

# medicina sexualității

Buletin oficial al A.M.S.R., afiliată la ESSM din anul 2005

## CUPRINS

Sănătatea sexuală a femeii în orașul fanteziei.....	3
Al IX- lea Congres ESSM.....	4
ESSM - scurt istoric.....	6
Disfuncția erectilă din diabetul zaharat - 10 ani de experiență clinică.....	10
www.san-sex.ro.....	15
Algoritm.....	16
Medicina Sexualității - Agenda 2007.....	17
Disfuncțiile sexuale feminine - enciclopedie.....	18

## STATISTICI, STATISTICI

Martie 2007, știre mare: “bărbații români sunt cei mai performanți sexual din lume; au 232 de contacte sexuale/an”. Au vuit radiourile și presa. Studiul a fost făcut de o “prestigioasă publicație” pe 40.000 de subiecți din toată lumea.

În sfârșit suntem primii la ceva! Dar oare este așa?

Din punct de vedere științific, “ancheta” este extrem de “subțire”, iar concluzia are caracter nivelator. Statistica aceasta nu ține cont de decade de vârstă, mediu, cultură, religie, factor economic, educație, etc.

Cifra enunțată concluzional devine în acest sens goală de conținut.

Ancheta A.M.S.R./Pfizer/AB Research din 2006 contrazice MARELE STUDIU internațional, iar rezultatele finale, enunțate pe categorii de vârstă, pe mediu - urban și rural -, creează o stratificare a rezultatelor apropiată și de alte studii serioase din lumea medicală.

Ceea ce mă face să privesc cu rețineră este și o anchetă realizată de OMS pe 34.500 utilizatori de internet cu vârsta sub 25 de ani, în 1997, și ale cărei rezultate contrazic, de asemenea, triumfalul studiu al “prestigioasei publicații”.

În consecință sunt statistici și statistici, studii și studii, iar rezultatele trebuie interpretate cu atenție pentru că altfel cădem în ridicol.

**Prof. Asoc. Dr.**  
**Nicolae Calomfirescu**  
Președinte A.M.S.R.

## Colegiul de redacție

### Editor șef

*Simona Fica*

### Redactori adjuncți

*Voichița Mogoș*

*Nicolae Calomfirescu*

### Membri

*Cătălina Poiană*

*Maria Moța*

*Aurora Liiceanu*

*Ioan Coman*

*Florin Tudose*

*Dan Gaiță*

*Augustin Cambosie*

### Secretariat tehnic

*Camelia Lățea*

*office@amsr.ro*

**www.amsr.ro**

# E timpul pentru dragoste!



*Vineri seara...*



*...sau sâmbătă  
la prânz...*



*...sau duminică  
dimineața.*

CIA\_06\_010\_031

**PREFERAT<sup>5</sup>  
DE PACIENȚI**

*Lilly*

## Ajută-l să fie el însuși din nou!

Acum, bărbații cu disfuncție erectilă au la dispoziție **Cialis**, un medicament oral cu profil unic de eficacitate<sup>1</sup>, care oferă posibilitatea refacerii unei vieți sexuale normale:

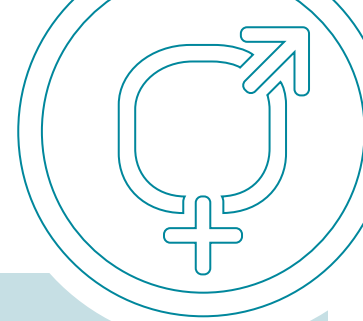
- ☺ eficacitate dovedită în primele 4 ore de la administrare<sup>2</sup>
- ☺ eficacitate susținută, până la **36 de ore**<sup>2;3</sup>
- ☺ libertatea de a alege momentul potrivit, pentru intimitate<sup>4</sup>
- ☺ siguranță dovedită<sup>3;4</sup>

1. Porst H. European Urol., suppl. 1 (2002): 19 - 24  
2. Carson C. BJU International 2004 93, 1276 - 1281  
3. Ref. Cialis, Sumarul Caracteristicilor Produsului, 2005  
4. Brock G. et al. Journal of Urology 2002 (168): 1332 - 1336  
5. von Keitz et al. European Urology 45 (2004): 499 - 509



Tu. Din nou.  
[www.36ore.ro](http://www.36ore.ro)

**36  
ore  
de eficacitate**



## Sănătatea sexuală a femeii în orașul fanteziei

În plină iarnă europeană, însoritul oraș Orlando situat în Florida, Statele Unite ale Americii, a găzduit cel de-al 7-lea Congres Internațional al ISSWSH, International Society for the Study of Women's Sexual Health.

Am călătorit ca în povești, două zile și o noapte; am ajuns seara târziu, într-un aeroport uriaș, tipic pentru Statele Unite ale Americii. La terminal a început povestea: ne aștepta un autocar ce avea ceva foarte cunoscut, siluete de șoricei, rațe, câini, pisici în geamuri. Ne-am îmbarcat și am pornit pe urmele temerarului Walt Disney, care, acum mai bine de 40 de ani, și-a urmat visul - toate planurile din minte s-au materializat în cel mai mare, inovator, fantezist și îndrăzneț parc de distracții construit vreodată. Apoi au urmat multe astfel de locații, dar pionieratul i-a aparținut. Ideea unui om a reușit să transforme întinderi pustii de mlaștini în cel mai renumit parc de distracție din lume: LUMEA DISNEY.

Dimineața am perceput pe deplin farmecul locului: un hotel imens traversat de tren, taximetre pe apă; centrul orașului, populat doar cu imagini din povești, întreaga zare doar parcuri, clădiri de forme ciudate, turnuri de palate de cleștar, lacuri cu aligatori.

Destinație de vis, Disney World a reunit familii, nostalgii din copilărie, tineri de toate vârstele într-un ambient neverosimil: personaje de povești, vise, fantezii, viitor, miraj, toate în mărime naturală, reale, palpabile. Să fie oare întâmplător aleasă această locație?

Ca de fiecare dată, congresul a reunit profesioniști din diferite domenii: medical, farmaceutic și psihologic cu preocupări în sfera sexualității femeii de toate vârstele, respectiv specialități diverse: urologi, interniști, endocrinologi, ginecologi, chirurghi plasticieni, generaliști. Au fost înscriși peste 350 de participanți; la lucrări prezența a fost surprinzător de mare.

Desfășurat pe o perioadă de 4 zile, conferința a oferit un curs intensiv pentru novicii în materie, 4 cursuri de instruire în materie de management al dispareuniei la femeile în postmenopauză, aspecte practice ale terapiei disfuncției sexuale secundare sindroamelor depresive/medicației antidepressive, cancerul de sân și disfuncția sexuală, terapia hormonală estrogenică, progesteronică și androgenică la femei.

Au fost prezentate peste 40 de lucrări originale, iar mai tineri practicieni au avut oportunitatea de

a-și susține posterele în fața unui auditoriu specializat în domeniu.

Prelegerile au fost structurate pe evoluția fiziologică a sexualității oricărei femei: primăvara (adolescența), vara (maternitatea), toamna (maturitatea, premenopauza) și iarna (postmenopauza, senescența). Fiecare din aceste etape are aspecte particulare, fiziologice, dar care trebuie cunoscute, investigate și atent tratate.

În ciuda concurenței nelioale a unei veri splendide cu 26 grade Celsius, lacuri cu ape plăcute, parcuri de distracție cu personaje foarte cunoscute: Mickey Mouse, Minnie, Pluto, studiourile MGM, sălile congresului au fost pline, de dimineața de la ora 7, pentru că nimeni nu a dorit să rateze dezbaterea PRO și CONTRA privind impactul aprobării pe piața europeană a testosteronului pentru femei, respectiv prezentări asupra unor medicamente de viitor: cu dublă acțiune centrală și periferică.

Privilegiul audierii unor nume mari, legende ale medicinei sexualității feminine, au depășit plăcerile oferite de ambient. Au conferențiat Beverly Whipple, teoreticiană punctului G, a fiziopatologiei și mecanismelor orgasmului, Stephen Levine, cel care a descris pentru prima dată tulburările de excitabilitate feminine (psihogenă, organică și mixtă), respectiv doamna Rosemary Basson, autoarea ultimului și celui mai acceptat model al actului sexual feminin, mult diferit de modelul Kaplan sau cel al lui Master și Johnson.

Sexualitatea adolescentelor, definirea, formarea și influențele orientării sexuale, maternitatea - modificări pozitive și de durată în compartimentul neural și comportamental feminin - au incitat interesul publicului. Când trei (copilul, mama, tata) amenință doi (cuplul), problemele proaspetelor familii, sexualitatea femeii gravide nu au mai fost un TABU.



**Dr. Dana Bucuraș**  
Clinica Obstetrică-Ginecologie  
UMF Timișoara

continuare în pagina 9

## Mozart, Freud și medicina sexualității

Început de decembrie, 2006. Viena. Probabil cea mai frumoasă capitală europeană. Vreme însorită, ca de început de primăvară. Orașul liniștit și totuși pregătit să întâmpine Crăciunul, cu magazine pline de cadouri, străzi împodobite, vin fierț - renumitul și gustosul "glühwein" - oameni liniștiți și foarte ospitalieri.



Hofburg - palatul de iarnă al casei de Habsburg - a găzduit cel de-al 9-lea Congres al Societății Europene pentru Medicina Sexualității (ESSM).

Ceremonia de deschidere a cuprins Gala Mozart, spectacol prezentat de membrii faimoasei Orchestre Filarmonice și a Baletului de Stat din Viena, precum și urările de bun venit ale lui Francesco Montorsi, președintele ESSM, și ale lui Siegfried Meryn. Siegfried Meryn,

președintele congresului, și-a început discursul spunând că "Medicina sexuală modernă și știința îl întâlnesc pe Sigmund Freud și principala lui moștenire".



Congresul a beneficiat de prezența a mai mult de 2000 de participanți din 64 de state; nu doar din Europa, dar și din Asia, Statele Unite sau Australia.

Desfășurat pe parcursul a patru zile, congresul a cuprins secțiuni de prezentare a posterelor, mese rotunde, master lectures, sesiuni interactive, dezbateri și cursuri. Programul acestor întâlniri a inclus 67 de prezentări orale, 75 de postere moderate și 170 de postere prezentate.

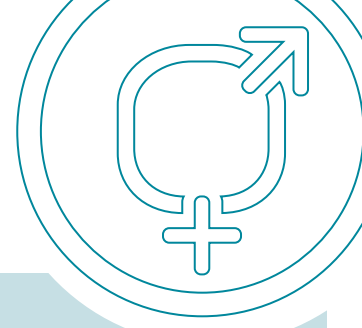
Principalele teme abordate au fost sănătatea sexuală a femeii - topică privită cu tot mai mult interes de specialiștii din domeniu, noi tendințe în managementul disfuncției erectile și ejaculării precoce, relația dintre viața sexuală și calitatea vieții, dintre funcția sexuală și satisfacție, sănătate și boală, hipogonadism și sindrom metabolic, precum și terapia de substituție cu testosteron.

Mai mult de 30 de medici din România, cu diferite specializări, au fost prezenți la lucrări. Interesul în creștere s-a reflectat și în faptul că pentru prima oară Comitetul Științific al Congresului a acceptat un număr de 5 lucrări ale unor colective multidisciplinare, acoperind geografic întreaga țară.

Grant-urile pentru cercetare oferite de ESSM au fost primite de Christina Damsted Petersen (Danemarca)

eveniment





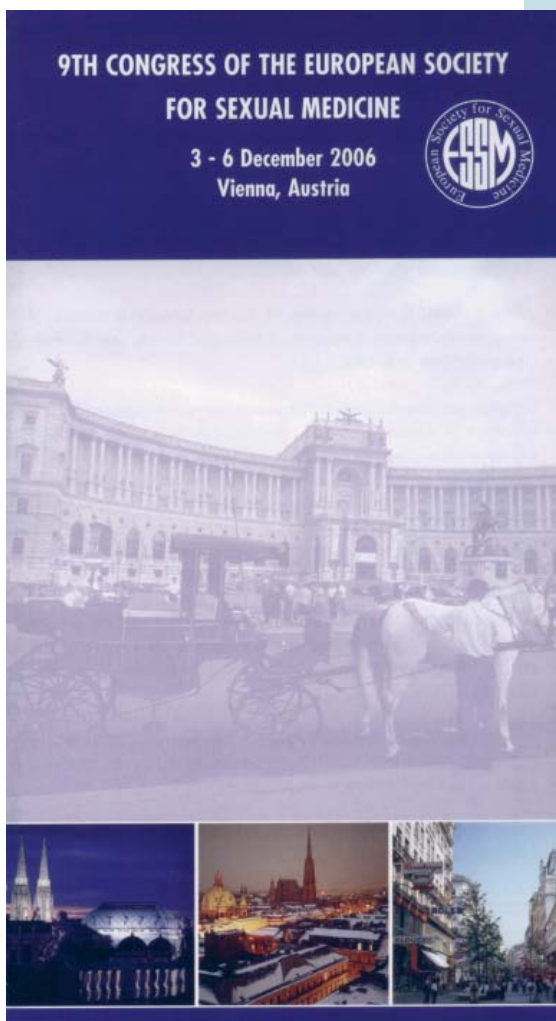
pentru proiectul “Terapia cu Botox la femeile diagnosticate cu vestibulodinie” și Ponco Birowo (Germania) pentru lucrarea “Caracterizarea tonusului mușchiului neted al veziculei seminale”.

În comitetul executiv al ESSM (ce are 19 societăți afiliate, printre care și A.M.S.R.) au fost aleși trei noi membri: Bruno Giammusso (Italia), Santiago Richter (Israel) și Pedro Simoes Vendeira (Portugalia).

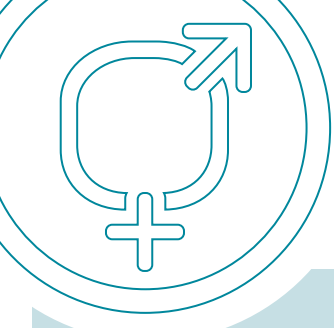
Au fost 4 zile în care ne-am întâlnit, am ascultat, am discutat și am învățat fiecare lucruri noi.

Și până la următorul Congres ESSM, ce se va desfășura la Lisabona în 25-28 noiembrie 2007, vă așteptăm la Conferința Națională a A.M.S.R., cea de-a șaptea, la Timișoara, pe 12-14 aprilie, să ne întâlnim și să ne cunoaștem: oameni și idei.

*A consemnat*  
**Dr. Cătălin Belinski**



# eveniment



## ESSM – scurtă istorie

# ESSM

În anul 1994, în Singapore, cu ocazia Congresului Anual al ISIR (acum ISSM – International Society for Sexual Medicine) lua naștere ideea înființării ESIR – European Society for Impotence Research, idee susținută de importanța dezvoltare europeană a ISIR.

În 1995, se naște ESIR. Primul Congres al nou înființatei societăți are loc la Porto Carras, în Grecia. Așa începe călătoria europeană spre cunoaștere medicală, cercetare și inovație.

Apoi, în 1997, la Madrid are loc cel de-al doilea Congres, urmat la 3 ani distanță de cel de-al treilea Congres, de data aceasta la Barcelona. Catastrofa seismică din Turcia din 1999 împiedicase derularea acestui al treilea congres așa cum

fusese prevăzut.

Anul 2001 aduce o schimbare de nume – societatea europeană devine ESSIR, adică European Society for Sexual and Impotence Research. Iar aceasta pentru a cuprinde mai bine sub umbrela sa domeniile atât de vaste ale medicinei sexualității, atât ale celei masculine, cât și ale celei feminine.

Se decide ca frecvența congreselor să devină una anuală, astfel că, după Roma 2001, a venit rândul orașului Hamburg să găzduiască cea de-a cincea întâlnire, în 2002.

Continuându-și dezvoltarea, ESSIR își schimbă din nou numele, devenind începând cu 2003 ESSM – European Society for Sexual Medicine, denumire sub care o cunoaștem astăzi. Motivul? Încă o dată nevoia de a îmbunătăți și de a extinde cercetarea din domeniul medicinei sexualității, domeniu în continuă dezvoltare la nivel mondial și care aduce din ce în ce mai mult la lumină problematica sănătății sexuale, atât pentru lumea medicală, cât și pentru publicul larg.



ESSM își continuă periplul european, dând întâlnire membrilor săi în 2004 la Londra, apoi, în condiții aniversare, în 2005 la Copenhaga. La sărbătorirea celor 10 ani de existență, ESSM s-a putut lăuda că este o societate din ce în ce mai puternică și din ce în ce mai prezentă în Europa. Iar dacă atunci ESSM număra 13 Societăți Naționale afiliate și circa 1400 de membri, în prezent numărul afiliatelor a crescut la 20.

A.M.S.R., afiliată la ESSM din 2005, vă propune pentru cea de-a VII-a Conferință Națională de la Timișoara un curs ESSM susținut de membri marcanți ai societății europene – John Dean (Marea Britanie) și Andrea Salonia (Italia), precum și o reîntâlnire cu Juza Chen (Israel).

Sursă

[www.essm.org](http://www.essm.org), accesat 2007



RO.ALF.06.03.01

# Yatral<sup>®</sup> SR

alfuzosin 10 mg

- **Ameliorează rapid debitul urinar și LUTS<sup>1</sup>**
- **Asigură beneficii clinice pe termen lung<sup>2</sup>**
- **Îmbunătățește calitatea vieții pacienților<sup>3</sup>**

1. Marks LS et al. For the ALFIRST Study Group, Eur. Urol., 2003; 62(5): 888-893

2. Van Kerrebroeck P et al, Eur. Urol., 2002;41:54-61

3. Van Kerrebroeck P et al, Eur. Urol., 2001;39(6): 19-26



**sanofi aventis**







Sănătatea mai presus de orice



## **Fluorochinolonă sistemică adaptată utilizării intraspitalicești**

**500 mg o dată pe zi, i.v./oral**

**Indicat în\* :**

-  **Pneumonii comunitare**
-  **Exacerbări acute ale bronșitelor cronice**
-  **Sinuzite acute**
-  **Infecții complicate ale tractului urinar,  
inclusiv pielonefrite**
-  **Infecții ale prostatei**
-  **Infecții ale pielii și țesuturilor moi**



\*Rezumatul caracteristicilor produsului, revizuit octombrie 2004

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală. Pentru informații suplimentare despre produs puteți contacta reprezentanța din România. Bd. Carol I 34-36, IBC Modern, Et. 6, sector 2, București, Tel: 021 317 31 36, Fax: 021 317 31 34



## Sănătatea sexuală a femeii în orașul fanteziei

continuare din pagina 3

În cadrul aceleiași secțiuni s-au adus în discuție efectele benefice versus urmări ale terapiei contraceptive orale. Efectele nedorite asupra SHBG, de multiplicare a nivelului plasmatic, generează modificări, uneori extrem de lungi, parțial ireversibile asupra funcției sexuale feminine. Informarea medicilor, educația pacienților, administrarea COC cu atenție, la sfatul unor specialiști, fiind un deziderat.



Noutățile în domeniu sunt date de apariția a noi variante terapeutice ce permit o mai bună selectare a pacienților. S-a discutat foarte mult despre controversatul testosteron în terapia disfuncțiilor libidoului, preparat aprobat doar în Europa, beneficiile și riscurile acestei terapii suscitând comentarii și discuții. Se preconizează apariția unei combinații noi, testosteron plus inhibitor de PDE5, preparat special pentru femei, precum și medicamente modulând mecanismele centrale, dorință, fantezii sexuale, vise, imaginație.

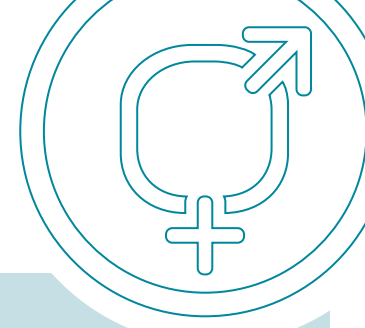
Cercetarea fundamentală a avut rezervată o jumătate de zi foarte intensă. Efectul Bupropioneila, femeile în perimenopauză, ameliorarea libidoului după administrarea Bremelanotidei intranasale, administrarea topică de acid botulinic în sd. dureroase perineale sunt doar câteva idei de viitor vehiculate la secțiunea "alternative terapeutice".

Este de remarcă tranziția tematicii din zona definiții, chestionare diagnostice, clase și categorii de afecțiuni, termeni și definiții, care a dominat congresele ultimilor ani, spre date mult mai concrete vis á vis de terapie, studii personale efectuate pe grupe mari de pacienți. Toate acestea ne arată că peste tot în lume, dar mai ales în Statele Unite, există centre multidisciplinare care se adresează direct și exclusiv problemelor de sexualitate, feminine, masculine, dar mai ales de cuplu. Sunt locuri unde pacienții știu că se pot adresa pentru rezolvarea problemelor lor, unde găsesc profesioniști, care tratează deopotrivă afecțiuni, dar și modificări încadrate în sfera involuției fiziologice a organismului uman, și care pentru că alterează calitatea vieții pacienților, sunt evaluate, încadrate și diagnosticate.

Prezența României, ca membru al societății, respectiv ca participare efectivă a fost cu mirare primită. Postul prezentat de centrul de menopauză al clinicii de obstetrică-ginecologie, din cadrul Universității de Medicină și Farmacie Timișoara a fost unul din cele 58 de prezentări admise la această conferință.

Un aspect particular l-a reprezentat discuția despre relația cu casele de asigurări, respectiv cine suportă costurile acestor consultații, manevre (termografie perineală, stimulare electrică vestibulară, terapie cu toxină botulinică), chiar intervenții chirurgicale (plastii vulvare, chirurgie vestibulară, circumcizie clitoridiană). Se remarcă nevoia unor categorii clare de diagnostic, a unor algoritme de diagnostic și tratament, respectiv a unor centre recunoscute ce pot practica această nouă specialitate, de terapeut sexolog.

La unison cu tendința actuală de diagnosticare, clasificare și încadrare a disfuncțiilor sexuale feminine, Asociația pentru Medicina Sexualității din România (A.M.S.R.) dedică, pentru prima dată, un întreg congres acestei teme de foarte mare actualitate; este vorba de a VII-a reuniune de la Timișoara din perioada 12-14 aprilie 2007 cu tema „Disfuncțiile sexuale feminine”.



ISSWSH VII - Orlando

**Dr. Dana Bucuraș**

*Clinica Obstetrică-Ginecologie*

*UMF Timișoara*

**Dr. Vasile Coca**

**Departament Terapie Complementară – Andrologie**

**Centrul Clinic de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Cluj-Napoca**

## articol

Bărbatul cu diabet zaharat (DZ) reprezintă o categorie clinică cu totul aparte, din cauza patogenezei intricate absolut speciale reprezentată de evoluția naturală a DZ, a riscului său comorbid deosebit, mai ales în sfera afecțiunilor cardiovasculare, precum și a potențialului caracteristic pentru dezvoltarea de complicații cronice.

În această categorie este inclusă și alterarea funcției sexuale prin dereglarea tuturor componentelor sale: libidou, erecție, ejaculare, orgasm și satisfacție generală (1). Disfuncția erectilă (DE) reprezintă de departe „capul de afiș” prin prevalența ei crescută, prezența ei ca o complicație cronică atât la diabetul zaharat tip 2 (T2DZ) cât și la cel tip 1 (T1DZ), dar și prin apariția în toate stadiile evolutive ale T2DZ, încă din faza de insulinorezistență și sindrom metabolic (2). DE din DZ a fost corelată semnificativ cu riscul cardiovascular (RCV), constituindu-se ca și un factor predictiv pentru acesta. Evidențierea ei la mulți bărbați cu sindrom metabolic (SM), dar și la debutul clinic al T2DZ, a impus considerarea DE ca fiind predictivă și pentru diabet, ceea ce a făcut ca ea să fie inclusă în categoria factorilor de risc cardiometabolic (RCM).

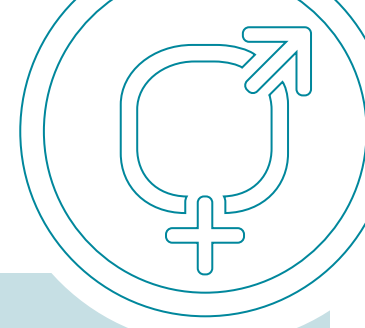
Ca element perturbator al relației de cuplu, DE afectează serios calitatea vieții persoanei cu diabet, reducând aderența și complianța la managementul clinic. Și aceasta la o categorie de pacienți care oricum au un risc mai mare de deficit de comunicare, o inerție a socializării și, în final, de depresie indusă de particularitățile de evoluție și de tratament ale diabetului.

Etiopatogeneza T2DZ induce, cel mai probabil cea mai densă intricare de mecanisme patogenetice în dezvoltarea DE: endoteliopatie, neuropatie, arteriopatie, endocrinopatie, psihologic etc. Pe de altă parte, în T1DZ ea reprezintă, în opinia noastră, forma de DE organică apărută cel mai precoce, deja în decada a treia de viață atunci când diabetul este diagnosticat înainte de adolescență. În aceste cazuri, diagnosticul diferențiat cu formele psihogene reprezintă o prioritate, ca de altfel și colaborarea cu psihologii și/sau psihiatrării avizați.

Oricum, și într-o formă și în cealaltă de diabet, DE are ca și mecanism patogenetic de bază disfuncția endotelială (3). Mai ales în T2DZ unde ea face parte din contextul general al polimorfismului genetic, care

impune două aspecte cruciale de fenotip molecular: endoteliopatia și scăderea sensibilității periferice la insulina endogenă. Afectarea endoteliului (stratul intern al vaselor, în contact nemijlocit cu fluxul sanguin) este indusă în diabet de cel puțin două cauze specifice: existența de forme aberante biochimic de nitric oxid sintetază (eNOS), inoperante fiziologic, și stress-ul oxidativ cauzat de hiperglicemia cronică (dar și de alți factori perturbatori ai metabolismului). Consecința este eliberarea defectuoasă de oxid nitric (NO) din celulele endoteliale către stratul muscular neted subendotelial, intratrabecular, din corpii cavernoși. Prin relaxarea miocitelor netede vasculare, NO este considerat actualmente factorul vasodilatator cel mai potent din organism. El se eliberează prin acțiunea eNOS normo-funcțională, care catalizează trecerea L-argininei în L-citrulină. Se pare însă că în diabet există și un deficit metabolic de arginină, ceea ce scade și mai mult activitatea eNOS, diminuată oricum prin condiționare genetică. Există apoi și hiperglicemia cronică, ce accentuează statusul hiperoxidant al organismului. Acesta este susținut de activitatea crescută a superoxid-dismutazei (SOD), enzima care generează titruri mari de radicali superoxizi. Aceștia vor transforma NO, în oxid nitros și separat vor oxida microparticulele de lipoproteine cu densitate mică (LDL), favorizând astfel aterogeneza și adăugând la mecanismul DE și veriga arteriopată.

Mecanismul prin deficit nitrergic (mediat NO) este defectuos și în componenta neuropat autonomă a DE din diabet. Evoluția naturală a diabetului induce apariția neuropatiei autonome (prin alterarea neuronală directă dar și prin mecanism microvascular) cu manifestări din cele mai variate: digestive, cardiovasculare, urinare, erectile etc. Aceasta din urmă face să scadă mult transmiterea nitrergică și colinergică de la nivelul plăcii neuromusculare din trabeculele cavernoase. Există cel puțin două tipuri de terminații nervoase, ale sistemului vegetativ (autonom), către miocitele netede sincițiale (intratrabeculare) din corpii cavernoși cu rol de vasodilație: așa numitele fibre non-adrenergice non-colinergice (NANC) și cele parasimpatice (colinergice). Primele stimulează relaxarea miocitelor netede prin eliberare către ele a NO, în timp ce celelalte acționează prin activarea receptorilor acetilcolinei din membrana miocitară. Alterarea balansului nervos autonom impune preponderent tonusul simpatic, care, pe lângă



DE, induce și fenomene de ejaculare precoce, complicând disfuncția sexuală din DZ.

Deși DE organică reprezintă forma principală a afectării funcției erectile din diabet, existența verigii psihogene de sine stătătoare constituie totuși o variantă întâlnită uneori, pentru că persoana cu diabet prezintă caracteristici specifice din punct de vedere psiho-



social. Este o persoană adesea deprimată și aceasta din cel puțin următoarele puncte de vedere: prezența unei boli cronice cu o evoluție progresivă, care necesită o îngrijire specială (dietă, exercițiu fizic zilnic și chiar program special de muncă uneori), un tratament cronic, cu ritmicitate aparent rigidă, ca și perspectiva terapiei injectabile de lungă durată și a complicațiilor cronice cu potențial invalidant fizic și psihic. Această conjunctură face ca, uneori etiologia DE din diabet să fie pur psihogenă. În plus, mulți bărbați cu DZ, ca și în alte cazuri de altfel, până se hotărăsc să se prezinte la specialist pentru această complicație, adaugă la etiologia organică și un fenomen inerent de anxietate de performanță (frică de eșec). Ea face ca, în majoritatea lor, DE din DZ să pară că au cauze mixte (organice și psihogene) sau chiar să pară că apar doar din cauze psihogene. Este apanajul medicului cu experiență în domeniu să facă diferențierea (teste și chestionare specifice).

Afluxul crescut de sânge care asigură erecția performantă presupune un calibru arterial optim în regiunea perineo-genitală. În diabet, și cu precădere în T2DZ, accelerarea procesului de aterogeneză coroborat cu deteriorări

subendoteliale, ale peretelui arterial (acumulare de amiloid, activitate metaloproteinizică modificată, proliferare musculară etc.) duc la rigidizarea peretelui, îngroșarea intimei-medii și aterogeneză cu stenoza calibrului arterial. Ca atare, funcția arterială diminuează, nemaiputând asigura direcționarea unei cantități crescute de sânge, în raport cu necesitățile unei erecții de grad înalt. Departamentul nostru de Medicina Sexualității a desfășurat o activitate de cercetare în acest sens, evaluând evoluția în timp a unor parametri de funcție arterială la bărbații cu DE și DZ. În concordanță cu literatura de specialitate, care subliniază efectul benefic al inhibitorilor de fosfodiesterază-5 asupra funcției endoteliale și a morfologiei peretelui vascular (grosime intimă-medie), noi am arătat în plus că și rigidizarea parietală arterială este corelată cu gradul de afectare a funcției erectile (4). Am demonstrat de asemenea, în premieră, că utilizarea în tratamentul diabetului a unor medicamente din clasa tiazolidindionelor, cunoscute ca fiind în același timp și ameliorante ale endoteliopatiei, crește eficiența farmacologică a răspunsului erectil în DE din T2DZ, ceea ce subliniază încă o dată rolul important revenit alterărilor endoteliale în patogeneza DE (5).

Hipogonadismul este o altă verigă în mecanismul complex ce contribuie la DE din DZ, însă trebuie subliniat că el a fost corelat cu DE doar în T2DZ și că, în general, aportul său patogenetic este secundar. Cu toate acestea, prezența obezității generale, dar mai cu seamă a celei viscerale (abdominale), poate crește ponderea hipogonadismului în debutul unei DE, prin accelerarea aromatării testosteronului (T) în țesutul adipos în exces (5). Nu numai un eventual titru plasmatic scăzut al T poate contribui la DE din diabet, ci și scăderea biodisponibilității periferice a acestui hormon. Aceasta poate fi și o consecință a unei perioade prelungite de alterare metabolică, extinsă de-a lungul evoluției unui sindrom metabolic preexistent DZ, situație care, de asemenea, a constituit un subiect de cercetare clinică în departamentul nostru (6). În general, în literatură se consideră că scăderea libidoului la bărbații cu diabet apare tardiv în evoluția diabetului și după o mai lungă perioadă de evoluție a DE. Hipogonadismul prezent însă devreme, din stadiul de hiperinsulinism al sindromului metabolic, poate uneori precipita instalarea precoce a diminuării libidoului, stare care, împreună cu prezența DE, complică disfuncția sexuală din diabet.

Dacă evaluarea clinică a DE din DZ nu diferă ca și

## articol



# articol

examen fizic de alte cazuri, cu excepția importanței acordate antropometriei în determinarea greutății corporale, a circumferinței abdominale și a indicelui de masă corporală (IMC), cea paraclinică are unele particularități (7). Este important echilibrul glicemic, relevat prin evoluția glicemiilor à jeun sau a profilelor glicemice, și prin nivelul hemoglobinei glicate (A1c). Nivelele serice ale colesterolului total și ale fracțiunilor lipidice - hiperlipoproteinele cu densitate mică (LDL) sau mare (HDL) - și trigliceridele sunt și ele relevante putând orienta spre eventuale examinări imagistice complementare (ecografie doppler). Dozarea testosteronului total, a testosteronului liber și a prolactiniei sunt utile în diagnosticul și tratamentul DE din DZ.

Introducerea în managementul terapeutic al DE a inhibitorilor de fosfodiesterază-5 (IPDE-5), oportunitate deschisă de apariția sildenafilului citratului, a permis practic trecerea de la o terapie relativ „naivă”, în care singura abordare etiopatogenetică era substituția testosteronică, la un tratament cu adevărat științific și care să corespundă noțiunii de funcție erectilă performantă reinstaurată farmacologic (8). Acest fapt ne-a per-

mis și nouă, celor din Departamentul de Medicina Sexualității, ca de la o adresabilitate pentru DE de aproximativ câteva persoane pe an (și numai din rândul bărbaților cu diabet) să ajungem să avem câteva sute de examinări într-un an (cu sau fără DZ) cu răspuns erectil foarte bun la utilizarea IPDE-5 și peste 500 de cazuri în evidență (din care câteva încă din 1997). Datorită faptului că DE din DZ, și mai ales cea din T2DZ, este forma organică cea mai greu ameliorabilă terapeutic (datorită numeroaselor verigi patogenetice intricate), departamentul nostru a inițiat o activitate de cercetare definitivând câteva inițiative care au avut ca și scop evaluarea răspunsului erectil la asocieri medicamentoase. S-a studiat, astfel, utilizarea combinată de sildenafil cu acid  $\alpha$ -lipoic (etiologie endotelioapată și neuropată a DE), de sildenafil cu testosteron (etiologie endotelioapată și hipogonadism), de sildenafil cu rosiglitazonă (endoteliopatie și insulionerezistență) (9). În plus, am urmărit răspunsul erectil la IPDE-5,

ca și calitatea produsului seminal în DE, înainte și după insulinoconversie. De asemenea, am evaluat și efectul benefic al combinației de sildenafil cu alprazolam în DE mixtă din T2DZ. Am utilizat toți reprezentanții din clasa IPDE-5, precum și din alte clase (dopaminergice), existând și o experiență, după părerea noastră limitată însă, în ceea ce privește administrarea intracavernoasă de preparate de fentolamină sau prostaglandine la bărbați cu T1DZ, dar și de papaverină, dar aceasta din urmă doar în scop investigator imagistic (ultrasonografie doppler pe arterele cavernoase).

În concluzie, prin complexitatea ei etiopatogenetică și răspunsul particular la tratament, prin predictibilitatea dovedită pentru riscul cardiometabolic și prin incidența tot mai crescută a diabetului, DE din DZ trebuie abordată cu profesionalism, în departamente avizate și de către personal medical cu experiență în domeniu. Aceasta ar contribui benefic și la prevenirea altor complicații, cardiovasculare mai ales, așa cum s-a demonstrat deja, datorită substratului patogenetic comun, ar putea evidenția afecțiuni coronariene nevalidate clinic până în acel moment și, în plus, ar îmbunătăți considerabil calitatea vieții acestor pacienți.

#### Bibliografie:

1. Lewis WR, Fugl-Meyer KS, Bosh R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A – Epidemiology/ Risk Factors of Sexual Dysfunction, *J SEX MED*, 2004, 1 (1): 35 – 39.
2. Musicki B, Burnet AL – Endothelial dysfunction in diabetic erectile dysfunction, *INT J IMPOTENCE RES*, 2007, 19: 129 – 138.
3. Coca V, Nicolescu Georgiana, Copcea A, Coca C, Mariana, Hâncu N – The prevalence of the metabolic syndrome in a male population with erectile dysfunction, *MÆDICA – J Clin Med*, 2006, 1 (1): 23 – 28.
4. Coca V – Arterial stiffness predicts pharmacological induces erectile response in diabetic erectile dysfunction, *J SEX MED*, 2006, 3 (2): S 164.
5. Corona G, Mannucci E, Petrone L, Ricca V, Balercia G, Mansani R, Chiarini V, Giommi R, Forti G, Maggi M – Association of hypogonadism and type II diabetes in men attending an outpatient erectile dysfunction clinic, *INT J IMPOTENCE RES*, 2006, 18: 302 – 305.
6. Coca V – PDE-5 inhibitors and Rosiglitazone in diabetic induced erectile dysfunction, *J SEX MED*, 2006, 3 (11): S 219.
7. Penson DF, Wesells H – Erectile Dysfunction in Diabetic Patients, *DIABETES SPECTRUM*, 2004, 17 (4): 225 – 230.
8. Costabile RA – Optimizing Treatment for Diabetes Mellitus Induced Erectile Dysfunction, *J UROLOGY*, 2003, 170, 2 (2/II): S35 – 39.
9. Coca V, Hâncu N – Assessment of sildenafil citrat efficacy in erectile dysfunction treatment - five years of personal experience, *BRIT MED J (Ed Rom)*, 2004, 11 (1): 27–32.

#### Dr. Coca Vasile

Departament Terapie Complementară-Andrologie  
Centrul Clinic de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice,  
Cluj-Napoca

# NEBIDO®

SCHERING  
making medicine work



**Acum există un tratament  
cu eficiență îndelungată<sup>1</sup>**

**Nou**

**Nebido® (testosteron undecanoat)**

O singură administrare susține nivelul optim al  
testosteronului până la 14 săptămâni\*<sup>2, 3, 4</sup>

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

1. Jockenhovel F; Male hypogonadism, UNI-MED verlag Bremen 2004

2. Nebido RCP

3. Lange, Schneider A: Open-label study to evaluate safety and pharmacokinetic parameters of total and free testosterone after repeated i.m. injection of 1000 mg testosterone undecanoate (5 injections over 36 weeks) in hypogonadal patients. 21 Jun 2002-data on file

4. Rouskova D: Open-label study to evaluate safety and pharmacokinetic parameters of total and free testosterone after repeated i.m. injection of 1000 mg testosterone undecanoate (5 injections over 36 weeks in the first follow-up study) in hypogonadal men. 8 aug 2003-data on file



Din nou în formă

Andrology

**REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI****1. DENUMIREA COMERCIALĂ A PRODUSULUI MEDICAMENTOS**

Nebido 1000 mg/4 ml soluție injectabilă

**2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ**

Un ml soluție injectabilă conține testosteron 157,9 mg sub formă de undecanoat de testosteron 250 mg.

**3. DATE CLINICE****3.1. Indicații terapeutice**

Terapia de substituție cu testosteron pentru hipogonadismul masculin, după confirmarea deficienței de testosteron în urma examinării clinice și testelor biochimice (vezi pct. 3.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare).

**3.2. Doze și mod de administrare**

Administrare intramusculară.

Bărbați adulți și vârstnici

Se administrează injectabil o fiolă de Nebido (care corespunde la 1000 mg de undecanoat de testosteron) la fiecare 10 – 14 săptămâni. Această frecvență de administrare este eficientă în vederea menținerii unei concentrații suficiente de testosteron și nu produce acumularea medicamentului.

Injecțiile trebuie efectuate foarte lent. Trebuie avut grijă ca injectarea de Nebido să se facă profund, la nivelul mușchiului fesier, respectând precauțiile obișnuite pentru administrarea intramusculară. O atenție deosebită trebuie acordată pentru evitarea injectării intravasculare. Conținutul unei fiole se va injecta intramuscular, imediat după deschiderea fiolei. Copii și adolescenți

Nu este indicată utilizarea Nebido la copii și adolescenți și nu a fost evaluată clinic administrarea la bărbați sub 18 ani.

**3.3. Contraindicații**

Utilizarea Nebido este contraindicată în: carcinoamele androgen-dependente de prostată sau de glandă mamară a bărbatului; tumori hepatice actuale sau în antecedente; hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți.

**3.4. Atenționări și precauții speciale**

Nu se recomandă utilizarea Nebido la copii și adolescenți. Nebido trebuie utilizat doar dacă hipogonadismul (hiper-și hipogonadotropic) a fost confirmat și dacă înaintea inițierii tratamentului s-a exclus altă etiologie care ar putea fi responsabilă de simptomatologie. Insuficiența testosteronică trebuie diagnosticată pe baza semnelor clinice (regresia caracterelor sexuale secundare, modificări ale aspectului corpului, astenie, scăderea libidoului, disfuncție erectilă etc.) și confirmată prin două măsurări separate ale concentrațiilor sanguine de testosteron.

Experiența administrării Nebido la pacienții vârstnici de peste 65 de ani este limitată. În prezent, nu există un consens în privința valorilor de referință ale testosteronului în funcție de vârstă. Totuși, trebuie avut în vedere faptul că, în mod fiziologic, concentrațiile plasmatice de testosteron scad odată cu înaintarea în vârstă.

**Tumori**

Androgenii pot accelera progresia cancerului de prostată aflat în stadiu subclinic și al hiperplaziei benigne de prostată. Nebido trebuie folosit cu prudență la pacienții cu cancer, care au risc crescut de hipercalcemie (și hipercalcemie asociată) datorită metastazelor osoase. Se recomandă monitorizarea periodică a concentrațiilor serice de calciu la acești pacienți. Au fost raportate cazuri rare de tumori hepatice, benigne și maligne, la pacienții care primeau tratament de substituție cu testosteron.

Ca regulă generală, trebuie întotdeauna respectate limitările utilizării de injecții intramusculare la pacienții cu coagulopatii congenitale sau dobândite.

Nebido trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu epilepsie și migrenă, deoarece aceste afecțiuni pot fi agravate. La pacienții tratați cu androgeni la care se obțin concentrații plasmatice normale de testosteron cu terapie de substituție, se poate ameliora sensibilitatea la insulină.

Anumite semne clinice: iritabilitatea, nervozitatea, creșterea în greutate, erecții prelungite sau frecvente, pot indica expunerea excesivă la androgeni, necesitând ajustarea dozelor. Poate fi potențată apneea în somn preexistentă.

Atleții care primesc terapie de substituție cu testosteron pentru hipogonadism masculin primar sau secundar trebuie preveniți asupra faptului că acest medicament conține o substanță activă care poate produce reacție pozitivă la testarea antidoping. Androgenii nu sunt potriviți pentru stimularea dezvoltării musculare la persoanele sănătoase sau pentru creșterea capacității fizice.

Tratamentul cu Nebido trebuie întrerupt definitiv dacă simptomele de expunere excesivă la androgeni persistă sau reapar pe parcursul terapiei cu dozele recomandate.

Calea de administrare

Nebido trebuie injectat intramuscular. Experiența a demonstrat că prin administrarea foarte lentă se poate evita apariția reacțiilor de scurtă durată (senzație imperioasă de tuse, accese de tuse, dificultăți respiratorii) care, în rare cazuri, apar în cursul sau imediat după injectarea soluțiilor uleioase.

**3.5. Reacții adverse**

Cea mai frecventă reacție adversă observată a fost durerea la locul injectării (10%).

Următoarele reacții adverse au fost raportate în studiile clinice ca având o posibilă legătură cu Nebido (conform sistemului de clasificare HARTS Body System and Dictionary Term):

Sistem/aparat	Frecvență* (>1/100, <1/10)
Digestiv	Diaree
Aparat locomotor	Dureri la nivelul membrelor inferioare, artralgi
Sistem nervos	Amețeli, hipersudorație, cefalee
Aparat respirator	Tulburări respiratorii
Pielea și anexele acesteia	Acnee, dureri mamare, ginecomastie, prurit, tulburări cutanate
Urogenital	Dureri testiculare, tulburări prostatice
Tulburări generale și la locul de administrare	Hematoame subcutanate la locul injectării

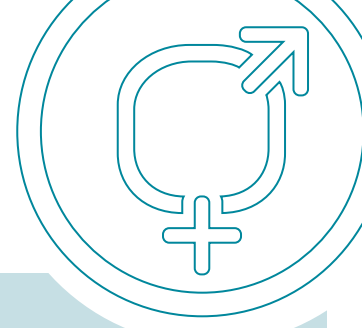
Din cauza dimensiunii reduse a eșantionului din studii, frecvența fiecărui eveniment advers raportat ca având posibilă legătură cauzală cu administrarea medicamentului a determinat încadrarea acestora cel puțin la categoria frecvent (>1/100).

În literatură au fost raportate următoarele reacții adverse ale medicamentelor care conțin testosteron:

Sistem/aparat	Reacții adverse
Tulburări hematologice și limfatice	Rare cazuri de policitemie (eritrocitoză)
Tulburări de metabolism și nutriție	Creștere în greutate, dezechilibre electrolitice (retenție de sodiu, clor, potasiu, calciu, fosfat anorganic și apă) în timpul tratamentelor de lungă durată sau a celor cu doze mari
Aparat locomotor	Crampe musculare
Sistem nervos	Nervozitate, ostilitate, depresie
Sistem respirator	Apnee de somn
Tulburări hepatobiliare	În cazuri foarte rare: icter și anomalii ale testelor funcționale hepatice
Piele și anexe	Pot să apară diferite reacții cutanate, inclusiv acnee, seboree, și căderea părului (alopecie)
Aparat reproducător și afecțiuni mamare	Modificări ale libidoului, creșterea frecvenței erecțiilor; terapia cu doze mari de preparate cu testosteron, în mod obișnuit reduce sau oprește, reversibil, spermatogeneza, ducând astfel la scăderea dimensiunii testiculelor; Terapia de substituție cu testosteron pentru hipogonadism poate determina în rare cazuri erecții persistente, dureroase (priapism), tulburări prostatice, cancer de prostată **, obstrucții urinare
Tulburări generale și la locul de administrare	Dozele mari sau administrarea pe termen lung de testosteron cresc uneori incidența retenției hidrice și edemelor; pot să apară reacții de hipersensibilitate

\*\*\*) Datele despre riscul de cancer de prostată asociat cu terapia testosteronică sunt neconcludente.

**DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIATĂ**  
**Schering AG**  
 Mullerstrasse 178, D-13342, Berlin, Germania



Stimați colegi,

**www.san-sex.ro** este un proiect educațional realizat de A.M.S.R. în colaborare cu ESSM și ESDA ce și-a propus să contribuie la informarea și educarea populației în vederea conștientizării aspectelor legate de disfuncțiile sexuale și la îmbunătățirea comunicării medic-pacient.

Portalul de informație se adresează publicului general și este menit să aducă în atenția acestuia informații legate de sănătatea sexuală a femeii, a bărbatului, precum și a cuplului.

În afară de studii de caz, articole și enciclopedie, site-ul oferă celor interesați o rubrică „*Expertul răspunde*”, precum și o secțiune în care se găsesc listate în funcție de localitate și de specialitate cabinete medicale.

De acum aveți și dumneavoastră posibilitatea de a vă înscrie cabinetul în secțiunea “*Cabinete medicale*” de pe site.

Pentru aceasta, sunt necesare următoarele:

- completați un formular care să cuprindă: Denumirea cabinetului medi-

cal / Adresa completă / Numărul de telefon / Fax / Orarul cabinetului / Descrierea cabinetului (maxim 50 cuvinte) / Medicii și specialitățile acestora / Adresa de e-mail - trimiteți formularul prin poștă la adresa Șoseaua Mihai Bravu, Nr. 134, Bl. D21, Sc. A, Ap. 1, 021336, Sector 2, București, prin fax la numărul 021 252 65 53 sau prin e-mail la adresa office@amsr.ro împreună cu dovada plății taxei aferente

- taxa de înregistrare este de 15 lei/lună (plătită pentru minim 6 luni) și se achită în contul RO71WBAN2511000041601634, deschis la San Paolo IMI Bank, Sucursala Municipiului București, beneficiar A.M.S.R., cu specificația “pentru promovarea cabinetului pe [www.san-sex.ro](http://www.san-sex.ro)”

După primirea formularului și a dovezii achitării taxei, un reprezentant al A.M.S.R. vă va contacta pentru verificarea datelor și, în maximum 7 zile, coordonatele cabinetului vor fi accesibile pe Internet.

Vă încurajăm să folosiți acest instrument de promovare profesională pentru atragerea mai multor pacienți în cabinetul dumneavoastră!

**Dr. Nicolae Calomfirescu**  
Președinte al A.M.S.R.

on-line



# informație

## ALGORITM

### Membru A.M.S.R.



#### CINE ?

Medic sau psiholog interesat de problematica sexualității normale și bolnave.

#### CUM ?

Prin completarea unui formular de adeziune.

Prin plata cotizației anuale (cea aferentă anului 2007 este de 100 RON).

#### DE CE ?

- Publicarea gratuită pe site-ul [www.amsr.ro](http://www.amsr.ro) a numelui și a datelor de contact.
- Primirea gratuită a buletinului informativ al A.M.S.R. – “Medicina Sexualității”.
- Reducerea semnificativă a taxelor de participare la reuniunile viitoare (cu condiția plății cotizației anuale).
- Posibilitatea de a deveni membru al grupului de experți ce răspund periodic la întrebările pacienților pe site-ul [www.san-sex.ro](http://www.san-sex.ro)

### Posibilitatea de a deveni membru E.S.S.M.

#### CINE ?

Un membru A.M.S.R. cu cotizația plătită la zi, interesat de medicina sexualității și cu activitate în domeniu.

#### CUM ?

Cu recomandarea A.M.S.R. (societate națională afiliată la E.S.S.M.).

Prin plata anuală a unei cotizații de 80 EURO / 2007 prin intermediul Societății Naționale.

#### DE CE ?

- Primirea documentației și informațiilor E.S.S.M.
- Reducerea taxelor de participare la reuniunile E.S.S.M. și I.S.S.M.
- Primirea publicației “The journal of Sexual Medicine”.

**Notă.** Calitatea de membru A.M.S.R. / membru E.S.S.M. **nu este permanentă**, neplata cotizației anuale generează radierea din drepturi, iar analiza de evaluare este făcută de Colegiul Director al A.M.S.R. și este automată după 2 ani consecutivi.

Colegiul Director A.M.S.R.





# A VIII-a CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE MEDICINA SEXUALITĂȚII A A.M.S.R.

10-12 aprilie 2008, Brașov

## Psihosexualitatea și disfuncțiile sexuale

Președintele Conferinței:  
Psiholog Dr. Augustin Cambosie

Informații, înscrieri și taxe de participare – [www.amsr.ro](http://www.amsr.ro), începând cu 1 mai 2007.

### Tematică:

- Disfuncțiile sexuale – abordare individuală și de cuplu
- Psihologie, psihanaliză și psihoterapie în disfuncțiile sexuale
- Patologia urologică, ginecologică și endocrinologică asociată disfuncțiilor sexuale
- Abordări terapeutice în medicina sexualității
- Infertilitate, contracepție
- Varia



## MEDICINA SEXUALITĂȚII – AGENDA 2007

**IFFS 19<sup>th</sup> World Congress on Fertility & Sterility**  
29 aprilie-3 mai 2007, Durban, Africa de sud, International Convention Centre  
[info@iffs2007.org.za](mailto:info@iffs2007.org.za); [www.iffs2007.org.za](http://www.iffs2007.org.za)

**4<sup>th</sup> Asia Pacific Society for The Study of Aging Male (APSSAM) în asociere cu 28<sup>th</sup> Continuing Urological Education of the Indonesia Urological Association (CUE IAUI) și 2<sup>nd</sup> Continuing Education Sexual Medicine Education of The Indonesian Association of Sexology (CSME IAS)**  
2-5 mai 2007, Nusa Dua, Bali, Grand Hyatt  
[apssam2007@cbn.net.id](mailto:apssam2007@cbn.net.id); <http://apssam2007.urologi.or.id/>

**102<sup>nd</sup> Annual Meeting of the American Urological Association (AUA)**  
19-24 mai 2007, Anaheim, California  
[www.aula2007.org](http://www.aula2007.org)

**1<sup>st</sup> European Congress on the Aging Male**  
14-16 iunie 2007, Varșovia, Polonia  
[aging@kenes.com](mailto:aging@kenes.com); [www.kenes.com/aging/esam](http://www.kenes.com/aging/esam)

**International Academy of Sex Research Annual Meeting**  
8-12 august 2007, Vancouver, Canada  
[osulliv@unb.ca](mailto:osulliv@unb.ca); [www.iasr.org](http://www.iasr.org)

**International Meeting of Urology – FFFCMPA**  
23-25 august 2007, Sheraton Hotel, Porto Alegre, Brasil  
[secretaria@ccmeventos.com.br](mailto:secretaria@ccmeventos.com.br);  
[www.ccmeventos.com.br](http://www.ccmeventos.com.br)

**29<sup>th</sup> Congress of the Societe Internationale d'Urologie**  
2-6 septembrie 2007, Paris, Franța  
[central.office@siu-urology.org](mailto:central.office@siu-urology.org);  
[www.siu-urology.org](http://www.siu-urology.org)

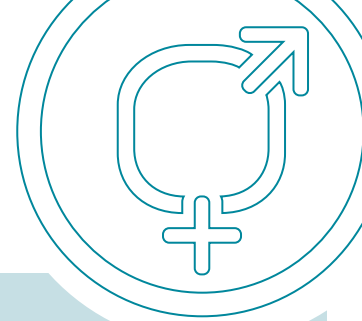
**5<sup>th</sup> Comprehensive Review of Sexual Medicine**  
14-15 septembrie 2007, Vancouver, Canada  
[congress@venuewest.com](mailto:congress@venuewest.com); [www.crsim.venuewest.com](http://www.crsim.venuewest.com)

**International Society for the study of women sexual health (ISSWSH) 2007**  
Fall Course  
20-22 octombrie 2007, Dallas, Texas, Hyatt Regency DFW  
[info@isswsh.org](mailto:info@isswsh.org); [www.isswsh.org/meetings](http://www.isswsh.org/meetings)

**10<sup>th</sup> Mediterranean Congress of Urology**  
17-20 noiembrie 2007, Tripoli, Libia  
[www.symcon.com.tr/pdf/mua.pdf](http://www.symcon.com.tr/pdf/mua.pdf)

**10<sup>th</sup> Congress of the ESSM**  
25-28 noiembrie 2007, Lisabona, Portugalia  
[www.essm2007.org](http://www.essm2007.org)

**24<sup>eme</sup> Congres de la Societe d'Andrologie de Langue Francaise**  
6-8 decembrie 2007, Colmar, Franța  
[contact@salf.fr](mailto:contact@salf.fr); [www.salf.fr/index.php5](http://www.salf.fr/index.php5)



agenda



## Disfuncțiile sexuale feminine

Ca și bărbații, femeile pot resimți dificultăți în a dori și a participa la actul sexual cu partenerii lor. Cercetări recente sugerează că aproximativ 40% dintre femei ar putea fi afectate de o disfuncție sexuală.

Există posibilitatea ca femeile din această categorie să nu se fi simțit niciodată excitate sexual sau să fi avut orgasm. Ceea ce a fost odată o experiență plăcută împărtășită de un cuplu, poate fi acum un act dureros care poate duce la insatisfacții, nefericire și, în consecință, poate avea un impact grav asupra calității vieții cuplului. Multe femei consideră foarte dificilă purtarea unei discuții despre dificultățile sexuale cu partenerul lor, iar multe altele nu reușesc să caute un tratament din cauza rușinii, a stânjenelii sau a temerii că profesioniștii din domeniul sănătății le-ar putea înțelege greșit.

Sexul devine o problemă numai dacă unul dintre parteneri se simte nefericit din cauza acestuia. Cuplurile trec adesea prin perioade de „urcușuri și coborâșuri” și frecvența relațiilor sexuale poate varia foarte

mult. Pentru un cuplu poate să nu fie important faptul că nu întreține în mod regulat o relație sexuală cu penetrare, pe când pentru altele acest fapt poate induce afectarea profundă a unuia sau a ambilor parteneri.

Ca și la bărbați, există mulți factori care pot contribui la problemele sexuale ale femeii, unele dintre ele putând fi de origine psihologică, dar altele fiind datorate cauzelor fizice. Cercetări recente indică faptul că există mai multe cauze fizice (sau biologice) pentru „disfuncțiile sexuale decât au fost recunoscute înainte”. Anumite afecțiuni medicale ca de exemplu diabetul, bolile cardiovasculare, scleroza multiplă și anumite medicamente care sunt prescrise pot avea legătură cu disfuncția.

### Inhibarea dorinței

Modificările libidoului reprezintă una dintre cele mai răspândite probleme cu care se confruntă cuplurile și poate cauza multă nefericire și frustrare dacă nu este adusă în discuție. Oboseala, depresia, boala,



stresul și anxietatea, lipsa unei relații armonioase în cuplu, abuzul de medicamente sau alcool pot afecta nivelurile de energie și libidoul.

Schimbările în contracepție, anumite momente în ciclul lunar al femeilor, medicația, nașterea sau apropierea de menopauză pot fi de asemenea legate de lipsa libidoului la femei. Se crede că libidoul scăzut afectează 80% dintre femeile care caută ajutor. Femeile care suferă de această stare pot să nu manifeste un interes spontan privind sexul, dar pot reacționa la abordările partenerilor, pot atinge un grad de excitație și chiar resimți orgasmul. Altele, totuși, pot fi total împotriva avansurilor sexuale ale partenerului. Femeile care au un libido scăzut pot dori în continuare intimitatea partenerilor, dar pot refuza penetrarea. Asemenea semnale confuze pot duce la frustrare în relație și pot cauza resentimente.

Terapia sexuală poate reprezenta un tratament eficient, reaprinzând scânteia sexuală și încurajând cuplul să discute problemele și să învețe noi tehnici de a face dragoste. Pierderea libidoului poate fi asociată cu un apetit sexual scăzut. Cauzele psihologice, de exemplu modificări hormonale, tulburări tiroidiene sau modificări în chimia creierului, toate pot juca un rol în tulburările de libido feminine. Evaluările medicale și testele pot determina dacă femeia suferă de o problemă de libido sau de lipsă a dorinței. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a descoperi cauzele.

### Anorgasmia

Unul dintre cele mai frecvent utilizate miteri sexuale este acela că toate femeile resimt orgasmul prin penetrare și prin mișcarea penisului. De fapt, cercetările au arătat că numai 25% din-

tre femei ating orgasmul în acest mod, lăsând un imens procent de 75% care au nevoie de stimularea suplimentară a clitorisului. Se estimează că 12% dintre femei sunt anorgasmice (nu ating niciodată paroxismul orgasmic).

Multe femei se bucură de sex și se simt apropiate de partenerii lor în timp ce fac dragoste fără să ajungă la orgasm. Absența orgasmului reprezintă, deci, numai o dificultate, dacă femeia sau partenerul ei simt că există o problemă. Este recunoscut acum faptul că factori fiziologici pot împiedica excitarea, de exemplu, dezechilibrele hormonale sau irigarea sanguină scăzută a clitorisului sau a vaginului. Reacția orgasmică, totuși, depinde de multe lucruri: excitația sexuală, sentimentul de încredere în sine, ideile fixe despre bărbați, femei și despre sex.

Neliniștea și îngrijorarea pot deveni, de fapt, chiar factorii care împiedică orgasmul. Pentru femeile care sunt incapabile să aibă un orgasm dar ar dori acest lucru, există diverse metode de auto-ajutor. Terapeuții sexuali și ai cuplului lucrează, de asemenea, cu femei în mod individual, încurajându-le să învețe despre propriile corpuri și cum să își producă singure plăcere. Odată ce o femeie a învățat să trăiască plăcerea la propria atingere și să se simtă mai bine în legătură cu corpul ei, ea poate împărtăși cele învățate partenerului.

## Dispareunia

Durerea în timpul actului sexual poate fi profundă sau superficială. Durerea profundă este adesea asociată cu lipsa lubrifierii, cu bolile inflamatorii pelviene, cu endometrioză sau cu alte cauze. Lipsa excitației poate cauza durere și disconfort din cauză că uterul nu reușește să se ridice, iar pereții vaginali să se hipertrofieze și să se deschidă pentru a se acomoda cu penetrarea penisului.

Durerea superficială este adesea asociată cu vulvo-vaginită micotică, herpesul genital, vestibulita vulvară sau spasme musculare, ca și în cazul vaginismului. Sensibilitatea la prezervative și alte creme sau dispozitive contraceptive pot fi de asemenea asociate cu aceste stări. Nivelul de durere poate varia de la disconfort ușor la sever, împiedicând actul sexual cu penetrare. Durerea poate fi resimțită și ca o senzație de arsură, ca o du-

rere ascuțită, surdă sau intensă în timpul sau imediat după actul sexual.

Durerea sau sângerarea în timpul sau după actul sexual ar trebui întotdeauna discutată cu un medic și tratamentul va varia de la schimbarea poziției în timpul actului sexual, la utilizarea de lubrifianți, terapie medicamentoasă sau investigații suplimentare în funcție de cauza problemei. Din nefericire, atunci când sexul este sinonim cu durerea, se instalează adesea un cerc vicios și femeia refuză sexul în totalitate.

Odată ce durerea a fost tratată, asocierea mentală dintre sex și durere va trebui de asemenea rezolvată.



## Vaginismul

Vaginismul este un spasm involuntar al mușchilor diafragmei pelviene, în special al celor care înconjoară intrarea în vagin. Atunci când mușchii intră în spasm, vaginul devine dificil sau imposibil de penetrat. Această stare este o cauză importantă pentru neconsumarea căsătoriilor.

Unele femei cu vaginism sunt receptive din punct de vedere sexual și sunt capabile de excitație și de orgasm, situație având o rată favorabilă de succes a tratamentului, fiind de obicei tratată de către medic sau terapeut psiho-sexual. Mulți factori diferiți pot cauza vaginismul: act sexual dureros, infecții vaginale repetate, anxietatea și dificultatea de excitație sau lubrifiere sunt doar câteva dintre acestea. Experiențe traumatizante din trecut, ca de exemplu abuzul sexual, violul, nașteri complicate, intervenții chirurgicale sau atitudini negative față de sex pot toate contribui la instalarea vaginismului.



**VIAGRA<sup>®</sup>**  
*(sildenafil citrat)*

