SOCIETY
Moderator / Chairperson: Belinski Cătălin
Prezintă / Presents: Societatea Finlandeză de Medicina Sexualității / Finnish Society for Sexual Medicine
- 12.50 – 13.00 **DEJUN** / LUNCH BOX
- 13.00 – 14.00 **SIMPOZION SATELIT LILLY** / LILLY SIMPOSIUM
Participă: Calomfirescu Nicolae, Pena Cosmin
- 14.00 – 14.30 **COMUNICARE** / LECTURE
Moderator / Chairperson: Calomfirescu Nicolae
Prezintă / Presents: Mogoș Voichița - "Disfuncțiile sexuale feminine și patologia endocrină" / *Female sexual dysfunctions and endocrine pathology*
- 14.30 – 15.00 **COMUNICARE** / LECTURE
Moderator / Chairperson: Coca Vasile
Prezintă / Presents: Micluția Ioana - "Sexualitatea pacienților psihiatrice" / *Sexuality of psychiatric patients*
- 15.00 – 15.30 **COMUNICARE** / LECTURE
Moderator / Chairperson: Neicuțescu Cosmin
Prezintă / Presents: Calomfirescu Nicolae - "Calitatea vieții înainte și după OAB" / *Quality of life before and after OAB*
- 15.30 – 16.00 **COMUNICARE** / LECTURE
Moderator / Chairperson: Cambosie Augustin
Prezintă / Presents: Tudose Florin - "Mistificarea F63.9. Dragostea 2012 – între ICD-12 și oferta comercială cu discount în comerțul online" / *F63.9 mystification. Love 2012 - between ICD-12 and commercial offer with discount in online trading*
- 16.00 – 16.30 **PAUZĂ** / COFFEE BREAK

- 16.30 – 17.15** **ATELIER INTERACTIV / INTERACTIVE SESSION** – “Culpabilitate și sexualitate” / *Culpability and sexuality*
Moderator / Chairperson: **Vasile Diana**
- 17.15 – 19.00** **ATELIER INTERACTIV / INTERACTIVE SESSIONS** - “Elemente cheie în psihosexualitate: atașamentul” / *Key issues in psychosexuality: attachment*
Moderator / Chairperson: **Cambosie Augustin**
Participanți / Participants: **Donțu Anca, Botaș Daniela, Bederu Angela, Călugăru Monica, Corciova Mihai**
- Sala Ion Mincu / Ion Mincu Hall**
- 08.30 – 18.30** **AI VII-LEA SUMMIT EUROASIATIC DE ANDROLOGIE / 7TH EUROASSIAN ANDROLOGY SUMMIT**
- 08.30 – 08.45** **DESCHIDEREA OFICIALĂ / OPENING CEREMONY**
S. Çayan (Turkey): Secretar General al Societății Turce de Andrologie / *Secretary General of the Turkish Society of Andrology*
R. Aşçi (Turkey): Președintele Societății Turce de Andrologie / *President of the Turkish Society of Andrology.*
Calomfirescu N. (Romania): Președintele Asociației pentru Medicina Sexualității din România / *President of the Romanian Association of Sexual Medicine*
A. Kadioğlu (Turkey): Secretar General al Summit-ului Euroasiatic de Andrologie, Președintele Asociației Turce de Urologie / *Secretary General of the Eurasian Andrology Summit, President of the Turkish Association of Urology*
- 08.45 – 09.00** **S. Çayan (Turkey)** – “Trecut și prezent al Summit-ului Euroasian de Andrologie” / *Past and today of the Eurasian Andrology Summit*
- 09.00 – 09.45** **Tematică / Panel: “Afecțiuni pelvine masculine” / Male pelvic disease**
Moderatori / Chairpersons: **N. Calomfirescu (Romania), R. Aşçi (Turkey)**
M. Kendirci (Turkey) – “Afecțiuni pelvine masculine, o combinație între disfuncția erectilă și afecțiunea tractului urinar” / *Male pelvic disease as a combination of erectile dysfunction and lower urinary tract disease*
Ö. Yaman (Turkey) – “Tratamentul medical al BPH: Noutăți în 2012” / *Medical treatment of BPH: Update in 2012*
D. Claiți (Romania) – “Tratamentul chirurgical al BPH: Ce e nou?” / *Surgical treatment of BPH: What's new?*
- 09.45 – 10.30** **Tematică / Panel: “Managementul cazurilor dificile în andrologie” / Management of difficult cases in Andrology** - **A. Kadioğlu (Turkey)**
Prezintă / Panelists: **C. Belinski (România), Ö. Cangüven (Turcia), I. Ahmedov (Azerbaijan), Z. Popov (Macedonia), Z. Murodov (Uzbekistan), E. Uçaner (Northern Cyprus)**
- 10.30 – 11.00** **PAUZĂ / COFFEE BREAK**
- 11.00 – 11.45** **Tematică / Panel: “Managementul infertilității masculine” / Management of male infertility**
Moderatori / Chairpersons: **I. Bozkiri (Turkey), R. Mihalca (Romania)**
R. Mihalca (Romania) – “Efectul noilor criteria WHO în diagnosticul și tratamentul infertilității masculine” / *Effect of the recent WHO criteria in the diagnosis and treatment of infertile men*
S. Çayan (Turkey) – “Rolul tratamentului medical și chirurgical în succesul ICSI sau recuperarea funcției de producere a spermei la nivel testicular” / *Role of medical or surgical treatment on ICSI success or testicular sperm retrieval*
M. R. Sadeghi (Iran) – “Tehnici ale procedurii micro-TESE și faza de laborator: Noutăți” / *Technique of micro-TESE procedure and laboratory phase: Update 2012, Saturday*
- 11.45 – 12.15** **Tematică / Panel: “Implantul de proteze peniene” / Penile prosthesis implantation**
Moderatori / Chairpersons: **M. Boiko (Ukraine), B. Semerci (Turkey)**
N. Calomfirescu (Romania) – “Controverse despre intervenția chirurgicală de implantare a protezelor peniene în România” / *Romanian controversies of penile prosthetic surgery*
M. Usta (Turkey) – “Implantul de proteză peniană după prostatectomia radicală: Ce fel de proteze? Ce tip de abordare?” / *Penile prosthesis implantation after radical prostatectomy: Which prosthesis? Which approach?*
- 12.15 – 13.45** **DEJUN / LUNCH**
- 13.45 – 14.30** **Tematică / Panel: “Disfuncții sexuale feminine și masculine și hipogonadismul” / Male and female sexual dysfunction and hypogonadism**
Moderatori / Chairpersons: **I. Nane (Turkey), L. Dervishi (Kosova)**
Z. Kamenov (Bulgaria) – “Disfuncția erectilă în diabet” / *Diabetic erectile dysfunction*

- E. Yeni (Turkey)** – “Noutăți despre tratamentul disfuncțiilor sexuale feminine” / *Update on the treatment of female sexual dysfunction*
- I. Özbey (Turkey)** – “Hipotestosteronemia reprezintă un factor de risc pentru afecțiunile cardiovasculare?” / *Is hypo-testosteronemia a risk factor for cardiovascular disease?*
- 14.30 – 15.00** **Tematică / Panel:** “Tratament medicamentos pentru disfuncția erectilă și ejacularea prematură” / *Medical treatment of erectile dysfunction and premature ejaculation*
Moderatori / Chairpersons: **G. Okyar (Turkey), A. Semerciöz (Turkey)**
A. Armagan (Turkey) – “Noi perspective în tratamentul DE cu inhibitori de PDE-5” / *New insights into the treatment of ED with PDE-5 inhibitors*
B. Gümüş (Turkey) – “Tratament medicamentos fără inhibitor selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) pentru ejacularea prematură” / *Non-SSRI medical treatment of premature ejaculation*
- 15.00 – 15.30** **PAUZĂ / COFFEE BREAK**
- 15.30 – 16.45** **Tematică / Panel:** “Noi tehnici în chirurgia andrologică (prezentare video)” / *New techniques in Andrological surgery (with video presentation)*
Moderatori / Chairpersons: **M. Kılınç (Turkey), I. Coman (Romania), T. Yusuf (Kosova)**
M. Çakan (Turkey) – “Tehnici noi în tratamentul curbaturii peniene congenitale” / *New techniques in the treatment of congenital penile curvature*
O. Ekmekçioğlu (Turkey) – “Tratament chirurgical al bolii Peyronie” / *Surgical treatment of complicated Peyronie’s disease*
C. Girgin (Turkey) – “Intervenție chirurgicală de menținere a fertilității în cazul tumorilor testiculare” / *Fertility sparing surgery for testicular tumor*
I. Orhan (Turkey) – “Tratament chirurgical al priapismului cu debit scăzut și cu debit crescut” / *Surgical treatment of low-flow priapism*
- 16.45 – 17.00** **CEREMONIA DE ÎNCHIDERE / CLOSING CEREMONY**

Duminica, 22 aprilie 2012

Sunday, 22 of April 2012

Sala Ion Mincu / Ion Mincu Hall

- 08.00 – 09.00** **ADUNAREA GENERALĂ A.M.S.R / AMSR GENERAL MEETING**
- 09.00 – 09.30** **SINTEZA ZILEI / SUMMARY OF THE DAY - Coca Vasile, Belinski Cătălin**
- 09.30 – 11.00** **ATELIER INTERACTIV / INTERACTIVE SESSION - “Insuficiența renală și calitatea vieții” / Renal failure and quality of life**
Moderator / Chairperson: **Cambosie Augustin**
Participanți / Participants: **Cristescu Julieta, Botaș Daniela, Calomfirescu Nicolae**
- 11.00 – 11.30** **PAUZĂ / COFFEE BREAK**
- 11.30 – 12.00** **COMUNICARE / LECTURE**
Moderator / Chairperson: **Mihalca Radu**
Prezintă / Presents: **Cristescu Julieta** – “Generația tânără – candidată la boala cardiometabolică” / *Young generation: candidate of cardio-metabolic disease*
- 12.00 – 14.00** **ATELIER INTERACTIV / INTERACTIVE SESSION - “Psihorelațional sau medical în disfuncțiile sexuale de cuplu” / Psycho-relational or medical in couple sexual dysfunctions**
Moderator / Chairperson: **Belinski Cătălin**
Participanți / Participants: **Cambosie Augustin, Cristescu Julieta, Coca Vasile, Botaș Daniela, Vasile Diana, Calomfirescu Nicolae**
- 14.00 – 14.30** **CONCLUZII, MESAJE / CONCLUSIONS, MESSAGES**
ÎNCHIDEREA LUCRĂRILOR AMSR 12 / CLOSING REMARKS

Guest speakers



Paraskevi-Sofia Kirana

Paraskevi-Sofia Kirana a obținut diploma de licență în Psihologie la Universitatea Panteion din Atena în 1998 și ulterior, masteratul în psihologie la Universitatea din Bristol, Marea Britanie. Activitatea clinic și cercetările s-au focusat pe disfuncțiile sexual feminine și masculine, problem de cuplu și aspect psihologice ale afecțiunilor urologice. A urmat Cursul de Medicina Sexualității ESSM Oxford și 2 ani de studii postuniversitare în sexologie la Institutul Universitar de Boli Mintale Atena.

De 8 ani lucrează la Centrul de Sănătatea Sexuală și Reproductivă (CSRH) de la Universitatea Aristotel din Grecia. În acest timp, ea a participat în calitate de educator la mai mult de 20 de cursuri de educație medicală sexuală pentru medici. A luat parte la proiecte de cercetare ale CSRH, iar din 2005 este manager de proiect al unei serii de studii implementate de CSRH, focusate pe factori psihologici care influențează răspunsul pacienților la disfuncțiile sexuale și simptomele aparatului urinar inferior.

În plus, lucrează în privat, focusându-se pe sexologie. În prezent, este o membru al Comitetului Educațional ESSM și Consiliul European de Medicina Sexualității.

Prezentare științifică: "Rolul dorinței sexuale în modelele de răspuns sexual feminin și definiția tulburării dorinței sexuale feminine hipocative"

Paraskevi-Sofia Kirana received her Bachelor degree in Psychology from the Panteion University of Athens in 1998 and subsequently her Master's degree in Health Psychology from the University of Bristol, UK. She then focused her clinical and research activity on male and female sexual dysfunctions, relationship problems and psychological aspects of urologic conditions. She completed the ESSM Oxford Sexual Medicine Course and also a 2-year postgraduate degree in sexology at the University Institute for Mental Health in Athens.

During the last 8 years she is working at the Center for Sexual and Reproductive Health (CSRH) of the Aristotle University in Greece. During this time she has participated as an educator in more than 20 educational courses on sexual medicine for medical doctors. She has been active in research projects of CSRH and since 2005 she has been the project manager of a series of studies implemented by the CSRH focusing on psychological factors influencing patient's response to sexual dysfunctions and lower urinary tract symptoms. In addition, she is working in private practice focusing solely on the field of sexology. Currently, she is a member of the ESSM Educational Committee and the European Board of Sexual Medicine.

Scientific presentation: "The role of sexual desire in the female sexual response models and the definition of female hypoactive sexual desire disorder"



Juhana Piha MD, PhD

Specialist în Medicina Sexualității la Centrul Medical Mehilainen,

Profesor adjunct în Psihologie,

Specialist în Psihologie Clinică,

Specialist în Sexologie Clinică,

Președinte al Societății Finlandeze de Medicina Sexualității

Prezentare științifică: "Disfuncții sexuale masculine: 14 ani de experiență pentru Clinica de Disfuncții Sexuale din Turku, Finlanda"

*Specialist in Sexual Medicine at Medical Center Mehilainen,
Adjunct Professor in Physiology,
Specialist in Clinical Physiology,
Specialist in Clinical Sexology
President of Finnish Society for Sexual Medicine*

Scientific presentation: "Male sexual dysfunction: 14 years experience from Sexual Dysfunction Clinic in Turku, Finland"

Lăsând Urgența la o parte din viața sa



Indicații abreviate de prescriere:

DENUMIREA COMERCIALĂ A PRODUSULUI MEDICAMENTOS: VESICARE® 5 mg, VESICARE® 10 mg. **COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ:** Vesicare 5 mg: Un comprimat filmat conține solifenacin 3,8 mg sub formă de succinat de solifenacin 5 mg; Vesicare 10 mg: Un comprimat filmat conține solifenacin 7,5 mg sub formă de succinat de solifenacin 10 mg. **FORMA FARMACEUTICĂ:** Comprimate filmate. **DATE CLINICE:** Indicații terapeutice: Tratatamentul simptomatic al incontinenței de urgență și/sau frecvenței crescute și urgenței micțiilor, așa cum pot apărea la pacienții cu sindromul vezicii urinare hiperactive. **Doze și mod de administrare:** Adulți inclusiv vârstnici: Doza recomandată este de 5 mg solifenacin succinat o dată pe zi. La nevoie, doza poate fi mărită la 10 mg solifenacin succinat o dată pe zi. **Copii și adolescenții:** Siguranța și eficacitatea la copii nu au fost încă stabilite. Din acest motiv, Vesicare nu trebuie utilizat la copii. **Contraindicații:** Solifenacin este contraindicat la pacienții cu retenție urinară, tulburări severe gastrointestinale (incluzând megacolonul toxic), miastenia gravis, glaucomul cu unghi îngust și la pacienții cu risc pentru afecțiunile de mai sus; pacienții cu hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții medicamentului; pacienți sub hemodializă; pacienți cu insuficiență hepatică severă; pacienți cu insuficiență renală severă sau cu insuficiență hepatică moderată, aflați în tratament cu un inhibitor potenț al CYP3A4, de ex: ketoconazol. **Atenționări și precauții speciale:** Înainte de începerea tratamentului cu Vesicare, trebuie evaluate alte cauze ale micțiilor frecvente (insuficiență cardiacă sau afecțiune renală). În cazul infecției urinare, se va iniția un tratament antibacterian adecvat. Vesicare se administrează

cu precauție la pacienții cu: risc crescut de retenție urinară prin obstrucție subvezicală semnificativă clinic; tulburări obstructive gastrointestinale; risc de motilitate gastrointestinală scăzută; insuficiență renală severă (clearance creatinină 30 ml/min), dozele nu vor depăși 5 mg la acești pacienți; insuficiență hepatică moderată (Scorul Child-Pugh de 7 la 9), dozele nu vor depăși 5 mg la acești pacienți; administrarea concomitentă a unui inhibitor potenț al CYP3A4, de exemplu ketoconazol; hernie hiatală / reflux gastroesofagian, pacienți sub tratament cu medicamente care exacerbează esofagita (cum ar fi bifosfonati); neuropatie autonomă. **Interacțiuni farmacologice:** Tratatamentul concomitent cu preparate cu proprietăți anticolinergice poate accentua efectele terapeutice și reacțiile adverse. Se va alocă un interval de aproximativ o săptămână după întreruperea tratamentului cu Vesicare înainte de începerea altei terapii anticolinergice. Efectul terapeutic al solifenacin poate fi redus prin administrarea concomitentă a agonistilor receptorilor colinergici. Solifenacin poate reduce efectul medicamentelor care stimulează motilitatea tractului gastrointestinal ca metoprolamida și osaprida. **Reacții adverse:** Ca urmare a efectului farmacologic al solifenacin, Vesicare poate produce reacții adverse anticolinergice, în general ușoare până la moderate în strânsă legătură cu doza administrată. Cea mai frecventă reacție adversă raportată este uscăciunea gurii. Seventatea reacției a fost în general ușoară și nu a dus decât ocazional la oprirea tratamentului. În general, complianța a fost foarte ridicată (aproximativ 99%) și aproximativ 90% din pacienții tratați cu Vesicare au încheiat perioada de 12 săptămâni de tratament incluse în studiu.



Vesicare®

solifenacin

Controlul urgenței la bărbății cu LUTS

LUTS=low urinary tract symptoms (simptome de tract urinar inferior)

Alte reacții adverse care au fost raportate: cîșite, halucinații, amețeli, cefalee, xeroftalmie, uscăciune nazală, constipație, dispepsie, greață, xerodermie, retenție urinară, fatigabilitate. **Detinătorul autorizației de punere pe piață:** ASTELLAS PHARMA EUROPE B.V., Elisabethhof 19, 2353 EW Leiderdorp, Olanda. Numerele autorizației de punere pe piață: Vesicare 5 mg - 5772/2005/01; Vesicare 10 mg - 5773/2005/01; **Data primei autorizări sau a reînnoirii autorizației:** Autorizare - Octombrie 2005; **Data revizuirii textului:** Martie 2010. Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe website-ul Agenției Europene a Medicamentului (EMA) <http://www.ema.eu> și pe website-ul Agenției Naționale a Medicamentului (ANM): <http://www.anm.ro>. **PENTRU INFORMAȚII COMPLETE DE PRESCRIERE VA RUGĂM CONSULTAȚI REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI VESICARE.** Vesicare se eliberează pe bază de prescripție medicală. Acest material promoțional este realizat pe 10 octombrie 2011 și este destinat și distribuit exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la sediul reprezentantului local, S.C. Astellas Pharma SRL, Șos. București-Ploiești, nr. 42-44, București, tel./fax: 0213610495/96/92. Pentru raportarea reacțiilor adverse contactați reprezentantul local și farmacovigilenta@ro.astellas.com.

 **astellas**
Leading Light for Life

Efectul indicelui de masă corporală crescut asupra hormonilor reproductivi

Dr. Radu Mihalca, Dr. Anca Sîrbu, Dr. Simona Fica, PhD

Secția Endocrinologie, Diabet și Nutriție, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București
Universitatea de Medicină "Carol Davila", București

Prevalența obezității a atins, în perioada recentă, un nivel preocupant atât în SUA și UE cât și în țările în curs dezvoltare. În paralel cu creșterea obezității a fost observată și o creștere a hipogonadismului și o scădere a fertilității. Obezitatea morbidă este definită de un indice de masă corporală (IMC) $>35 \text{ kg/m}^2$ asociat cu comorbidități sau de un IMC $>40 \text{ kg/m}^2$ în prezența sau absența comorbidităților. Hipogonadismul este definit drept incapacitatea testiculelor de a asigura un nivel fiziologic de testosteron (deficit androgenic) și un număr adecvat de spermatozoizi, datorită unei disfuncții prezente la mai mult de un nivel al axei hipotalamus-hipofizagonadă. IMC-ul a rezultat corelat negativ în numeroase studii cu valorile serice ale testosteronului, atât la bărbați normoponderali cât și supraponderali. În același timp, pacienții hipogonadici prezintă, în medie, un IMC mai mare față de cei eugonadici. Datele despre bărbații ce se supun intervenției de chirurgie bariatrică sunt în număr limitat datorită faptului că majoritatea pacienților ce aleg acest tratament sunt femei. Puținele studii ce au examinat efectul chirurgiei bariatrice asupra hormonilor sexuali la bărbați, au raportat o creștere semnificativă a testosteronului total, paralelă cu pierderea greutateii, în timp ce reducerea greutateii prin metode non-chirurgicale, în pofida unui efect metabolic și hormonal asemănător, nu ar reuși să obțină un efect constant și permanent. Aceste rezultate ar putea eventual da o motivație în plus bărbaților cu obezitate morbidă în alegerea tehnicilor chirurgicale de reducere a greutateii.

Effect of elevated body mass index on reproductive hormones

Radu Mihalca MD, Anca Sirbu MD, Simona Fica MD PHD

Endocrinology Unit, Elias Emergency University Hospital, Bucharest
„Carol Davila” University of Medicine, Bucharest

The obesity pandemic has grown to concerning proportions in recent years, not only in the USA and EU, but also in developing countries. Parallel to the global increase in obesity is the reported increase in hypogonadism and decrease in male fertility and fecundity. Morbid obesity is defined as body mass index (BMI) $>35 \text{ kg/m}^2$ with comorbidities or BMI $>40 \text{ kg/m}^2$ with or without comorbidities. Hypogonadism is defined as failure of the testis to produce physiologic levels of testosterone (androgen deficiency) and the normal number of spermatozoa due to disruption of >1 level of the hypothalamo-pituitary-gonadal (HPG) axis. BMI resulted negatively correlated with serum testosterone in many clinical studies in both normal weight and overweight men. Inversely, hypogonadal patients showed higher BMI compared with eugonadal patients. Data on men undergoing bariatric surgery are underresearched, because most patients who chose this approach are women. Studies that examined the effect of bariatric surgery on male sex hormones reported a significant increase in total testosterone with weight loss, whereas non-surgical weight loss, despite providing similar metabolic and hormonal benefits, might not be as lasting or as consistent as surgical weight loss in improving the male sex hormone profile. This finding might be a future motivational factor and might induce more men to undergo weight loss surgery.

Managementul ejaculării precoce

Neicuțescu Cosmin

Ejacularea precoce reprezintă ejacularea ce are loc înainte sau imediat după penetrare, dar oricum înainte ca partenerul să o doască, cauzând important disconfort, stres și dificultăți interpersonale persoanei respective. Face parte din categoria disfuncțiilor sexuale masculine al căror tratament este foarte important



pentru sănătatea sexuală a cuplului. Incidența este foarte variată, între 5-22,5%, în România. În mecanismele fiziopatologice, serotonina la nivel cerebral, joacă un rol foarte important. Managementul acestei situații trebuie aplicat de către specialiști pentru ca rezultatele să fie maxime. Anamneza trebuie să stabilească forma, primară sau secundară, punând accent pe factorul timp, estimat de către partener sau cronometrat de către parteneră, pe controlul asupra ejaculării, pe consecințele personale negative și pe completarea chestionarelor multidimensionale. Forma primară apare de la începutul relațiilor sexuale și are o gravitate mai mare, pe când cea secundară are o gravitate moderată, este frecvent asociată cu disfuncție erectilă și are cauze multiple care vor trebui descoperite. Consultul clinic, având în vedere aceste cauze, trebuie să fie riguros. După stabilirea diagnosticului, a formei, cauzelor și factorilor de risc se vor discuta cu partenerul posibilitățile de tratament. Dacă impactul EP este minim se poate discuta despre o terapie sexologică comportamentală și psihologică. Cauzele specifice și factorii de risc vor fi tratați etiologic. Există și terapie simptomatică ce utilizează inhibitori PDE5, SSRI, anestezice locale (crème sau spray). De multe ori sunt necesare combinații între aceste tipuri de tratamente pentru ca rezultatele și viața sexuală a cuplului să se îmbunătățească multumitor.

Management of early ejaculation

Neicutescu Cosmin

Premature ejaculation is the ejaculation that occurs before or shortly after penetration, before the partner wants, causing significant discomfort, stress and interpersonal difficulties. It is a part of male sexual disorders and the treatment is very important for the couple's sexual health. The incidence varies from 5 to 22.5%, in Romania. In pathophysiological mechanisms, cerebral serotonin plays an important role. Management of these situations should be applied by specialists in order to obtain maximum outcomes. The anamnesis has to determine the form, primary or secondary, focusing on the time factor, estimated or counted by the partner, on the control of ejaculation, on the negative personal consequences and on the filling of the multidimensional questionnaires. The primary form occurs in early sexual relations and has a higher severity, while the secondary has a moderate severity, is associated with erectile dysfunction and has multiple causes which have to be discovered. Clinical advice, given these causes must be rigorous. After diagnosis, form, causes and risk factors will discuss with the partner about therapeutic options. If the EP impact is minimal can discuss about a sexual, behavioral and psychological therapy. Specific causes and risk factors will be etiological treated. There is symptomatic therapy using PDE5 inhibitors, SSRIs, local anesthetics (cream or spray). Often there combinations of these types of treatments are necessary in order to improve outcomes and sex life of couple.

Tratamentul nonchirurgical al bolii Peyronie

Dr. Șerban Bancu

Introducere: Scopul acestei lucrări este de a prezenta principalele metode de tratament nonchirurgical în cazul bolii Peyronie.

Material și metodă: S-a efectuat o cercetare asupra principalelor articole publicate pe site-urile Medscape, Emedicine, Pubmed. Tratamentul nonchirurgical al bolii Peyronie cuprinde medicația (Vitamina E, Potaba, Colchicine, Tamoxifen), ESWT, EMDA, Injecțiile în placă (Triamcinolone, Bethametasone, Verapamil), Radiațiile de frecvență joasă, Interferon 2b, Vacuum extern.

Rezultate: Pentru Vitamina E, pe un lot de 105 pacienți, s-a obținut 99% ameliorarea durerii și 13% reducerea curburii. 70% dintre pacienți nu au obținut nicio ameliorare. Potaba (12g zilnic timp de 3 luni) pe un lot de 21 de pacienți a condus la ameliorarea durerii în 100% dintre pacienți, reducerea curburii în 82% și reducerea plăcii în 76% din cazuri. În cazul Tamoxifen (20mg de 2 ori pe zi timp de 3 luni) 60%(21/36) au obținut scăderea durerii peniene, 35%(11/31) reducerea curburii peniene și 34%(12/35) scăderea dimensiunii plăcii. Colchicine administrată 3-5 luni pe un lot de 24 de pacienți a redus curbura în 26% din cazuri și scăderea plăcii la 50%. Verapamil 10 mg injectabil a determinat la 100% ameliorarea (dispariția) durerii peniene, ameliorarea curburii în 55% din cazuri și scăderea dimensiunii plăcii în 55% din cazuri (Levine 1994). Bethametasone injectată

intralezional a determinat scăderea curburii peniene la 20% din pacienți, scăderea durerii la 66% și diminuarea plăcii la 40% (Cipollone et al). EMDA (Iontoforeza) a determinat 96% reducerea durerii, 53% diminuarea plăcii, 37% ameliorarea curburii și 44% a disfuncției erectile. ESWT - îmbunătățirea vieții sexuale s-a înregistrat în 66% (10/15), iar în 80% (12/15) din cazuri ameliorarea durerii peniene. Încurbarea peniană a fost ameliorată în 20% (3/15) din cazuri. Interferon 2b-Inal (2006) pe un lot de 10 pacienți nu a obținut rezultate concludente privind curbura peniană, dimensiunea plăcii și durerea asociată. Vacuum extern - Gontero(2009) - la 15 pacienți a obținut reducerea curburii de la 31 la 27 de grade și elongare cu 1,3cm. Radiația externă aplicată la 197 de pacienți a obținut în 83% ameliorarea durerii și 23% reducerea curburii (Incrocci).

Concluzii: Pentru cazurile selecționate (durată scurtă, tineri, curbura mică, dimensiune mică a plăcii) aplicarea unor variante de tratament nonchirurgical poate conduce la bune rezultate.

Non-surgical Treatment of Peyronie`s Disease

Dr. Șerban Bancu

Introduction: *The purpose of this paper is to present the main methods of non-surgical treatment for Peyronie`s disease.*

Methods: *The research was carried out on the main articles published on web sites Medscape, Emedicine, Pubmed. The non-surgical treatment of Peyronie`s disease includes medication (Vitamin E, Potaba, Colchicine, Tamoxifen), ESWT, EMDA, injections in the plaque (Triamcinolone, Bethametasone, Verapamil), Low frequency radiation, 2b Interferon, External Vacuum.*

Results: *For Vitamin E, on a group of 105 patients, 99% achieved pain relief and 13% reduction in curvature. 70% of patients did not achieve any improvement. Potaba (12g daily for 3 months) on a group of 21 patients led to pain relief in 100% of patients, reducing the curvature in 82% and plaque reduction in 76% of cases. On Tamoxifen (20 mg/2 times daily for 3 months), 60% (21/36) have resulted in decreases penile pain, 35% (11/31) reduced penile curvature and 34% (12/35) decreased plaque size. Colchicine administered 3-5 months, on a group of 24 patients, reduced the curvature in 26% of cases and 50% lower plaque. Verapamil 10 mg injection resulted in 100% improvement (disappearance) penile pain, curvature improved in 55% of cases and decreased plaque size in 55% of cases (Levine 1994). Bethametasone injected intralesional determined a penile curvature decrease to 20% of patients, pain decrease to 66% and 40% reduction in plaque (Cipollone et al). EMDA (iontophoresis) resulted in 96% reduction in pain, 53% plaque reduction, 37% curvature improvement and 44% improvement of erectile dysfunction. ESWT-sexual improvement occurred in 66% (10/15) and in 80% (12/15) of cases, penile pain reduction. Penile curvature was improved in 20% (3/15) of cases. Interferon-2b Senior (2006) on a group of 10 patients did not obtain conclusive results on penile curvature, plaque size and associated pain. External Vacuum - Gontero (2009) - in 15 patients obtained curve reduction from 31 to 27 degrees and elongation of 1.3 cm. External radiation applied to 197 patients obtained pain relief in 83% and reduction in curvature in 23% (Incrocci).*

Conclusions: *For selected cases (short time, young, small curvature, small size of the plaque) application of non-surgical treatment options can lead to good results.*

Riscul genetic în disfuncția sexuală masculină

Coca Vasile

Spitalul Județean de Urgență Cluj, Cl. Endocrinologie, Dpt. Andrologie și Medicina Sexualității

BACKGROUND: Funcția sexuală masculină implică mecanisme psiho-neuro-endocrino-vasculare, expresii ale unor componente moleculare controlate intim de procese de transcripție genică. Jurnalele medicale descriu disparat defecte genetice, care vizează în mod patogenetic, unilateral sau comorbid, elemente ale funcției



sexuale masculine.

OBIECTIVE: Cumularea, analizarea și ordonarea datelor din literatură cu referire la polimorfisme genetice, ce pot determina alterarea unor componente fiziologice ale funcției sexuale masculine.

METODE: Au fost selecționate 54 de referințe bibliografice, pe care le-am grupat în următoarele topici: 1. Polimorfismele genetice și disfuncția sexuală masculină = 7 articole; 2. Alterări genetice ale mecanismelor erecției = 19 articole; Alterări genetice ale funcției ejaculatorii = 4 articole; Terapia genică a disfuncției erectile = 12 articole; Polimorfismele genetice și comportamentul sexual = 12 articole. S-au extras în principal patogeneza implicării genetice și respectiv semnificația statistică a riscului.

REZULTATE: Riscul genetic în disfuncția erectilă este conferit de polimorfisme enzimatică (ex. ACE și eNOS), ale miozinei miocitului sincitial, ale unor factori de creștere (ex. TGF β , NFG) și ale unor receptori endocrini. Riscul genetic în tulburările de ejaculare induce preponderent ejaculare precoce și se exprimă prin polimorfisme ale transportorilor intrasynaptici de serotonină și dopamină. Studiile vizând terapia genică în DE (codori pentru enzime, catalizatori ai fosforilării MLC, celule stem mezenchimale) nu au depășit faza I. Studii de genetică populațională și moleculară au evidențiat polimorfisme neuro-hormonale, care, în context comorbid, pot afecta complex funcția sexuală masculină, cu inhibiție comportamentală consecutivă (dorință sexuală, capacitate erectilă, latență intravaginală).

CONCLUZII: Există date obiective, care să susțină riscul genetic, în principal pentru funcția erectilă, dar și pentru celelalte componente ale funcției sexuale masculine, dar și premise ale unor speranțe pentru terapia genică. Polimorfisme condiționante ale unor comorbidități, ce includ prin mecanisme moleculare comune și DE, întăresc rolul predictor clinic al acesteia.

The genetic risk in organic erectile dysfunction

Coca Vasile

Emergency County Hospital Cluj, Endocrinology Cl., Andrology and Sexuality Medicine Dpt.

BACKGROUND: Male sexual function involves psycho-neuro-endocrine-vascular mechanisms, expression of some molecular components controlled by genic transcription processes. Medical journals describe disparate the genetic defects, specifically targeting pathogenetic, unilaterally or comorbid aspects of male sexual function.

OBJECTIVES: Aggregation, analysis and ordering of data from literature, related to genetic polymorphisms that may cause alterations in physiological components of male sexual function.

METHODS: There were 54 selected references, which we grouped into the following topics: 1. Genetic polymorphisms and male sexual dysfunction = 7 articles, 2. Genetic mechanisms of erection = 19 articles, genetic alterations of ejaculatory function = 4 items, gene therapy of erectile dysfunction = 12 articles, genetic polymorphisms and sexual behavior = 12 items. There was mainly extracted the genetic involving pathogenesis and the statistical significance of the risk.

RESULTS: The risk of erectile dysfunction is genetically given by enzyme polymorphisms (eg ACE and eNOS), of the myosin of syncytial myocytes, of the growth factors (eg TGF β , NFG) and of some endocrine receptors. The risk of genetic disorders induces especially premature ejaculation and is expressed by polymorphisms of serotonin and dopamine intrasynaptic transporters. Studies whose aim is the gene therapy in DE (encoder enzymes, catalysts MLC phosphorylation, mesenchymal stem cells) did not exceed phase I. Studies of population and molecular genetics showed neuro-hormonal polymorphisms, which, in comorbid context can affect the male sexual function, with subsequent behavior inhibition (sexual desire, erectile capacity, intravaginal latency).

CONCLUSIONS: There are objective data to support genetic risk, mainly for erectile function, but also for other components of male sexual function and premises of hope for gene therapy. Conditioned polymorphisms of comorbidities, including common molecular mechanisms and ED, strengthen clinical predictor role of it.

Obstrucția subvezicală și disfuncția erectilă

Andrei Manu-Marin

Simptomele aparatului urinar inferior, denumite LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms), sunt împărțite în simptome ale fazei de umplere (imperiozitate, urinare frecventă) și simptome ale fazei de golire (dificultate de inițiere a micțiunii, efortul de a urina, jetul slab și/sau întrerupt, driblingul terminal, senzația de golire incompletă) (Abrams, 1994). LUTS și hipertrofia benignă de prostată (HBP) sunt două comorbidități foarte prevalente la bărbatul vârstnic. HBP reprezintă proliferarea, histologic benignă, care poate apărea în prostata bărbatului după 45 de ani, care se poate însoți sau nu de LUTS. HBP este responsabilă de apariția simptomelor fazei de golire vezicală (jet slab, care pornește greu, golire incompletă), aceste simptome fiind denumite LUTS sugestive de HBP.

LUTS obstructive sugestive de HBP și DE au o asociere cauzală certă. Cauzele fiziopatologice comune sunt în curs de explorare, cercetările urmărind a releva cauza care le determină pe amândouă. Păstrarea și eventual îmbunătățirea calității vieții pacienților cu LUTS impune ca, înainte de orice formă de tratament, pacientul să fie întrebat de viața sexuală. De asemenea, pacientul trebuie avizat asupra reacțiilor adverse pe care le pot avea tratamentele asupra vieții sexuale și preferințele sale trebuie respectate.

Este foarte probabil ca noi medicamente să apară, urmare a cercetării cauzelor comune ale LUTS și DE și dacă acestea vor avea reacții adverse nesemnificative, să ofere soluțiile perfecte pe care nu le avem încă în prezent.

Sub-bladder obstruction and erectile dysfunction

Andrei Manu-Marin

Lower urinary tract symptoms, called LUTS, are divided into the filling phase symptoms (urgent need, frequent urination) and discharge phase symptoms (difficulty of initiating urination, straining to urinate, weak stream and/or interrupted, terminal dribbling, sensation of incomplete emptying) (Abrams, 1994). LUTS and benign prostatic hypertrophy (BPH) are two highly prevalent comorbidities in elder man. BPH is proliferation, histologically benign prostate that can occur in men after 45 years, which may be with or without LUTS. BPH is responsible for bladder emptying phase symptoms (weak stream, starting hard, incomplete emptying), these symptoms are called LUTS suggestive of BPH.

Obstructive LUTS suggestive of BPH and ED have a definite causal association. Common pathophysiological causes are under exploration, research aiming to reveal the cause which determines both. Preserving and possibly improving the quality of life of patients with LUTS requires that, before any form of treatment, the patient is asked about his sexual life. Also, the patient must be warned about possible side effects on his sexual life and his preferences must be respected.

It is likely that new drugs appear, due to research on common causes of LUTS and ED and if there are not significant adverse reactions, provide perfect solutions that we have not yet today.

Terapia HBP între eficient, placebo și nocebo

Dr. Nicolae Calomfirescu

Patologia prostatică, în special HBP - hipertrofia benignă prostatică reprezintă un capitol de patologie urologică importantă, atât urinar cât și sexual, individual și în cuplu.

Impactul asupra calității vieții este unul sociocultural masculin și de cuplu, fiind marcat de frica de boala prostatică, teama de cancer și teama de operație.

Apariția antigenului prostatic specific (PSA) este un ajutor pentru relația clinician-pacient, dar este și un stres



pentru pacient. Prezența simptomelor de aparat urinar inferior (LUTS) generează temerile anterior menționate și căutarea tratamentului, pentru care unii pacienți merg la farmacie direct, la medicul de familie sau la urolog (cei mai curajoși).

Evaluarea și tratamentul diferă în funcție de adresare, mulți pacienți ignoră faptul că tratamentul trebuie să fie eficient asupra hipertrofiei prostatice și asupra simptomelor chiar dacă au unele efecte secundare sexuale.

Refugiul în natural / placebo nu aduce decât amânare inutilă și scumpă.

Amânarea și dezinformarea personală datorită informațiilor eronate (efectul nocebo) are un efect negativ asupra problemei pacientului, deoarece în raport cu ghidul EAU 2012 pentru HBP tratamentul recomandat ca eficient la pacientul cu prostată mai mare de 30cm³, PSA 1,5 și LUTS moderat, este terapia combinată mai mult de 12 luni.

BPH (Benign Prostatic Hyperplasia) therapy between efficacy, placebo and nocebo

Nicolae Calomfirescu, MD

Prostatic pathology, especially BPH - benign prostatic hypertrophy represents a significant urologic pathology, both urinary and sexual, individual and couple.

Impact on life quality is sociocultural, male and couple, marked by the fear of prostate disease, fear of cancer and fear of surgery.

Appearance of prostate-specific antigen (PSA) is an aid for the clinician-patient relationship, but also a stress for the patient. The presence of lower urinary tract symptoms (LUTS) generates the aforementioned concerns and seeking treatment for some patients that go directly to the pharmacy, or to the family doctor or urologist (the most courageous).

Evaluation and treatment vary depending on the purpose. Many patients ignore the fact that treatment should be effective on the prostatic hypertrophy and on the symptoms, even they have some sexual side effects.

Refuge in the natural / placebo only bring unnecessary and costly delay.

Postponement and personal misinformation due to false information and (nocebo effect) has a negative effect on patient's problem, because in relation to the guide EAU 2012, the recommended effective treatment for BPH in patients with prostate more than 30cm³, PSA 1.5 and moderate LUTS is combination therapy over 12 months.

Managementul disfuncției erectile după prostatectomia radicală

Cristian Nicolae Manea¹, Ioan Coman²

1.Clinica EndoPlus, Centrul de Chirurgie Robotică Cluj-Napoca, România

2.Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România

Introducere: Disfuncția erectilă reprezintă una din complicațiile documentate ale chirurgiei radicale prostatice cu impact negativ asupra calității vieții. Datorită evoluției tehnicilor minim invazive de preservare a bandetelor neurovasculare, incidența disfuncției erectile a scăzut la 15-30%, așa cum reiese din numeroase trialuri care au evaluat rezultatele funcționale post prostatectomie.

Material și metodă: Evaluarea funcției erectile la pacienții la care s-a practicat nerve sparing unilateral comparativ cu cei la care s-a practicat nerve sparing bilateral. Postoperator s-a aplicat precoce terapia orală cu inhibitori de PDE-5. Am comparat rezultatele cu cele din literatura de specialitate. Toți pacienții incluși în studiu au completat preoperator chestionare omologate: EORTC-QLQ-C30, ICIQ-UI și IIEF.

Rezultate: Implementarea acestor chestionare pot evalua statusul preoperator al funcției erectile și al continenței. Terapia cu inhibitorii de PDE-5 ajută la reluarea mai rapidă a funcției erectile. Un aspect funcțional foarte important îl reprezintă scăderea riscului de apariție a fibrozei corpilor cavernoși.

Concluzii: Tehnicile minim invazive asistate robotic sunt mult mai eficiente în decizia de preservare a

bandeletelor neurovasculare. Studiile au evidențiat reluarea completă a funcției erectile la 12-24 de luni de la procedură. Utilizarea terapiei orale sau terapia locală cu prostaglandine ajută considerabil la o viață sexuală satisfăcătoare. Comparativ cu procedurile standard, chirurgia asistată robotic este capabilă să mențină la parametri normali capacitățile funcționale după prostatectomia radicală.

Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy

Cristian Nicolae Manea¹, Ioan Coman²

1. EndoPlus Clinic, Robotic Surgery Center Cluj-Napoca, Romania

2. "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca, Romania

Introduction: Erectile dysfunction is one of the complications documented in prostatic radical surgery that has a negative effect on the quality of life. Occurrence of erectile dysfunction has dropped to 15-30% because of the evolution of minimally invasive techniques designed to preserve neurovascular bands, as shown in numerous trials aiming to evaluate post-prostatectomy functional results.

Material and method: Evaluation of erectile function in patients who underwent unilateral nerve sparing versus those who underwent bilateral nerve sparing. Early oral therapy with PDE-5 inhibitors was applied after surgery. We compared the results with those found in literature. All enrolled patients completed the approved preoperative questionnaires: EORTC-QLQ-C30, ICIQ-UI and IIEF.

Results: Implementation of these questionnaires can help assess preoperative status of erectile function and continence. Therapy with PDE-5 inhibitors helps faster resumption of erectile function. A very important functional aspect is to decrease the risk of occurrence of cavernous bodies fibrosis.

Conclusions: Minimally invasive robot-assisted techniques are more efficient when the aim is to preserve the neurovascular bands. Studies have shown complete resumption of erectile function in 12-24 months after the procedure. Use of oral therapy or local therapy with prostaglandins helps significantly in ensuring a satisfactory sexual life. Compared with standard procedures, robot-assisted surgery is able to keep functional capacity within normal parameters after radical prostatectomy.

Protezarea peniană – terapie greu accesibilă în România

Dr. Cosmin Neicuțescu, Dr. Nicolae Calomfirescu

Disfuncția erectilă reprezintă incapacitatea de a obține și menține o erecție, necesară pentru actul sexual. În lume, unul din zece bărbați suferă de această problemă și, după 35 de ani incidența este de 25%. Incidența globală crește odată cu vârsta. Este o situație patologică cauzată de condiții organice, dar și psihoemoționale. Există mai multe opțiuni de tratament, fie care tratează cauza, fie care au efect asupra mecanismului periferic, pentru producerea erecției. Implantarea unei protezei peniene este indicată atunci când alte metode terapeutice au eșuat. Tehnic, protezele peniene sunt tuburi cilindrice din materiale biocompatibile, acoperite la suprafață cu diferite substanțe sau antibiotice pentru o durată de viață cât mai lungă. Există două tipuri, semi-rigide (maleabile) și rigide prin inflație (hidraulice). Implantarea este o intervenție chirurgicală, sub anestezie spinală, o tehnică ce presupune forarea în corpul cavernos și crearea spațiului necesar montării protezei. Durata medie a acestor tipuri de intervenții chirurgicale, este de 1-2 ore și necesită spitalizare postoperatorie de 1-2 zile. Pacientul trebuie să fie foarte bine informat despre tehnica chirurgicală, rezultatele postoperatorii și posibilitatea apariției eventualelor complicații. În România, numărul de intervenții de protezare peniană este relativ mic din mai multe cauze: numărul mic de pacienți care raportează disfuncție erectilă, numărul mic de medici de specialitate și prețurile protezei (minim 2200 de euro), intervenție necompensată de compania de asigurări. Majoritatea sunt realizate în clinici private și mai puțin în spitalele de stat. Chiar în aceste situații, rezultatele raportate de clinici sunt foarte bune.



Penile prosthesis - hardly accessible therapy in Romania

Cosmin Neicutescu, MD, Nicolae Calomfirescu, MD

Erectile dysfunction is the inability to obtain and maintain an erection necessary for sexual intercourse. In world one in ten men suffers from this problem and after 35 years the incidence is 25%. Overall incidence increases with age. It is a pathological situation caused by organic conditions but psycho-emotional. There are multiple choices for treatment; some refer to determinants other acts on the peripheral mechanism for producing an erection. Treatment of penile prosthesis implantation is indicated by when other methods have not efficacy. Technically, penile prostheses are cylindrical tubes of biocompatible materials, surface covered with various substances or antibiotics that make life be as long. There are two types, semi-rigid (malleable) and rigid by inflation (hydraulic). The implantation is a surgery procedure under spinal anesthesia, a technique that involves drilling within the corpora cavernosa and creating necessary space fitting denture. Average time surgery is 1-2 hours and postoperative hospital stay of 1-2 days. The patient will be very well informed about the surgical technique, postoperative results and the occurrence of any complications. In Romania the number of penile prosthesis implantation interventions for is relatively small for several reasons: small number of patients that address for erectile dysfunction, the small number of specialized doctors and denture price (minimum 2200 Euros), uncompensated by insurance company, most executed in private clinics and public hospitals less. In clinics such conditions the results are still reported as very good.

CONFERINȚA PREȘEDINTELUI

THE PRESIDENT'S CONFERENCE

Varicocelul și infertilitatea masculină: abordare chirurgicală

Cătălin Belinski

Infertilitatea este o problemă de sănătate din ce în ce mai frecvent apărută în viața bărbatului modern. Dacă până nu demult ea era "vinovată" de toate problemele de infertilitate ale cuplului, abordarea modernă presupune urmărirea ambilor parteneri. În cazul bărbatului, screening-ul inițial este mult mai simplu, presupunând efectuarea unei spermograme. Dacă rezultatul este normal înseamnă că trebuie căutată cauza infertilității de cuplu la parteneră. Un rezultat anormal al spermogramei înseamnă căutarea unor cauze de infertilitate masculină, ce pot fi infecțioase, imunologice, hormonale, testiculare sau genetice. Aproape o treime din cauzele infertilității la bărbat sunt idiopatice. Există situații în care prezența varicocelului uni sau bilateral, cu analize hormonale normale, impune cură chirurgicală a acestuia. Vom prezenta experiența noastră versus datele din literatură referitoare la cura chirurgicală a varicocelului și infertilitatea masculină.

Varicocele and masculine infertility: surgical approach

Catalin Belinski

In the last period of time infertility represent a real health problem for the modern men. The "traditional" approach considered the female partner been "guilty" for all the fertility problem of the couple. Modern approach take into consideration the medical evaluation of both partners. In order to asses men fertility, the screening is very easy and based on spermogram. A normal result means that only the female partner should be evaluate further. An abnormal result of the spermogram means that we should search for the infertility causes such as: infectious, immunological, hormonal, testicular or genetic. In almost a third of the cases the men infertility is idiopathic. There are some situations when uni- or bilateral varicocele with normal hormonal findings require surgical repair of the varicocele. We present our experience versus the literature data regarding surgical approach of varicocele and men infertility.

Antihipertensivul de cursă lungă

Negreș Simona

Viața poate fi privită ca o cursă, o cursă cu tot felul de obstacole, mai mari, mai mici, mai multe sau mai puține. Un lucru este cert, nu este o cursă fără obstacole. Pentru a putea depăși aceste obstacole avem nevoie de tot sprijinul pe care-l putem obține. De aceea, un partener de cursă lungă, se poate dovedi neprețuit!

Long term antihypertensive

Negreș Simona

Life can be regarded as a race, a race with all sorts of obstacles, bigger, smaller, more or less. One thing is certain, there is no race without obstacles. To overcome these obstacles we need all the support we can get. Therefore, a long-distance partner may prove invaluable!

Puterea de a străluci

Calomfirescu Nicolae

Strălucire, frumusețe, putere, perfecțiune, rezistență, armonie, eleganță... toate acestea pot fi aduse în discuție atunci când vorbim despre diamante. Dar principalul diamant, pe care-l putem avea fiecare dintre noi, poate fi însăși viața noastră. O viață sexuală împlinită poate fi un catalizator important în obținerea acestui diamant.

The Power to Shine

Nicolae Calomfirescu

Brilliance, beauty, power, perfection, strength, harmony, elegance... can all be brought up when talking about diamonds. But the main diamond that each of us can have is our own life. A fulfilling sex life can be an important catalyst in getting this diamond.

De veghe în lanul de secară

Negreș Simona

Tratamentele moderne au condus la o extindere importantă a speranței de viață și la îmbunătățirea calității vieții. Însă calitatea vieții este o noțiune multifacțată și extrem de complexă, iar în obținerea acesteia, farmacistul poate avea un rol crucial.

The Catcher in the Rye

Negreș Simona

Modern treatments have led to a significant extension of life expectancy and quality of life. But quality of life is a multifaceted and highly complex notion, and in obtaining it, the pharmacist can play a crucial role.



Psihologie în farmacie

Avram George

Abilitățile de comunicare și de relaționare fac munca farmacistului și a asistentului de farmacie mai ușoară, iar experiența trăită de către pacienți în farmacie mai plăcută. În situațiile “delicate”, cum ar fi abordarea subiectului legat de disfuncția erectilă, aceste cunoștințe și abilități trebuie dublate, însă, de o bună cunoaștere a psihologiei pacientului care suferă de această tulburare. Teme abordate:

- Importanța competenței emoționale în relația cu pacienții;
- Aspectele psihologice asociate cu disfuncția erectilă – emoții și comportamente;
- Identificarea nevoilor pacienților și a oportunităților de a ajuta în timpul interacțiunii din farmacie;
- Înțelegerea rușinii, jenei și disconfortului emoțional – cum afectează acestea calitatea comunicării;
- Psihologia rușinii – cum alimentează disfuncția erectilă această emoție;
- Rolul de consultant și sfătuitor pe care îl joacă farmacistul;
- Cum să abordezi un pacient în cazul discuției legate de disfuncția erectilă

Psychology in the pharmacy

Avram George

Communication and networking skills make the work of the pharmacist and pharmacy assistant easier and the experience of the patients in pharmacy more enjoyable. In “sensitive” situations, such as addressing issues related to erectile dysfunction, the knowledge and these skills must be doubled by a good knowledge of psychology of patient suffering from this disorder.

Topics:

- *The importance of emotional competence when interacting with patients;*
- *Psychological aspects related to erectile dysfunction - emotions and behaviors;*
- *Identifying the needs of patients and the opportunities to help during pharmacy visit;*
- *Understanding the shame, embarrassment and emotional distress - how these factors affect the quality of communication;*
- *The psychology of shame – how this emotion influences the erectile dysfunction;*
- *The consultant and advisor role played by pharmacist;*
- *How to approach a patient when discussing about the erectile dysfunction.*

cystistat®

Get on with life.

Cystistat® restabilește
stratul protector
de glicozaminoglicani
al vezicii urinare în

**Cistita interstițială /
Sindromul vezicii dureroase
Cistita bacteriană recurentă
Cistita radică**



www.oncoscan.ro

cystistat®

www.cystistat.com



DIONICHEPHARMA

Prevalența substituției testosteronice în managementul disfuncției erectile: 5 ani de experiență clinică

Coca Vasile

Spitalul Județean de Urgență Cluj, Cl. Endocrinologie, Dpt. Andrologie și Medicina Sexualității

BACKGROUND: Hipogonadismul este una din cauzele DE organice, substituția testosteronică reprezentând, mult timp, singura formă patogenetică de tratament, iar recent, dovedindu-se și în România, un adjuvant util în terapia combinată cu inhibitori de fosfodiesterază 5 (Coca *et al.* 2006).

OBJECTIVE: Evaluarea prevalenței hipogonadismului la bărbați cu DE și a prevalenței terapiei substitutive cu testosteron cu absorbție prelungită în 5 ani de utilizare a Nebido 1000®.

METODĂ: Din 674 de cazuri cu DE și vârsta de 52.48 ± 10.26 ani, s-au selectat 175 (25.96%) cu indicație de substituție testosteronică. S-au constituit 5 cohorte anuale, evaluându-se comorbiditățile și corelația cu prevalența hipogonadismului, dinamica și posologia substituției testosteronice, precum și relația cu IPDE5. S-a utilizat testosteron cu absorbție prelungită. În condiții de DE, hipogonadismul a fost stabilit pe baza fenotipului omologat cu testosteron seric total în treimea inferioară a normalului, sau cu testosteron total \pm testosteron liber subnormal.

REZULTATE: Din totalul de 175 de cazuri, 171 (97.71%) au primit testosteron (Nebido 1000®). La 148 pacienți (84.57%) hipogonadismul s-a stabilit pe baza fenotipului. Comorbiditățile asociate semnificativ DE au fost: obezitatea (78.9%), sindromul metabolic (68.99%), hipertensiunea arterială (63.94%) și hipertrigliceridemia (60.67%). Exceptând creșterea semnificativă după primul an (15.67% în 2007/2008 vs. 40.5% în 2008/2009; $P < 0.001$) media anuală a substituției cu testosteron a fost constantă (25.65% din cazurile cu DE). Posologie: 1f=33 cazuri (19.07%); 2f=10 cazuri (5.93%); 3f=89 cazuri (52.12%); 4f=35 cazuri (20.56%); peste 4f în 4 cazuri (2.54%). 146 de pacienți cu DE (85.62%) au primit testosteron combinat cu IPDE5 ($P < 0.0001$) vs. 25 de bărbați (14.25%) tratați numai cu testosteron.

CONCLUZII: În perioada analizată, substituția testosteronică la bărbații cu DE a fost utilizată constant și într-o proporție semnificativă, combinația ei cu IPDE5 fiind forma preponderentă de tratament în serviciul nostru.

Prevalence of testosterone substitution in erectile dysfunction management: 5 years of clinical experience

Coca Vasile

Emergency County Hospital Cluj, Endocrinology Cl., Andrology and Sexuality Medicine Dpt.

BACKGROUND: Hypogonadism is one of the organic DE causes, the testosterone replacement representing, for long time, the only pathogenetic treatment, and recently in Romania was proved as a useful adjuvant in combination therapy with inhibitors of phosphodiesterase 5 (Coca *et al.* In 2006).

OBJECTIVES: Evaluate the prevalence of hypogonadism in men with ED and the prevalence of testosterone replacement therapy with prolonged absorption, in five years of Nebido 1000® usage.

METHODS: Of 674 cases with ED and 52.48 ± 10.26 years old, were selected 175 (25.96%) with indication of testosterone replacement. There were 5 annual cohorts, assessing comorbidities and correlation with hypogonadism prevalence, testosterone substitution dynamics and dosage, and the interrelation with IPDE5. We used testosterone with prolonged absorption. In terms of ED, hypogonadism was determined based on the approved phenotype with total serum testosterone in the lower third of normal, or total testosterone \pm free subnormal testosterone.

RESULTS: Of 175 cases, 171 (97.71%) received testosterone (Nebido 1000®). In 148 patients (84.57%) hypogonadism was based on phenotype. Comorbidities were significantly related to obesity (78.9%), metabolic syndrome (68.99%), hypertension (63.94%) and hypertriglyceridemia (60.67%). Except the significant increase after the first year (15.67% in 2007/2008 vs. 40.5% in 2008/2009, $P < 0.001$) annual mean of testosterone substitution was constant (25.65% of cases with ED). Dosage: 1f = 33 cases (19.07%), 2f = 10 cases (5.93%), 3f = 89 cases (52.12%), 4f = 35 cases (20.56%) over 4f in 4 cases (2.54%). 146 patients with ED (85.62%) received combined testosterone with IPDE5 ($P < 0.0001$) vs. 25 men (14.25%) treated with testosterone.

CONCLUSIONS: In the analyzed period, testosterone substitution in men with ED has been used consistently and in a significant proportion, the combined form with IPDE5 was the predominant treatment in our service.

Evoluția testosteronemiei și a IIEF după terapie cronică cu statine, la bărbații cu disfuncție erectilă, tratați cu IPDE5

Coca Vasile

Spitalul Județean de Urgență Cluj, Cl. Endocrinologie, Dpt. Andrologie și Medicina Sexualității

BACKGROUND: Date controversate din literatură atribuie statinelor, fie o scădere a testosteronului seric și/sau a libidoului, fie o oarecare ameliorare a DE, comparativ cu lipsa oricărei alte medicații.

OBIECTIVE: Evaluarea testosteronemiei și a funcției sexuale după doi ani de terapie cronică anti-hiperlipemiantă, cu inhibitori de HMG-CoA reductază, la bărbați cu hiperlipoproteinemie (HLP) și DE tratată cu IPDE5.

METODĂ: La 47 bărbați cu DE și HLP, la doi ani (V_2) de la consultația inițială (V_1), s-au reevaluat profilul lipidic (LDL, HDL și TG), testosteronemia (T_t și FT) și funcția sexuală (IIEF). Vârsta medie la V_1 : 37.84 ± 5.09 ani. Terapia hipolipemiantă a utilizat statine. DE a fost tratată cu IPDE5. Nici unul din cazuri nu a fost hipogonadic și nu a primit substituție testosteronică. Grupul studiat (A) a fost comparat cu un grup de control (B=30 cazuri), de vârstă comparabilă (37.12 ± 4.83 ani), cu DE dar fără HLP.

REZULTATE: Dinamica valorilor parametrilor urmăriți între cele două evaluări:

Parametri	Gr. A (V_1)	Gr. B (V_1)	P	Gr. A (V_2)	Gr. B (V_2)	P
LDL †	158.8±11.3	104.8±10.5	0.056	111.6±8.6	106.2±9.8	0.018
HDL †	30.4±4.2	45.1±5.4	0.070	39.1±5.3	45.6±4.4	0.041
TG †	285.7±41.6	137.3±10.2	0.001	169.3±30.7	136.7±12.3	0.030
T_t *	19.8±4.7	20.2±4.6	0.144	17.9±4.6	19.3±3.2	0.655
FT *	0.108±33.1	0.99±26.2	0.881	0.112±27.6	0.111±23.3	0.104
IIEF-EF	16.6±4.3	14.9±4.8	0.358	22.4±3.5	23.3±2.8	0.124
IIEF-OS	7.2±1.08	7.07±1.3	0.109	8.7±0.6	8.7±0.4	0.119
IIEF-SD	4.8±0.78	5.06±0.6	0.157	8.2±0.3	7.9±0.3	0.208
IIEF-IS	9.6±2.6	8.8±2.4	0.332	9.2±3.1	9.6±3.3	0.177
IIEF-OvS	3.7±1.2	4.01±0.89	0.345	6.8±2.2	6.5±1.8	0.133
IIEF-scor	44.4±8.3	47.51±7.3	0.751	59.3±6.6	63.6±5.2	0.962

Legendă:

LDL: low density lipoprotein; HDL: high density lipoprotein; TG: triglycerides; T_t : total testosterone; FT: free testosterone; IIEF: International Index of Erectile function; EF: erectile function; OS: orgasmic satisfaction; SD: sexual desire; IS: intromisional satisfaction; OvS: overall satisfaction. †= mg/dL; *= nmol/L.

La gr. A, dislipidemia a evoluat semnificativ favorabil (Δ LDL= $P<0.001$; Δ TG= $P<0.001$), iar dinamica hormonală a fost: T_t (V_1)=19.8±4.7 vs. T_t (V_2)=17.9±4.6 ($P=0.9$); FT (V_1)=0.108±33.1 vs. FT (V_2)=0.112±27.6 ($P=0.357$). Scorului IIEF în gr. A: $V_1=44.4 \pm 8.3$ vs. $V_2=44.4 \pm 8.3$ ($P<0.05$) a evoluat similar și în gr. B: $V_1=49.51 \pm 7.3$ vs. $V_2=63.6 \pm 5.2$ ($P<0.05$). IIEF-SD s-a ameliorat nediferențiat în ambele grupuri (V_2 ; $P=0.208$).

CONCLUZII: La pacienții noștri cu DE, tratați cu IPDE5, statinele utilizate pentru dislipidemie nu scad nivelele serice de testosteron și nu diminuează ameliorarea libidoului (IIEF-SD).

Testosteronemia and IIEF evolution after chronic statin therapy in men with erectile dysfunction treated with IPDE5

Coca Vasile

Emergency County Hospital Cluj, Endocrinology Cl., Andrology and Sexuality Medicine Dpt.

BACKGROUND: Controversial data from literature assigned to statins a decrease in serum testosterone and / or libido, or some improvement in ED, compared with the absence of any other medications.

OBJECTIVES: Evaluation of testosteroneemia and of sexual function after two years of anti-hyperlipemiant chronic therapy with HMG-CoA reductase inhibitors in men with hyperlipoproteinaemia (HLP) and treated ED with IPDE5.

METHOD: In 47 men with ED and HLP, after two years (V_2) since the initial consultation (V_1), lipid profile was reviewed (LDL, HDL and TG), testosteroneemia (TT and FT) and sexual function (IIEF). V_1 average age: 37.84 ± 5.09 years. Lipid-lowering therapy used statins. ED was treated with IPDE5. None of the cases were hypogonadal and received testosterone replacement. Study group (A) was compared with a control group (B = 30 cases), of comparable age (37.12 ± 4.83 years), with ED but without HLP.

RESULTS: The dynamics of track parameter values between the two assessments:

Parameters	Gr. A (V_1)	Gr. B (V_1)	P	Gr. A (V_2)	Gr. B (V_2)	P
LDL †	158.8±11.3	104.8±10.5	0.056	111.6±8.6	106.2±9.8	0.018
HDL †	30.4±4.2	45.1±5.4	0.070	39.1±5.3	45.6±4.4	0.041
TG †	285.7±41.6	137.3±10.2	0.001	169.3±30.7	136.7±12.3	0.030
T _t *	19.8±4.7	20.2±4.6	0.144	17.9±4.6	19.3±3.2	0.655
FT *	0.108±33.1	0.99±26.2	0.881	0.112±27.6	0.111±23.3	0.104
IIEF-EF	16.6±4.3	14.9±4.8	0.358	22.4±3.5	23.3±2.8	0.124
IIEF-OS	7.2±1.08	7.07±1.3	0.109	8.7±0.6	8.7±0.4	0.119
IIEF-SD	4.8±0.78	5.06±0.6	0.157	8.2±0.3	7.9±0.3	0.208
IIEF-IS	9.6±2.6	8.8±2.4	0.332	9.2±3.1	9.6±3.3	0.177
IIEF-OvS	3.7±1.2	4.01±0.89	0.345	6.8±2.2	6.5±1.8	0.133
IIEF-scor	44.4±8.3	47.51±7.3	0.751	59.3±6.6	63.6±5.2	0.962

Legend:

LDL: low density lipoprotein; HDL: high density lipoprotein; TG: triglycerides; T_t: total testosterone; FT: free testosterone; IIEF: International Index of Erectile function; EF: erectile function; OS: orgasmic satisfaction; SD: sexual desire; IS: intromisional satisfaction; OvS: overall satisfaction. †= mg/dL; * = nmol/L.

At gr. A, dyslipidemia has significantly favorable evolved (Δ LDL = $P < 0.001$; Δ TG = $P < 0.001$) and hormonal dynamics was: Tt (V_1) = 19.8 ± 4.7 vs. Tt (V_2) = 17.9 ± 4.6 ($P = 0.9$), FT (V_1) = 0.108 ± 33.1 vs. FT (V_2) = 0.112 ± 6.27 ($P = 0.357$). IIEF score in gr. A: $V_1 = 44.4 \pm 8.3$ vs. $V_2 = 44.4 \pm 8.3$ ($P < 0.05$) had a similar evolution in gr. B: $V_1 = 49.51 \pm 7.3$ vs. $V_2 = 63.6 \pm 5.2$ ($P < 0.05$). IIEF-SD improved as in both groups (V_2 , $P = 0.208$).

CONCLUSIONS: In our patients with ED treated with IPDE5, the statins used for dyslipidemia don't decrease serum testosterone levels and don't diminue the libido improvement (IIEF-SD).

CISTATIN C CRESCUTĂ, POSIBIL MARKER DE RISC DE DISFUNCTIE ERECTILĂ

Coca V¹, Coca C. Mariana², Feticu E³, Georgescu C¹, Micluția I⁴

1.CI. Endocrinologie, Sp. Județean de Urgență Cluj, 2.Laborator Clinic Sp. Județean de Urgență Cluj, 3.Laborator Clinic "MedLife"Cluj, 4.CI. Psihiatrie I, Sp. Județean de Urgență Cluj.

BACKGROUND: Cistatin C (Cys C) este o proteină cu greutate moleculară mică, dovedită ca biomarker al afectării endoteliale și al riscului cardio-metabolic, crescută și în obezitate, dislipidemii și sindromul metabolic. Disfuncția erectilă (DE) are o patogeneză preponderent endoteliopată.

OBIECTIVE: Am comparat valoarea Cys C la adulți tineri cu DE, fără cauze evidente, în ipoteza că eventuala ei creștere ar putea fi un marker al alterării performanței erectile.

METODA: Participanți: 47 cazuri (cu DE=22, gr. A; fără DE=25, gr. B) evaluați în perioada 2010-2012. Vârsta medie: $39 \pm 4,72$ ani. Evaluare DE: IIEF-5 (SHIM). Metoda Cys C: nefelometrie (separare ser prin centrifugare, colectare și păstrare la 5°C; VN=0.55-1.5 mg/L pentru <50 ani vârstă). S-au exclus cauzele psihogene și comorbidități elocvente pentru etiopatogeneza DE: diabet, HTA, boala cardiovasculară, dislipedemia aterogenă, testosteron liber ≤ 0.03 nmol/L (VN=0.019-0.145 nmol/L), chirurgia perineală. S-a comparat și s-a calculat

semnificația diferențelor dintre loturi.

REZULTATE: SHIM: Gr.A=12.27±3.67 puncte; Gr. B=23.12±1.33 puncte (P<0.001). Nivelul Cys C la grupurile studiate: Gr. A=1.38±0.46 vs. Gr. B=0.9±0.67; (P<0.05). Gradul DE vs. nivelul seric al Cys C în gr. A: DE mod./sev (SHIM≤11 puncte, n=5 cazuri): Cys C=1.52±2.41; DE ușoară (SHIM≥12 puncte) = Cys C: 1.27±3.08 (P<0.7). Cys C peste 1.5 mg/L: total = 8 cazuri (17.02%); gr. A=7 cazuri (31.8%) vs. gr. B=1 cazuri (4.0%); P<0.05 (0.0689).

CONCLUZII: Studiul nostru a demonstrat o creștere semnificativă a Cys C serice în DE, oferind premisele demarării unor studii mai ample pentru evaluarea Cys C ca marker al riscului de disfuncție erectilă organică de origine endoteliopată.

Increased Cistatin C, a possible risk marker for erectile dysfunction

Coca V¹, Coca C. Mariana², Feticu E³, Georgescu C¹, Micluția I⁴

1.Emergency County Hospital Cluj, Endocrinology Cl., 2.Cl. Laboratory, Emergency County Hospital Cluj, 3.“MedLife”Cl. Laboratory, Cluj, 4.Psichyatri Cl., Emergency County Hospital Cluj.

BACKGROUND: Cistatin C (Cys C) is a low weight molecular protein, proven as biomarker of endothelial damage and cardio-metabolic risk, increased in obesity, dyslipidemia and metabolic syndrome. Erectile dysfunction (ED) is mainly endoteliopat pathogenesis.

OBJECTIVES: We compared the Cys C value in young adults with ED, without obvious cause, assuming that its potential growth could be a marker of impaired erectile performance.

METHOD: Participants: 47 cases (with DE = 22, gr. A, without = 25, gr. B) assessed in 2010-2012. Mean age: 39 ± 4.72 years. DE evaluation: IIEF-5 (SHIM). Cys C Method: nephelometric (serum separation by centrifugation, collection and storage at 5°C, VN = 0.55-1.5 mg/L to <50 years old). Psychogenic causes and eloquent comorbidities were excluded for ED etiopathogenesis: diabetes, hypertension, cardiovascular disease, atherogenic dislipidemia, free testosterone ≤ 0.03 nmol / L (VN = 0019-0145 nmol / L), perineal surgery. The significance of differences between groups was compared and evaluated.

RESULTS: SHIM: Gr.A = 12.27 ± 3.67 points, Gr B = 23.12 ± 1.33 points (P < 0.001). The Cys C level at studied groups: Gr A = 1.38 ± 0.46 vs. Gr B = 0.9 ± 0.67, (P < 0.05). ED degree vs. serum levels of Cys C in g. A: a. / Sev (SHIM ≤ 11 points, n = 5 cases): C = 1.52 ± 2.41 Cys, mild DE (SHIM ≥ 12 points) = Cys C: 1.27 ± 3.08 (P < 0.7). Cys C over 1.5 mg / L: total = 8 cases (17.02%), gr. A = 7 cases (31.8%) vs. gr. B = 1 cases (4.0%), P < 0.05 (0.0689).

CONCLUSIONS: Our study showed a significant increase in Cys C serum, great starting premise of larger studies to assess Cys C as a marker of risk of organic erectile dysfunction, endoteliopat origin.

Testosteronul undecanoat injectabil 1000 mg la 3 luni nu crește nivelul PSA după 3 ani de folosire

Matei Pisoschi¹, Dan Perețianu², Mara Carșote³, Cătălina Poiană³, Dana Cristina Staiuc²

1.Spitalul Panduri, Secția Urologie; 2.Societatea Civilă Medicală “Povernei”, 3.Institutul de Endocrinologie – București

Obiectiv: De a afla dacă Testosteronul undecanoat (TUD) 1000 mg (Nebido[®]; Bayer-Schering) are efect negativ asupra prostatei.

Material și metodă: Bărbați sub TUD 1000 mg, i.m. la 3 luni; 250 analize PSA (variabil), baza, la 3 luni, 1 an, 2 ani și 3 ani. Analiza statistică: testul Student, corelație simplă, regresie multiplă.

Rezultate: **A.** Pacienții: 93 bărbați, 18-96 ani, media: 62,45; mediana: 63. **B.** Volumul prostatei: baza media: 39,83 cm³. **C.** Media PSA: antetratament: 1,92 ng/ml, SD: 1,77; post 1 an: 2,05; post 2 ani: 2,45; post 3 ani: 1,98. **D.** Semnificația statistică a diferenței: $p_{1,2,3} > 0,6$, nesemnificativ. **E.** Corelația între vîrstă și PSA este semnificativă, înainte ($r_1=0,33$), după tratament la 1 an ($r_2=0,35$), dar NS la 2 și 3 ani. **F.** Corelația între PSA și volumul prostatei a fost semnificativă, înainte ($r_5=0,61$), după tratament la 1, 2 și 3 ani ($r_{6,7,8} = 0,51; 0,49; 0,38$). **G.** Testul de regresie multiplă [la 1 an: $r^2 = 0,4889$; F = 20,725; p << 0,001; la 2 ani: $r^2 = 0,76$; F = 34,15; p <<

0,001; la 3 ani: $r^2 = 0,95$; $F = 121,2$; $p \ll 0,001$] arată că nivelul PSA post testosteron nu depinde de testosteron ci de vîrstă, volumul prostatei și valoarea inițială a PSA.

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

Testosterone undecanoat injectable 1000 mg at 3 months does not increase PSA level after 3 year of use

Matei Pisoschi¹, Dan Perețianu², Mara Carșote³, Cătălina Poiană³, Dana Cristina Staicu²

1.Panduri Hospital, Department of Urology; 2.“Povernei”Medical Civil Society; 3.Institute of Endocrinology –Bucharest, Romania

Objective: To find if testosterone undecanoat (TUD) 1000 mg (NebidoR; Bayer-Schering) injection has or not a negative effect on prostate.

Material and method: Men under TUD 1000 mg, i.m. at 3 months; 250 PSA analyses, onset, at 3 months, 1, 2 and 3 years. Statistical analysis: Student test, simple correlation, multiple regressions.

Results: A. Patients: 93 men, 18-96 years, average: 62, 45; median: 63. B. Prostatic volume: onset average: 39, 83 cm³. C. PSA average: ante treatment: 1, 92 ng/ml, SD: 1, 77; post 1 y: 2,05; post 2 ys: 2,45; post 3 ys: 1,98. D. Statistical significance of difference: $p_{1,2,3} > 0,6$, nonsignificant. E. Correlation between age and PSA was significant, before ($r_1=0,33$), and after treatment at 1 y ($r_2=0,35$), but nonsignificant at 2 ys and 3 ys. F. Correlation between PSA and prostatic volume was significant before ($r_5=0,61$), after treatment at 1, 2 and 3 ys ($r_{6,7,8} = 0,51; 0,49; 0,38$). G. Multiple regression test [at 1 an: $r_2 = 0,4889$; $F = 20,725$; $p \ll 0,001$; at 2 ys: $r_2 = 0,76$; $F = 34,15$; $p \ll 0,001$; at 3 ys: $r_2 = 0,95$; $F = 121,2$; $p \ll 0,001$] have shown that PSA level post testosterone did not depend on testosterone but on age, prostatic volume and basal PSA level.

Conclusions: 1. Testosterone undecanoat 1000 mg injectable i.m. at 3 months did not increase PSA level, after 1, 2 and 3 years of use. 2. PSA level post testosterone is in fact dependent on age, prostatic volume and the level before therapy.

Disfuncțiile sexuale feminine și afecțiunile psihiatrice

Simona Juliette Mogoș, Veronica Istrate, Lucia Bădeanu, Cristina Dascălu, Voichița Mogoș

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

S-a studiat severitatea disfuncțiilor sexuale la 127 de femei cu afecțiuni psihiatrice în tratament, internate în Spitalul de psihiatrie Socola Iași.

Lotul studiat a cuprins 13 paciente cu schizofrenie, 9 demente, 10 epilepsie, 11 retard mental, 34 tulburare depresivă, 10 tulburare bipolară, 8 nevroză, 9 neuroastenii, 14 toxicomani și 9 tulburări de personalitate. Pacientelor li s-a aplicat chestionarul FSFI (The Female Sexual Function Index) și s-a apreciat prezența și severitatea disfuncțiilor sexuale.

Parametrii urmăriți în cadrul chestionarului au vizat dorința sexuală, excitația, lubrifierea, orgasmul, satisfacția și durerea. Scorul maxim posibil pentru toți parametrii este de 6 puncte.

Rezultate: S-a constatat că pacientele cu schizofrenie prezintă valori minime pentru parametrul dorință (1,6), scorul maxim obținut fiind la pacientele cu retard mental (3,42) care au obținut scoruri maxime și pentru parametrul lubrifiere (2,97) și satisfacție (2,48). Pacientele cu demență au relatat cele mai mici scoruri pentru excitație (1,09), lubrifiere (1,2) și orgasm (1,1). Pacientele cu tulburări bipolare au perceput nivelul de excitație cel mai intens (2,69). Gradul satisfacției sexuale a fost minim la pacientele cu tulburare depresivă (1,87), identic pentru pacientele cu demență, neuroastenii și tulburări de personalitate (1,95) și maxim la pacientele cu retard mental (2,48). Pacientele cu schizofrenie au perceput cel mai intens durerea în timpul actului sexual (3,43), minimul obținut fiind de pacientele cu demență.

Concluzii: Severitatea disfuncțiilor sexuale la femei este diferită în grupurile studiate, pacientele cu retard mental fiind cel mai puțin afectate.

Female sexual dysfunction and psychiatric disorders

Simona Juliette Mogoș, Veronica Istrate, Lucia Bădeanu, Cristina Dascălu, Voichița Mogoș
Endocrinology Clinic – “Gr. T.Popa” Medicine and Pharmacy University, Iași

Severity of sexual dysfunction was studied in 127 women with psychiatric treatment, admitted to psychiatric hospital Socola Science.

The study group included 13 patients with schizophrenia, dementia 9, epilepsy 10, mental retardation 11, depressive 34, bipolar disorder 10, neurosis 8, neuroastenie 9, addicts 14 and personality disorder 9. Patients were applied FSFI questionnaire (Female Sexual Function Index) and the presence and severity of sexual dysfunction was appreciated.

Track parameters in the questionnaire, concerned sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. Maximum possible score for all parameters is 6 points.

Results: We found that patients with schizophrenia have minimum values for the desire parameter (1.6), the highest score was in patients with mental retardation (3.42) with maximum scores for lubrication parameters (2.97) and satisfaction (2.48). Patients with dementia reported the lowest scores for excitation (1.09), lubrication (1.2) and orgasm (1.1). Patients with bipolar disorder have perceived the most intense excitation (2.69). The degree of sexual satisfaction was minimal in patients with depressive disorder (1.87), identical for patients with dementia, personality disorders neurasthenia (1.95) and maximum in patients with mental retardation (2.48). Patients with schizophrenia have seen the most intense pain during intercourse (3.43), the minimum is obtained by patients with dementia.

Conclusions: The severity of sexual dysfunction in women is different in the groups studied, patients with mental retardation being the least affected.

Tromboză venă spermatică - prezentare caz clinic

C. Belinski, R. Petca, Mariana Lăcătușu, A. Manu Marin
Spitalul de Urgență MAI “Prof. Dr. D. Gerota”, București

Pacient P.G., 32 de ani, fără antecedente urologice, se internează pentru durere și tumefacție la nivelul hemiscotului stâng, apărută de 3 zile, cu accentuare progresivă, fără febră și fără simptomatologie urinară. Ecografie Doppler testiculară evidențiază tromboză a ramurilor din hemiscotul stâng al venei spermatică. Evoluție favorabilă sub tratament anticoagulant (inițial Heparina 5000UI la 6 ore, 7 zile apoi Sintrom, sub controlul INR). Ecografia de control la 14 zile arată evoluția favorabilă.

Thrombosis of spermatic vein – clinical case presentation

C. Belinski, R. Petca, Mariana Lăcătușu, A. Manu Marin
“Prof. Dr. D. Gerota”, Hospital, Bucharest

We present the case of a 32 years old male, who was seen at the Gerota Hospital for pain and swelling in left hemiscrotal cavity for 3 days. He was otherwise healthy, without urological history, fever or urinary symptoms. Doppler ultrasound shows thrombosis of left spermatic vein. Good outcome after anticoagulant treatment. Doppler ultrasound after 14 days shows favorable evolution.

Disfuncția erectilă în tratamentul oral – studiu comparativ

Dr. Julian Eden, Dr. El Kharoubi Adnan, Med. Student El Kharoubi Amin-Florin,
UMF Oradea, România

INTRODUCERE: În prezent, există trei medicamente cu administrare orală aprobate de către EMA & FDA pentru tratamentul disfuncției erectile: sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra) și tadalafil (Cialis). Ele blochează enzima fosfodiesterază de tip 5 (PDE-5) și aparțin unei clase numită inhibitori de fosfodiesterază (PDE). Viagra a fost primul și este, probabil, cel mai faimos dintre cei trei inhibitori PDE-5, este fabricat de Pfizer. Inc Levitra este fabricat de Bayer Pharmaceuticals Corporation. Levitra a fost al doilea PDE-5 inhibitor. Cialis este fabricat de Eli Lilly și a fost aprobat în 21 noiembrie, 2003.

Scop: Scopul acestei cercetări a fost de a evalua eficacitatea tratamentului cu inhibitori de PDE la pacienții care se aplică pe Internet pentru a trata disfuncția erectilă.

Pacienți și metodologie: Toți pacienții care au participat în cercetarea noastră au fost invitați să completeze chestionarul suplimentar creat de Dr. Julian Eden, managerul general al www.e-med.co.uk. Chestionarul adițional conține nouă întrebări suplimentare. Aceste s-au referit la experiența lor în alegerea tratamentului pentru DE, precum și satisfacția ca urmare a utilizării acelor medicamente și ce factori ar influența schimbarea tratamentului actual cu unul nou.

Rezultate: Au fost 681 chestionare completate, dintre care 459 au ales Viagra, 200 Cialis și 22 Levitra. Doar 60% dintre ei au încercat alt tratament pentru DE înainte. 51,4% au avut nici un răspuns cu privire la numele medicamentului încercat înainte, și 77,82% (530 răspunsuri) au nevoie de mai mult de două motive pentru a schimba medicamentul preferat în mod normal.

Concluzie: 1-la bărbații cu DE care aplică pe internet pentru tratarea condiției lor: VIAGRA îmbunătățește semnificativ funcția erectilă și a demonstrat satisfacție superioară la tratament față de Cialis și Levitra. 2-Este foarte dificil să schimbe alegerea lor terapeutică pentru alți inhibitori de PDE sau pentru alte posibile noi tratamente. 3-majoritatea pacienților au nevoie de mai multe motive, cum ar fi: articole de presă, informații pe internet, sugestia partenerii, recomandări și sfatul medicului de familie, pentru a face switch la un alt tratament.

Erectile dysfunction Oral Treatment. Comparative study

Dr. Julian Eden, Dr. El Kharoubi Adnan, Med. Student El Kharoubi Amin-Florin, UMF Oradea / România

INTRODUCTION: Currently, there are three oral medications approved by the EMA & FDA for the treatment of erectile dysfunction: sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra), and tadalafil (Cialis). They block the enzyme phosphodiesterase type 5 (PDE-5) and belong to a class called phosphodiesterase (PDE) inhibitors. Viagra was the first and is probably the most famous of the three PDE-5 inhibitors, it is manufactured by Pfizer. Inc. Levitra is manufactured by Bayer Pharmaceuticals Corporation. Levitra was the second PDE-5 inhibitor. Cialis is manufactured by Lilly ICOS LLC. And was approved in November 21, 2003.

AIM: The aim of this research was to evaluate efficacy and treatment satisfaction of PDE inhibitors in patients who apply to the internet to treat their erectile dysfunction condition

PATIENTS & METHODOLOGY: All patients that participated in our research were invited to complete the additional questionnaire designed by Dr Julian Eden, general manager of www.e-med.co.uk. The additional questionnaire contains nine supplementary questions. These pertained to their experience of choosing the ED treatment as well as their satisfaction of using it; and what factors would affect changing their choice of treatment OR trying a new treatment when the next one comes.

RESULTS: There were 681 responds to the questionnaire, 459 of them ordered Viagra, 200 Cialis, and 22 Levitra, only 60% of them tried other ED treatment before, 51,4% had no answer to the name of medication tried before, and 77,82 % (530 responds) need more than two reasons to change their normal preferred medication.

CONCLUSION: 1-In men with ED who apply to the internet to treat their condition. VIAGRA significantly improves erectile function, demonstrates superior treatment satisfaction relative to Cialis and Levitra. 2-It is very difficult to change their choice for other PDE inhibitors or for possible newer treatments. 3-The majority of patients need more reasons such as: newspapers articles, information on websites, partner's suggestion, word of mouth and GP advice to switch to another treatment.

Rezultatele la 1 an ale evaluării disfuncțiilor sexuale a pacientelor cu neoplasm mamar și de col uterin, tratate chirurgical

Dr. Carmen Țintilă¹, Dr. B. Țintilă², Prof. Dr. Ioana Micluția¹

1.Spitalul Clinic Municipal Cluj Napoca, Clinica de Psihiatrie II, 2.Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj Napoca

Scopul studiului: Scopul prezentei lucrări este de a evalua la 1 an efectele tratamentului chirurgical asupra vieții sexuale a pacientelor cu neoplasm mamar și de col uterin și cuantificarea simptomelor depresive care apar.

Material și metodă: 10 paciente cu neoplasm mamar și 5 cu neoplasm de col uterin, internate în Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuță" în perioada noiembrie 2009 - ianuarie 2012, au raspuns unui chestionar de evaluare a vieții sexuale (Indexul de Funcționare Sexuală Feminină - FSFI) și unui chestionar de depresie (Scala de Depresie Montgomery și Asberg) inițial, la trei luni, șase luni și un an.

Rezultate: La pacientele cu neoplasm mamar, dorința sexuală și excitația au fost parametrii cei mai influențați de tratamentul oncologic. Pacientele cu carcinom de col uterin au prezentat post operator tulburări de lubrefiere și act sexual mai dureros, dar au avut cea mai bună recuperare din punctul de vedere al depresiei. Tristetea, tulburările de apetit alimentar și de somn, dificultățile de concentrare și gândurile pesimiste (itemii scalei MADRS), au fost prezenți la pacientele incluse în studiu, intensitatea lor diminuând după 1 an.

Concluzii: Pacientele tratate prin mastectomie radicală au suferit o deteriorare a funcției sexuale și a statusului psihic pe tot parcursul studiului, datorită modificării fizice a schemei corporale și a scăderii stimei de sine. În plus, limfedemul post operator apărut în unele cazuri afectează confortul pacientelor în timpul actului sexual. Statusul sexual al pacientelor operate de carcinom de col uterin se îmbunătățește odată cu vindecarea fizică și psihică, majoritatea reluându-și activitatea sexuală la 6 luni post operator, funcția sexuală neatingând însă la 1 an nivelul inițial. La un an post operator pacientele tratate prin mastectomie radicală au avut o recuperare inferioară a statusului sexual comparativ cu cele tratate chirurgical pentru neoplasm de col uterin, în corelație cu persistența unor simptome depresive.

Results after 1 year to assess sexual dysfunction in patients with breast and cervical cancer surgically treated

Dr. Carmen Țintilă¹, Dr. B. Țintilă², Prof. Dr. Ioana Micluția¹

1.Clinic Hospital Cluj Napoca, II Psychiatry Clinic, 2."Prof. Dr. I. Chiricuța"Oncology Institute, Cluj Napoca

Purpose: The purpose of this paper is to evaluate the 1-year effects of surgery on sexual life of patients with breast and cervical cancer and quantify depressive symptoms.

Methods: 10 patients with breast cancer and 5 with cervical cancer, hospitalized in the "Prof. Dr. John Chiricuță" Oncology Institute in November 2009 - January 2012, responded to a questionnaire assessing sexual life (Women's Sexual Function Index - FSFI) and a questionnaire about depression (Montgomery and Asberg Depression Scale) at baseline, at three months, six months and a year.

Results: Patients with breast cancer, sexual desire and arousal were the most influential parameters of cancer treatment. Patients with cervical carcinoma had abnormal postoperative lubrication and painful intercourse, but had the best recovery in terms of depression. Sadness, trouble sleeping and appetite, concentration difficulties and pessimistic thoughts (MADRS scale items) were present in patients included in study, reducing their intensity after 1 year.

Conclusions: Patients treated with radical mastectomy have suffered deterioration in sexual function and psychological status throughout the study, due to changes in the physical body scheme and lower self-esteem. In addition, lymphedema after surgery occurred in some cases, affects patients comfort during intercourse. Sexual status of patients operated for cervical carcinoma improves with physical and mental healing, and most resume sexual activity at 6 months after surgery, sexual function at 1 year but not reaching the initial level. One year after surgery, the patients treated with radical mastectomy had a lower recovery of sexual status compared with surgically treated cervical cancer in correlation with the persistence of depressive symptoms.

Terapia cu ESWT în boala Peyronie

N. Calomfirescu, S. Bancu, C. Belinski
Medlife Life Memorial Hospital, București

Introducere: Terapia cu ultrasunete ESWT are multiple aplicații în medicină, recent fiind introdusă ca alternativă de tratament non-chirurgical în cazul bolii Peyronie.

Material și metodă: În perioada iulie 2011 – martie 2012, în cadrul MedLife Grivița, terapia cu ESWT a fost utilizată la 15 pacienți cu boala Peyronie. Toți aceștia prezentau diferite grade de disfuncție erectilă asociată bolii Peyronie a caror evaluare s-a făcut prin utilizarea chestionarului IIEF-5. 60%(9/15) din cazuri au prezentat încurbare peniană iar 40%(6/15) durere peniană. Protocolul aplicat fiecărui pacient a constat în 4 ședinte săptămânale cu 3000 de shock/waves per sedință, nefiind necesară nicio formă de anestezie.

Rezultate: Îmbunătățirea vieții sexuale s-a înregistrat în 66% (10/15) din cazuri, iar în 80% (12/15) din cazuri producându-se ameliorarea durerii peniene. Încurbarea peniană a fost ameliorată în 20% (3/15) din cazuri, într-un singur caz înregistrându-se dispariția plăcii fibroase. Nu au fost înregistrate niciun fel de complicații după procedură.

Concluzii: Creșterea calității vieții sexuale și scăderea durerii sunt principalele beneficii ale terapiei cu ESWT în boala Peyronie. Pentru cazuri selecționate, în special cele recent apărute cu componentă predominant inflamatorie, ESWT reprezintă o alternativă la tratamentul medical, având complicații minime și rezultate încurajatoare pentru viața sexuală.

ESWT therapy in Peyronie's disease

N. Calomfirescu, S. Bancu, C. Belinski
Medlife Life Memorial Hospital, București

Introduction: ESWT ultrasound therapy has many applications in medicine recently been introduced as an alternative non-surgical treatment for Peyronie's disease.

Methods: Between July 2011 - March 2012, at MedLife Grivița, ESWT therapy was used in 15 patients with Peyronie's disease. All they had varying degrees of erectile dysfunction related to Peyronie's disease whose assessment was done using IIEF-5 questionnaire. 60% (9/15) of cases had penile curvature and 40% (6/15) penile pain. Protocol applied to each patient consisted of four weekly sessions with 3,000 shock /waves per session, no need any form of anesthesia.

Results: Improvement of sexual life was recorded in 66% (10/15) of cases and in 80% (12/15) of cases improvement of penile pain. Penile curvature was improved in 20% (3/15) of cases, in one case recorded the disappearance of fibrous plaque. There were no any complications after the procedure.

Conclusions: Improved quality of life and decreasing sexual pain are the main benefits of ESWT therapy in Peyronie's disease. For selected cases, especially those recently published with predominantly inflammatory composition, ESWT is an alternative to medical treatment with minimal complications and encouraging results for the sex life.

Proteza peniană SPECTRA: Experiența noastră

Valentin Voinescu *, Abd Halal Ateia, Mircea Vizireanu****

*Spitalul Clinic Prof.Dr.Theodor Burghel , București, **Medas - Spitalul Clinic Sf. Maria , București

Introducere: Lansată pe piața medicală în luna mai 2009, proteza semirigidă SPECTRA (American Medical Systems, Inc. Minneapolis) prezintă o serie de avantaje față de predecesoarele ei, atât pentru medic (adaptare lungimii cu prelungitoare proximale (PP) la trei variante de grosime) cât și pentru pacient(p) (rigiditate fermă combinată cu ușurința îndoirii plastice ventrale, aspect cosmetic excelent, ușor de manevrat).

Obiective: Prezentarea experienței noastre privind problemele legate de tehnica implantării protezei semirigide

SPECTRA, precum și rezultatele pe care le-am obținut.

Pacienți și metodă: În perioada septembrie - decembrie 2011 am implantat 5 proteze SPECTRA la 4 p cu vârste cuprinse între 36 și 55 ani (media 49ani) pentru: disfuncție erectilă(DE) postpriapism (1p), DE vasculară(1p), înlocuire proteză peniană artizanală (2p) și proteză SPECTRA(1p). Anestezia a fost rahidiană iar p a fost așezați în poziție de litotomie după care s-a pus sondă Foley16 Ch.Incizia corpilor cavernoși s-a făcut prin abord penoscrotal la 2p și penoscrotal și subcoronar la 3p.Dilatația s-a relizat cu dilatoare metalice Hegar exceptând p la care s-a înlocuit proteza SPECTRA unde dilatația nu a fost necesară. Dimensiunile celor doi cilindri [grosime(mm)/lungime(cm)/PP(cm)]: 9,5/16/0(1p), 12/20/2(1p), 12/20/1,5(1p), 12/20/2 (1p), 14/20/4(1p). Preoperator s-a administrat iv profilactic vancomicină și gentamicină, continuată 7 zile postoperator, iar în timpul operației s-a făcut lavajul intermitent al corpilor cavernoși cu soluție de vancomicină și gentamicină. Sonda Foley s-a extras după 24 ore iar pansamentul după 2 zile p. au avut permisiunea să înceapă activitatea sexuală după 6 săptămâni.

Rezultate: Evoluția postoperatorie a fost fără complicații p părăsind spitalul după 3 zile.Urmărirea s-a făcut pe o perioadă cuprinsă între 3 și 6 luni (media 4 luni).Toți p. și-au început viața sexuală și sunt mulțumiți atât ei cât și partenerii lor.

Concluzii: Proteza semirigidă SPECTRA reprezintă o opțiune pentru p cu indicație pentru implantarea unei proteze peniene și care doresc una ușor de manevrat la un cost rezonabil.

AMS SPECTRA Penile Concealable Prosthesis: Our experience

Valentin Voinescu*, Abd Halal Ateia, Mircea Vizireanu****

* Prof.Dr.Theodor Burghel University Hospital, București

** Medas - Sf. Maria University Hospital, București

Background: Launched on the medical market in May 2009, AMS SPECTRA concealable penile prosthesis (American Medical Systems, Inc.. Minneapolis) has some advantages over its predecessors, both for the doctor (length adjustment with Snap-fit Rear Type extenders (RTE) at three different cylinder diameter) and also for the patient (p) (firm rigidity combined with ease in ventral plastic bending, excellent cosmetic appearance, easy to handle).

Objectives: Presenting our experience on technical issues and outcome regarding the AMS SPECTRA concealable penile prosthesis implantation .

Patients and Methods: Between September - December 2011 we have implanted 5 SPECTRA prostheses on 4 patients aged between 36 and 55 years (mean 49years) for: erectile dysfunction (ED) postpriapism (1p), vascular ED(1p), replacement of hand - made penile prosthesis (2p) and AMS SPECTRA prosthesis replacement(1p). We used spinal anesthesia, the patients were placed in lithotomy position and a 16 Ch Foley catheter was placed. The incisions of the corporeal bodies was performed by penoscrotal approach in 2 cases and by both penoscrotal and subcoronary approach in 3 cases. The dilatation was performed with Hegar metal dilators in all cases except in the case of SPECTRA prosthesis replacement, where it has not been necessary. We used the following dimensions of two cylinder [width (mm) / length (cm) / RTE (cm)]: 9.5 / 16/0 (1p), 12/20/2 (1p), 12/20/1, 5 (1p), 12/20/2 (1p), 14/20/4 (1p). Preoperatively the patients received i.v. vancomycin and gentamicin as profilaxy, treatment which continued for 7 days after surgery. During the operation, intermittent corporeal body washing with vancomycin and gentamicin solution was performed. The Foley catheter was removed after 24 hours and the bandage after 2 days. Patients were allowed to begin sexual activity after 6 weeks.

Results: The postoperative evolution was straightforward, the patients leaving hospital after 3 days. The follow up was between 3 to 6 months (median 4 months). All patients have started their sexual activity and both they and their partners are satisfied.

Conclusions: AMS SPECTRA concealable penile prosthesis is an option for patients with indication for implantation of a penile prosthesis who want an easy to use at a reasonable cost one.

Rolul dorinței sexuale în modelele de răspuns sexual feminin și definiția tulburării dorinței sexuale feminine hipoactive

Paraskevi-Sofia Kirana

Centrul pentru sănătatea sexuală și reproductivă, Salonic, Grecia

În 1979, H. Kaplan a adăugat dorința sexuală în modelul liniar de răspuns sexual dezvoltat de Masters și Johnson. A fost sugerat că dorința sexuală este o etapă distinctă a răspunsului sexual și, de asemenea, necesar pentru inițierea răspunsului sexual. Aceasta a fost modelul care a influențat puternic criteriile de diagnostic a tulburărilor de dorință sexuală hipoactivă și, de asemenea, majoritatea studiilor de cercetare relevante, până de curând. Cu toate acestea, o serie de studii de cercetare au contestat acest model tradițional. Cel mai important rezultat al cercetării, ce contestă modelul liniar este că dorința sexuală nu este cel mai frecvent motiv pentru care femeile se implică în activitatea sexuală. În 2000, R. Basson a introdus un nou model circular de răspuns sexual feminin, în conformitate cu care, dorința sexuală nu este necesară pentru inițierea de răspunsului sexual. Acest nou model circular, a influențat noile definiții ale tulburărilor de dorință sexuală feminină hipoactivă propuse de DSM-V.

The role of sexual desire in the female sexual response models and the definition of female hypoactive sexual desire disorder

Paraskevi-Sofia Kirana

Center for Sexual and Reproductive Health, Thessaloniki, Greece

In 1979 H. Kaplan added sexual desire in the linear sexual response model developed by Masters and Johnson. It was suggested that sexual desire is a discrete stage of the sexual response and also necessary for the initiation of the sexual response. This was the model that strongly influenced the diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder and also the majority of the relevant research studies until recently. However, a number of research studies have challenged this traditional model. The most critical research finding that challenges the linear model is that sexual desire is not the most frequent reason for which women engage in sexual activity. In 2000, R. Basson introduced a new circular model of female sexual response, according to which, sexual desire is not necessary for the initiation of the sexual response. This new circular model has influenced the new definitions of female hypoactive sexual desire disorder proposed by the DSM-V.

Disfuncții sexuale masculine: 14 ani de experiență clinică în tratarea disfuncției sexuale în Turku, Finlanda

Juhana Piha, M.D., Ph.D.

Între 1994 și 2007, 2944 pacienți de sex masculin au vizitat clinica din Turku. Motivul principal a fost disfuncția erectilă - 82% dintre pacienți, 10 % dintre cazuri pentru ejaculare prematură și 6% din cauza simptomelor hipogonadale. Dintre pacienții cu DE, 25% prezentau și simptome hipogonadale, 12 % prezentau EP și 4% ejaculare întârziată. Vârsta medie a pacienților a fost 54 de ani (1994-1998), 51 ani (1999-2002) și 50 ani (2003-2007). În aceste 3 perioade, vârsta medie a pacienților cu DE a fost 55, 52 și 51 ani, a pacienților cu EP 42, 41 și 42 ani și a pacienților cu hipogonadism 51, 47 și 48 ani. Durata medie până la vizita clinică a fost de 6 ani (pacienți cu DE și hipogonadism 5 ani, pacienți cu EP 7 ani). Durata simptomelor a fost similară în perioada 1994-2007. Aproximativ jumătate dintre pacienți au cerut ajutor la 3 ani de la apariția simptomelor. Pe întreaga perioadă, prevalența comorbidităților a fost următoarea: hipertensiune 26%, LUTS 20%, afecțiuni arteriale 19%, psihiatrice 10% și diabet zaharat 8%.

Male sexual dysfunction:

14 years experience from sexual dysfunction clinic in Turku Finland

Juhana Piha, M.D., Ph.D. , adjunct professor in physiology, specialist in clinical physiology , Specialist in clinical sexology (NACS)

Between 1994 and 2007 total 2944 male patients visited the clinic in Turku. The main reason for contact was erectile dysfunction in 82% of patients. 10 % came because of premature ejaculation and 6 % because of hypogonadal symptoms. Of ED-patients, 25% had also hypogonadal symptoms, 12 % had PE and 4% retarded ejaculation. The mean age of all patients was 54 years during 1994-1998, 51 years during 1999-2002 and 50 years during 2003-2007. During these 3 time periods, the mean age of ED-patients was 55, 52 and 51 years, PE-patients 42, 41 and 42 years and hypogonadal patients 51, 47 and 48 years. Mean duration of symptoms before contact was 6 years (ED-patients and hypogonadal patients 5 years, PE-patients 7 years). The duration of symptoms was similar throughout the period 1994-2007. About half of the patients sought help in 3 years of the beginning of symptoms. During whole period the prevalence of comorbidities was as follows: hypertension 26%, LUTS 20%, arterial disease 19%, psychiatric 10% and diabetes 8%.

Disfuncțiile sexuale feminine și patologia endocrină

Voichița Mogoș, Lucia Bădeanu, Veronica Istrate, Cristina Dascalu, Simona Juliette Mogoș

Clinica de Endocrinologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T.Popa" Iași

Scopul studiului: confirmarea existenței și stabilirea gradului de disfuncții sexuale la femeile cu afecțiuni endocrine, internate în Clinica de Endocrinologie a Spitalului "Sf.Spiridon" Iași, în perioada 2011 - 2012.

Structura lotului: Pacientele cu afecțiuni tiroidiene 129, din care: guși nodulare 66(51,2%), hipertiroidii 23(17,8%), hipotiroidii 33(25,6%) și menopauze chirurgicale 7(5,4%), vârsta minimă 18 ani și vârsta maximă 78 ani. Pacientelor li s-a aplicat chestionarul FSFI, prin care s-a apreciat prezența și severitatea disfuncțiilor sexuale. Parametrii urmăriți au fost dorința, excitația, lubrifierea, orgasmul, satisfacția și durerea.

Rezultate: Pentru parametrii dorință și excitație, scorul minim a fost obținut de pacientele hipotiroidiene (1,65 / 0,89), iar scorul maxim de hipertiroidie (1,98 / 1,80). Scorul lubrifierii a fost minim la pacientele cu gușa nodulară (1,62) și maxim în hipertiroidie (3,26). Pacientele cu menopauză chirurgicală au obținut cele mai mici scoruri pentru orgasm (0,97), în timp ce pacientele cu hipertiroidie au obținut cele mai bune scoruri (2,02). Satisfacția în timpul actului sexual a fost cea mai scăzută la pacientele cu gușa nodulară (1,53), iar nivelul cel mai crescut la tirotoxicoze (3,13). Cel mai scăzut prag dureros s-a notat la pacientele cu menopauză chirurgicală (1,54), iar la polul opus se află pacientele cu hipertiroidie (3,06).

Concluzii: În ansamblu, pacientele cu hipertiroidie au obținut cele mai bune scoruri, fiind cele mai satisfacute de viața lor sexuală.

Female sexual dysfunctions and endocrine pathology

Voichița Mogoș, Lucia Bădeanu, Veronica Istrate, Cristina Dascalu, Simona Juliette Mogoș

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

Purpose: confirmation of the existence and determine the degree of sexual dysfunction in women with endocrine disorders, from hospitalized in Endocrinology Clinic of the "Sf.Spiridon" Hospital, Iasi, from 2011 to 2012.

Subjects: 129 patients with thyroid disease, of which: nodular goiter 66(51.2%), hyperthyroidism 23(17.8%), hypothyroidism 33(25.6%) and surgical menopause 7(5.4%), minimum age 18 years and maximum age 78 years. Patients were applied FSFI questionnaire, which appreciated the presence and severity of sexual dysfunction. The parameters followed were desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain.

Results: For the desire and excitation parameters, the minimum score was obtained at hypothyroid patients (1.65 / 0.89) and maximum score at hyperthyroidism (1.98 / 1.80). Score lubrication was minimal in patients with nodular goiter (1.62) and maximum hyperthyroidism (3.26). Patients with surgical menopause have obtained the lowest scores for orgasm (0.97), while patients with hyperthyroidism have obtained the best scores (2.02). Satisfaction during sexual intercourse was lowest in patients with nodular goiter (1.53) and the level increased to thyrotoxicosis (3.13). The lowest pain threshold was noted in patients with surgical menopause (1.54), while at the opposite pole are patients with hyperthyroidism (3.06).

Conclusions: Overall, patients with hyperthyroidism have obtained the best scores, the most satisfied with their sex life.

Sexualitatea pacientelor psihiatrice

Prof. Dr. Ioana Micluția*, Dr. Laura Damian, Psiholog Dr. Codruța Popescu*****

*Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj, Catedra de Neuroștiință, Psihiatrie, **Spitalul de Psihiatrie Borșa, *** Spitalul Județean de Urgență Cluj

Specialiștii în afecțiunile mintale recunosc faptul că problemele sexuale la pacienții psihiatrici constituie un subiect neglijat, fiind reticenti să se intereseze despre această problemă, datorită unor factori ca graba, lipsa de disponibilitate sau faptul că astfel de investigații pot declanșa un comportament inadecvat al pacienților. Pacienții de obicei, subraportează spontan problemele sexuale, deși efecte secundare sexuale și creșterea în

greutate au fost considerate a fi cele mai supărătoare.

Unele probleme sexuale sunt prezente chiar ani de zile înainte de debutul tulburării, ca urmare a autismului, ca de exemplu în schizofrenie și devine tot mai evident că boala progresează, iar efectele adverse endocrine și metabolice se accentuează. Semnul distinctiv al comportamentului lor și atașamentului acestora este hiposexualitatea. Cele mai frecvente probleme sexuale la pacientele cu schizofrenie cronică sunt: scăderea libidoului, disfuncții orgasmice, dispareunie cauzată de uscăciune vaginală, tulburări ale ciclului menstrual, galactoree, ginecomastie.

Pe de altă parte, pacienții bipolari relevă cel puțin două faze sexuale specifice: scăderea libidoului, anorgasmie în episod depresiv; un aspect neobișnuit pentru personalitatea acestora, femeile psihiatrice se implică în relații sexuale multiple cu parteneri diferiți, fără să conștientizeze riscul la care sunt supuse.

Antipsihotice tipice, dar atipice, unele antidepresive, stabilizatori de dispoziție pot declanșa efecte secundare sexuale.

Sexuality of female psychiatric patients

Prof. Ioana Micluția, MD*, Laura Damian, MD, Psihologist Codruța Popescu, MD*****

University of Medicine & Pharmacy Cluj, Department of Neurosciences, discipline of Psychiatry, **Psychiatric Hospital Borsa, *Emergency County Hospital Cluj*

Mental health professionals recognize the fact that sexual problems in psychiatric patients are a neglected subject, being reluctant to enquire into this issue, due to a variety of factors including haste, lack of availability or to the fact that such investigations may possible trigger inappropriate behavior in their patients. Patients usually spontaneously under-report their sexual complaints, although sexual side-effects, along with weight gain, were deemed to be most troublesome.

Some sexual problems are present even years before the onset of the disorder due to autistic withdrawal, as in schizophrenia and become more pervasive as the disease progresses and the endocrinological and metabolic side effects become obvious. The hallmark of their behavior and attachment style is hyposexuality. The most common sexual problems in chronic female schizophrenic patients are: decreased libido, orgasmic dysfunction, dyspareunia due to vaginal dryness, menstrual irregularities, galactorrhea, gynecomastia.

On the other hand, bipolar patients reveal at least two phase specific sexual drive: decreased libido, anorgasmia in depressive episode; quite unusual to the former personality, manic females engage in at risk sexual behavior, with multiple partners, not realizing that they are inappropriate.

Typical, but atypical antipsychotics, some antidepressants, mood stabilizers may trigger sexual side effects.

Calitatea vieții înainte și după OAB

Dr. N. Calomfirescu

Simptomele urinare, atât la femei cât și la bărbat, reprezintă un stigmat nedorit.

Urinarea frecventă ziua și noaptea, urgența urinară și pierderea de urină în moment nepotrivit sunt simptome devastatoare la ambele sexe.

Ele scad dramatic calitatea vieții zilnice, sociale, profesionale, relațional interpersonal și sexuale.

Aparatul urinar inferior are o involuție naturală biologică care interferă cu specificități legate de sex, femeie - menopauză și alterarea anatomiei pelviperineale și bărbat - patologia prostatică și uretrală. Involuția aparatului urinar, însă, nu este cauza majoră a alterărilor vezicale intrinseci generatoare de urgență urinară asociată de frecvență și pierderi urinare (tabloul de vezică hiperactivă - OAB).

Stresul cronic, discriniiile, boala metabolică, patologia vertebrală, intoxicația cronică alcoolică, stilul de viață pot contribui la apariția OAB. Sentimentul de frustrare cu sursă vezicală este apăsător și greu de suportat, motiv pentru care pacienții, mai frecvent femeile decât bărbații, caută ajutor și soluție.

Diagnosticul cere răbdare și este uneori simplu, uneori dificil, iar tratamentul antimuscarinic selectiv este prima soluție care poate schimba uneori spectaculos viața din multe (nu toate) puncte de vedere.

Quality of life before and after OAB

Dr. N. Calomfirescu

Urinary symptoms, both in women and men, are an unwanted condition. Frequent urination at day and night, urinary urgency and loss of urine at the wrong time are devastating symptoms in both sexes. They dramatically reduce the quality of daily, social, professional life, interpersonal and sexual relationship. Lower urinary tract has a natural involution that interfere with biological specifics of gender, woman - menopause and altered anatomy pelviperineale and man - prostatic and urethral pathology. Urinary involution, but not because of major alterations emergency generators intrinsic urinary bladder associated with urinary frequency and loss (panel overactive bladder - OAB). Chronic stress, metabolic disease, spinal pathology, chronic alcoholic intoxication, lifestyle capable can lead to OAB. Frustration caused by bladder disease is oppressive and unbearable, and therefore patients, more women than men, seek help and solution. Diagnosis requires patience and it is sometimes easy, sometimes difficult and selective antimuscarinic treatment is the first solution that can sometimes dramatically change the lives in many (not all) ways.

Mistificarea F63.9. Dragostea 2012 - între ICD-12 și ofertă comercială cu discount în comerțul online

Prof. Univ. Dr. Florin Tudose

„Dragostea e o boală fără de care nu ești sănătos”. Alexandru Paleologu

Ideea că dragostea ar putea fi o maladie sau chiar agentul etiologic al unor alte suferințe psihice sau somatice a existat chiar de la începuturile medicinei și, în negura timpurilor, pasiunea și dorința au revenit adesea ca posibile boli sau suferințe. Lucrarea de față face o revistă a situației actuale, în care superficialitatea mass-mediei și viteza amețitoare pe care aceasta o are în propagarea informației, a generat din nou o dezbatere pe tema dragoste-boală. De fapt, ar trebui să medităm dacă nu cumva vaccinul împotriva dragostei, pe care zi de zi internetul îl inoculează, surrogat atenuat și sterilizat de sentimente nu este cel care odată cu ”boala” va lichida și ”pacienții”. *À bon entendeur salut!*

F63.9 Mystification. Love 2012 - between ICD-12 and discount commercial offer in online trading

Prof. Univ. Florin Tudose, MD

„Love is a condition without which you are unhealthy”. Alexandru Paleologu

*The idea that love could be a maladie or even the etiologic agent of some other pshyctic or somatic diseases existed even at the beginning of medicine and, in the mists of time, passion and desire returned often as possible disease or suffering. This paper makes a review of the current situation, the superficiality of the media and dizzying speed that influence the information dissemination, generated again a debate about the interrelation love-sickness. In fact, we should ponder whether the vaccine against love, which every day the Internet is inoculating, an attenuated surrogate, sterilized by feelings, is not the one that, together with the ”disease” will liquidate also the ”patients”. *À bon entendeur salut!**

Culpabilitate și sexualitate

Conf.univ. Dr. Diana Vasile, psihoterapeut

Culpabilitatea reprezintă unul dintre mecanismele emoționale semnificative care influențează psihoterapia dificultăților sexuale. El poate stimula procesul de vindecare sau îl poate bloca. Folosind teoria psihodinamică, cea sistemică de familie și cea a psihotraumatologiei, lucrarea prezintă modalități de înțelegere și utilizare a culpei în favoarea procesului terapeutic. Aceste modalități sunt surprinse și exemplificate cu ajutorul a trei studii de caz, femei cu dificultăți sexuale care au apelat la psihoterapeut. De asemenea, lucrarea surprinde modul în care echipa medic psiholog facilitează transformarea vinovăției în factor de stimulare a vindecării dificultăților sexuale.

Culpability and sexuality

Diana Vasile, PhD., psychotherapist

Culpability represents one of the most powerful emotional mechanism which influences the psychotherapeutical process with sexual disorders. It can facilitates or block the healing process. Using psychodynamic theory, the family systemic theory and psychotraumatology, this paper shows different ways of understanding and using culpability to enhance the strength of therapeutic process. Three case studies, women who came to therapy, illustrate how feeling guilty can transform the blockage during the therapeutic process. The paper also shows how medical staff and the psychologist can work together to stimulate the healing through using client's culpability.

Elemente cheie în psihosexualitate: atașamentul

Cambosie Augustin

În acest context, înțelegem prin atașament, tipul de relație stabilit de către un nou născut cu persoana care îl are în îngrijire (în general mama sa dar nu numai). După felul în care se dezvoltă această relație, atașamentul poate fi de tip securizant, evitant și ambivalent, corelat cu cele trei situații specifice pentru activarea fiecăruia: protecție și susținere, situație străină și comunicare. Cele trei tipuri de atașament dobândite în această perioadă sunt definitorii ulterior pentru evoluția psihică a indivizilor, marcând puternic întreaga lor dezvoltare psihosexuală precum și dinamica relațiilor de asociere (familială-sexuală, profesională, socială).

O relație cu o mamă "suficient de bună" se pare că este condiția de bază ca să existe o investiție libidinală în organele genitale și corp ca întreg. Masturbarea își are rădăcinile în primele luni de viață iar forma și fantasma ei vor fi derivate din relația cu mama. Ulterior, la vârsta adultă, există o serie de manifestări prin care masturbarea poate fi percepută ca o parte a sexualității sau poate fi trăită ca un simptom de care se dorește să se scape, ca un simptom compulsiv care înlocuiește sau devine mai important decât contactul sexual sau sporadic, în situații de deprivare sau deficit narcisic. Investigarea formelor de manifestare ale auto-erotismului și ale fantasmelor asociate reprezintă un posibil instrument de identificare a cauzelor și stabilire a unor abordări a disfuncțiilor sexuale în condițiile în care au fost eliminate alte cauze de ordin medical.

Tipul de atașament dezvoltat de un individ în prima parte a vieții are un impact major și asupra felului de relaționare cu cei din jur, inclusiv cu partenerul/a de viață. O relație de comuniune prin implicare, acceptare, cooperare și disponibilitate emoțională dată de pre-existența unui atașament de tip securizant este total diferită de o relație în care apare o inhibare a exprimării emoționale, aversiune față de contact fizic și bruscare (în cazul unui atașament evitant) sau de aceea în care persoana în cauză are nevoie de control dar și este dependentă de prezența celuilalt, neglijându-și propriile necesități, iar în planul separării trăiește un puternic disconfort emoțional care poate fi copleșitor (atașament ambivalent).

Evaluarea relației existente în cadrul unui cuplu, reprezintă o altă arie de investigare în contextul unei tulburări



de dinamică sexuală, iar stabilirea tipului de atașament pe care îl are fiecare dintre parteneri ne poate oferi o înțelegere mai bună asupra dinamicii de cuplu.

Toate elementele de mai sus vor fi abordate prin prezentări ce vor oferi câte un scurt context teoretic, câte o prezentare de caz precum și un sumar al abordărilor terapeutice folosite. Discuțiile de grup și sesiunile de întrebări/răspunsuri vor permite clarificări și detalieri în zonele de interes pentru participant.

Key issues in psychosexuality: attachment

Cambosie Augustin

In this context, attachment means the type of relationship established between a new born and the person who take cares of him (usually the mother but not only). Depending on how this relationship develops, it can be a secure attachment, avoidant and ambivalent, linked to three specific situations: protection and support, communication and foreign situation. The three types of attachment acquired during this period are defining for later mental development of individuals, marking strongly their development and psycho-sexual dynamics of association (family - sexual, professional, social).

A relationship with a mother „good enough” is the basic premise to be a libidinal investment in the genitals and body as a whole. Masturbation is rooted in the first months of life and its fantasy and form will be derived from the relationship with mother. Later, in adulthood, there is a series of events that masturbation may be seen as part of sexuality or be experienced as a symptom that you want to escape, as a compulsive symptoms that replaces or becomes more important than sex or in situations of deprivation and narcissistic deficit. Investigation of forms of auto-eroticism and fantasies associated is a tool to identify possible causes and approaches to establishing the conditions under which sexual dysfunction were eliminated other causes of illness.

Type of attachment developed by an individual in early life has a major impact on the kind of relationship with others, including partner. A relationship with dedication, acceptance, cooperation and emotional availability after the pre-existence of a secure attachment is different from a relationship where there is an inhibition of emotional expression, aversion to physical contact and bullying (from an attachment avoidant) or that the person needs control and is dependent on the presence of other, ignoring their own needs and lives in a strong separation plan can be overwhelming emotional discomfort (ambivalent attachment).

Evaluation of the relationship in a couple, is another area of investigation in the context of dynamic sexual disorders and establishing the type of attachment of the partners may provide a better understanding of the dynamics of the couple.

All the above will be addressed through presentations that will provide theoretical context by a short, one case report and a summary of therapeutic approaches used. Group discussions and sessions of questions / answers will help clarify and elaborate the areas of interest for participating.

Insuficiența renală. Imaginea de sine și calitatea vieții pacientului dializat

Daniela Botaș

Secția de Dializă, Spital Județean de Urgență, Deva

Inițierea dializei reprezintă un moment extrem de stresant pentru pacientul cu insuficiență renală cronică terminală. Cel mai dificil aspect pe care bolnavul trebuie să-l înțeleagă și să-l accepte este că dializa nu vindecă boala renală. Conștientizarea acestui fapt dezorganizează viața bolnavului, acesta fiind obligat să-și perceapă altfel corpul și să-și reconsidere rolurile sale personale, profesionale și familiale.

Factorii complecși psihosociali afectează pacientul dializat. Pierderea rolului social, alterarea planurilor de viitor, afectarea imaginii de sine, calitatea vieții, problemele emoționale datorate bolii, sunt câteva dintre realitățile la care pacienții trebuie să se adapteze.

Boala determină schimbări la nivelul activităților fizice, vocaționale și sociale, marcate prin dezechilibru fizic, psihologic și social.

Renal failure. Self-image and quality of life of dialysis patient

Daniela Botaș

Dialysis Department, County Emergency Hospital, Deva

Initiation of dialysis is a very stressful time for patients with terminal chronic renal failure. The most difficult aspect that patient needs to understand and to accept is that dialysis does not cure kidney disease. Awareness of this fact disrupts the life of the patient, that has to perceive his body in different way and to reconsider their personal roles, their careers and family.

Complex psychosocial factors affect dialysis patients. Loss of social role, altering plans for the future, affecting self-esteem, quality of life, emotional problems due to disease, are some of the realities in which patients have to adapt.

The disease causes changes in physical, vocational and social activities, marked by physical, psychological and social imbalance.

COMUNICARE LECTURE

Generația tânără, candidată la boala cardiometabolică

Dr. Julieta Cristescu

Medic primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Centru Medical BIOMEDICA-București

De ce cardiometabolică? Susținem acest concept care este atât de simplu și totuși atât de complex și care, conform definiției, cuprinde factorii de risc convenționali și sindromul metabolic, având două funcții majore: diabetogeneza și aterogeneza și care au ca finalitate diabetul zaharat cu microangiopatie, respectiv macroangiopatie și boala cardiovasculară aterosclerotică.

Conceptul are chiar istorie: Framingham Heart Study (1948), considerat azi ca unul dintre cele mai importante studii din medicină, studiu longitudinal ce avea să fie finalizat în 1951 și publicat în 1961 și care a demonstrat că există o serie de asocieri între HTA, hipercolesterolemie etc. și boala cardiovasculară.

Așa s-a născut conceptul "factorilor de risc" a căror listă s-a extins ulterior de la cei genetici la cei câștigați și

ulterior s-au extins și preocupările pentru controlul factorilor de risc, concretizându-se în evidențe și apoi în ghiduri de prevenție cardiovasculară.

Pe baza acestora avem azi posibilitatea chiar de a cuantifica factorii de risc care vor dicta atitudinea terapeutică (scorul Framingham și diagrama SCORE).

Patologia cardiovasculară are azi o ascensiune impresionantă, accelerată cu siguranță de modificari ale stilului de viață și ale tulburărilor de comportament alimentar, din pacate manifestate din ce în ce mai mult la populația tânără.

Abordarea terapeutică nu poate fi corectă dacă nu începe prin cunoașterea epidemiologiei fenomenului, analiza și cunoașterea corelațiilor între diversele mecanisme fiziopatologice legate de complicațiile severe care apar în evoluție. Prevalența obezității în SUA s-a dublat (de la 12,8% la 27%) din 1960 până în prezent, crește progresiv între 20 și 50 de ani scade după 60-70 ani, și generează un număr mare de cazuri de diabet de tip 2 la copii și adolescenți, viitori candidați la boala cardiovasculară.

Și cum sindromul cardiometabolic debutează de obicei cu obezitate, voi prezenta implicațiile metabolice, clinice dar și sociale (alterarea relației de cuplu, infertilitatea etc.) modificarea stilului de viață (MSV) ca mijloc de prevenție, în zilele de azi fiind din ce în ce mai costisitor să fii bolnav atât pentru bugetul personal, cât și pentru societate.

Young generation: candidate of cardio-metabolic disease

Julieta Cristescu, MD

MD Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases, BIOMEDICA Medical Center – Bucharest

Why cardio-metabolic? We support this concept which is so simple, but so complex, and by definition, includes conventional risk factors and metabolic syndrome, with two major functions: diabetogenesis and atherogenesis, ending with diabetes with microangiopathy and macroangiopathy and atherosclerotic cardiovascular disease. The concept has even history: the Framingham Heart Study (1948), considered today as one of the most important studies in medicine, longitudinal study, completed in 1951 and published in 1961 and which demonstrated that there is some association between hypertension, hypercholesterolemia and cardiovascular disease.

Thus was born the concept of "risk factors" whose list was later expanded from genetics to the gain. Then the concerns to control risk factors expanded, resulted in the records and then in cardiovascular prevention guidelines.

So we have today the possibility to even quantify the risk factors that will dictate the therapeutic approach (Framingham score and SCORE chart).

Cardiovascular pathology has today an impressive growth, certainly accelerated by changes in lifestyle and eating behavior disorders, unfortunately manifested increasingly in young population.

The therapeutic approach cannot be correct if doesn't start by knowing epidemiology phenomenon, with the analysis and knowledge of correlations between the different pathophysiological mechanisms related to severe complications that arise in evolution. The prevalence of obesity in the U.S.A. has doubled (from 12.8% to 27%) from 1960 to present, increasing progressively between age 20 and 50 years old and decreases after 60-70 years. It generates a large number of cases of type 2 diabetes in children and adolescents that are future candidates for cardiovascular disease.

And as cardiometabolic syndrome usually starts with obesity, I will present the metabolic, clinical and social implications (alteration of relationships, infertility, etc.), lifestyle changes as a means of prevention, nowadays being increasingly expensive to be ill, for personal budget, and for society.

ZENTIVA
O COMPANIE SANOFI

Vigrande
sildenafil

repară

Inclusiv relațiile
de cuplu, tratând
disfuncția erectilă



miculparis

Bucureștii este încărcat cu farmec istoric - de pe străzile Centrului Vechi, ce sunt în curs de restaurare, până la impresionanta arhitectura a Palatului Regal și paradisul verde din Parcul Cișmigiu. Orașul este, de asemenea, presarat de un număr mare de muzee, galerii de artă, biserici ortodoxe deosebite și construcții arhitecturale unice.



Pentru a explora de la înălțime obiectivele turistice, puteți face o călătorie cu autobuzele turistice supraetajate. Acestea circulă pe traseul Muzeul Satului, Arcul de Triumf, Piața Victoriei, Palatul Parlamentului, Piața Unirii, Piața Universității, Piața Romană, Piața Charles de Gaulle și înapoi la Piața Presei. Puteți opta și pentru o "promenade à pied" ce poate începe din Centrul Istoric al orașului. Este o plimbare în timp și istorie...

Aici veți putea găsi clădiri ca Hanul lui Manuc și ruinele Curții Vechi (Curtea Veche a regelui), zonă ce în timpul Evului Mediu a fost inima lumii comerciale din București.

Plimbarea poate continua pe Calea Victoriei unde veți

fi întâmpinați de trei simboluri ale Bucureștii: Muzeul Național de Artă, Ateneul Român și Muzeul Național Român de Istorie.

Muzeul Național de Artă din România este, probabil, cel mai cunoscut muzeu din București. Acesta este situat în fostul palat regal și găzduiește colecții extinse ale artei românești medievale și moderne.

Ateneul Român construit în 1888 este considerat a fi un simbol al culturii românești, iar din 2007 este pe lista de obiective turistice de patrimoniu European. Aici, la fiecare doi ani este găzduit

Festivalul Internațional George Enescu, un prestigios eveniment cultural numit după celebrul muzician român și compozitor.

La întoarcerea în prezent, puteți întâlni Palatul Parlamentului, monument al epocii comuniste, care, la o suprafață de 330.000 mp reprezintă a doua construcție din lume ca mărime, după Pentagon și oferă o introducere interesantă a viziunii megalomane a dictatorului.



Plimbare ar putea continua cu o mulțime de alte locuri ce așteaptă să vă istorisească povești despre trecut și prezent, despre naționalism și valorile multiculturale ...

Bucharest is laden with historical charm – from the streets of the Old City Centre, which are slowly being restored, to the grand architecture of the Royal Palace and the lush green of Cișmigiu Park. The city also claims a large number of museums, art galleries, exquisite Orthodox churches and unique architectural sites.

To explore the sights high, you can take a trip with the tourist bus. They run on route Museum, Arch of Triumph, Victory Square, Parliament House, Union Square, University Square, Romana Square, Charles de Gaulle Square and back to Square Press.

You can choose a “promenade à pied” which can start with the Historical Center of the city. It is a walk in time and history...

This precinct contains buildings such as Manuc’s Inn and the ruins of the Curtea Veche (the Old Court of the King), and during the Middle Ages was the heart of Bucharest’s commercial world.



And the walk can continue along Calea Victoriei where you’ll be greeted by three symbols of Bucharest: National Museum of Art, Romanian Athenaeum, and Romanian National History Museum.

The National Museum of Art of Romania is perhaps the best-known of Bucharest museums. It is located in the former royal palace and features extensive collections of medieval and modern Romanian art.

The Romanian Athenaeum built in 1888 is considered to be a symbol of Romanian culture and since 2007 is on the list of the Label of European Heritage sights. Here, every two years is hosted the George Enescu International Festival, a prestigious cultural event named after the famous Romanian musician and composer.

During the return back to present you can meet Palace of the Parliament, monument of the Communist era, which at 330,000 sq. m surface stands as the world’s second largest building after the U.S. Pentagon, provides an interesting introduction to the dictator’s megalomaniac vision.

And the walk could continue with a lot of other places waiting to tell their stories about past and present, about nationalism and multicultural values...





ASOCIATIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA



FEDERAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHOTERAPIE

A XIII-a Conferință Națională de Medicina Sexualității cu Participare Internațională - sănătatea sexuală feminină și masculină -

Rețineți data !

**19-21 aprilie 2013
București**

Date importante

20 MARTIE 2013

Data limită de transmitere a rezumatelor

10 APRILIE 2013

Data limită de transmitere a formularului de înscriere și a taxei de participare

15 APRILIE 2013

Comunicarea programului final pe www.amsr.ro

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



Durata erecției: un **NOU** parametru de eficacitate în D.E.



Bărbații cu D.E. prezintă o reducere semnificativă a duratei erecției.^{1,2}



93% dintre bărbați consideră că fermitatea penisului și durata erecției sunt la fel de importante în obținerea unui act sexual satisfăcător.³



Levitra® este singurul inhibitor PDE-5 care a demonstrat în studii clinice o prelungire a duratei erecției, chiar și la bărbații cu comorbidități.^{1,2}



LEVITRA®
(VARDENAFIL HCI)



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline (GSK) SRL
Opera Center 1, Str. Costache Negi 1-5, sector 5,
București, telefon/fax: 9021) 302 82 08/(021) 302 82 09
www.gsk.ro, farmacovigilenta.romania@gsk.com,
medical.ro@gsk.com

¹ Rosenberg MT et al. Int J Clin Pract 2009; 63(1): 27-34.

² Miner MT et al. J Sex Med. 2008; 5(6): 1455-67.

³ Taylor H Harris Interactive online survey. 2001; 1: 14.