



**ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA**

În colaborare cu
FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHOTERAPIE



afiliată la



din 2005

IXth NATIONAL CONFERENCE OF SEXUAL MEDICINE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

SEXUAL HEALTH – RISK FACTORS

**Program
Book of Abstracts**

www.amsr.ro

5-7th of April 2009

Casa de Cultură a Tineretului, Brăila

A.M.S.R. is inviting you in 2010

Xth NATIONAL CONFERENCE OF SEXUAL MEDICINE

INTERRELATION DISEASE – SEXUALITY – QUALITY OF LIFE

Sibiu, 18-20th of April 2010



13th CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE (ESSM)



14-17th of November 2010
Palace of Parliament, Bucharest, Romania

Please find additional registration information in your Conference bag.



**ASOCIAȚIA PENTRU MEDICINA
SEXUALITĂȚII DIN ROMÂNIA**

În colaborare cu
FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHOTERAPIE



SEXUAL HEALTH – RISK FACTORS

FINAL PROGRAM

BOOK OF ABSTRACTS

**IXth NATIONAL CONFERENCE OF SEXUAL MEDICINE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

**5-7th of April 2009,
Casa de Cultură a Tineretului, Brăila**

OPENING REMARKS



Dear colleagues and friends,

This year our National Conference, the 9th, is taking place in Brăila.

Do not be surprised by Brăila, because it is a special place (historical, cultural, interethnic), with a unique perfume, determined maybe by The Danube and „The Danube Waves”, Maria Filloti, Royal Road, Mrs Elvira, literary marks, Terente, backwoods, overshadowed yards, the cobble pavement.

In this context we are going to discuss about the risk factors of sexual health (unfortunately only about some of them).

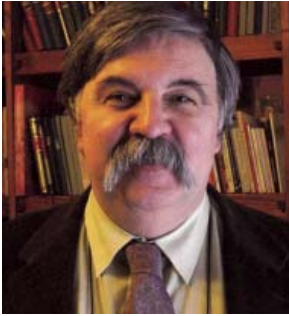
On the occasion of this meeting you will remark some new things regarding the organization, I just mention the Local Organizing Committee, the presentation of our program in English, the Invited Conference of a partner society, affiliated of ESSM.

I am convinced that Brăila 2009 will represent a progress from all points of view and I invite you to look at 2010, the 10th A.M.S.R. which will take place in Sibiu-April 18,19,20 and The ESSM Congress to be held in Bucharest, November 2010.

Thank you to all participants and to all that people that helped Brăila A.M.S.R. to become unforgettable.

Prof. Asoc. Dr.
Nicolae Calomfirescu
President of A.M.S.R.

OPENING REMARKS

**MATURITY EXAM BEFORE EUROPEANS**

To discuss about risk factors of sexual health is an attempt as original as daring. Sexual health is a sensitive domain that reacts to a larger number of factors than probably any other domain of the health puzzle, seen as a complex well being condition. The discussion about these factors requests not just maturity, but also refinement from the members of a medical scientific society, for which became emblematic a certain type of openness and action.

The growing number of participants of each year, the large number of specialities, but also the collaboration with Romanian Society of Psychotherapy place A.M.S.R. meetings between the first class medical events. Of course, this fact is determined by the themes proposed for debate, good choice being the guarantee of attractiveness.

Risk factors that threaten normal sexuality come from biological structure of our body and also from the social and cultural environment, affecting the psychosexual equilibrium. The way sometimes unexpected, in which the risk factors change our behavior, deserves the trial of understanding this mechanism, simply as an approach of self-knowledge and self-discovery. If we understand ourselves better, we shall understand better what happens with us in a continuous and changing world, in which the future clears away till the critical point, in which it gives us fear.

If we understand better our gliding towards this new world, our anxiety will be reduced and our equilibrium will also be more constant.

Certainly, even if we shall not manage to overview all the factors that influence the sexual health, we shall be able to improve at least in part our patients' life and we can signal that critical domains that affect the maintaining of our health.

If this Conference will preserve the A.M.S.R. distinctive marks, between which free debate and case study, then our meeting will be a successful one, for sure. And, as doctors, could we wish more than success?

Prof. Dr.
Florin Tudose
President of the IXth National
Conference of A.M.S.R.



COMMITTEES

SCIENTIFIC COMMITTEE

President	TUDOSE FLORIN
Secretary	BELINSKI CĂTĂLIN
Members	BUCURAȘ VIOREL FICA SIMONA POIANĂ CĂTĂLINA CAMBOSIE AUGUSTIN CALOMFIRESCU NICOLAE VASILE DIANA NEGREȘ SIMONA

LOCAL ORGANIZING COMMITTEE

President	LEPĂDATU VICTOR
Members	TITE DORINA MIHĂILESCU ȘTEFAN LUPAȘCU VALENTINA DOBRESCU TIBERIU BRÂNZĂ ILEANA TOVARNAC FLORIN

A.M.S.R. ORGANIZING COMMITTEE

CALOMFIRESCU NICOLAE

COCA VASILE
BUCURAȘ DANA
BELINSKI CĂTĂLIN
VEȘA ELENA
LĂȚEA CAMELIA
MACOVEI CRISTINA
DRAGOMIR MONICA



GENERAL INFORMATION

Conference venue

The IXth National Conference of Sexual Medicine takes place at “Casa de Cultură a Tineretului”, Brăila, during the 5th, 6th, and 7th of April 2009.

Conference language

The official language of the Conference is Romanian.

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

Conference registration

All Conference materials and documentation will be available from the conference Registration desk located in foyer of “Casa de Cultură a Tineretului”. Opening hours:

- Sunday, 5th of April, 11.00-18.00 hours,
- Monday, 6th of April, 08.00-17.00 hours, and
- Tuesday, 7th of April, 08.00-16.00 hours.

Medical Exhibition

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

- Sunday, 5th of April, 12.00-19.00 hours,
- Monday, 6th of April, 08.00-17.00 hours, and
- Tuesday, 7th of April, 08.00-12.00 hours.

Continuing Medical Education (CME) and Awards

The IXth National Conference of Sexual Medicine is credited with **18 CME credits**. The accreditation diploma will be given Tuesday, 7th of April, at the Registration desk.

The A.M.S.R. 2009 Prize will be given to the best paper presented during the Conference. The prize is offered together with Pfizer Romania, and will consist of free registration and accommodation for the Xth National A.M.S.R. Conference (Sibiu 2010) and free registration for ESSM Congress 2010 (Bucharest) for the presenter of the paper.

The winner will be announced at the Award Ceremony during the Conference's Summary, Tuesday 7th of April, 17.30 hour.

Technical details for speakers

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

Registration fee

Registration fees for the IXth National Conference of Sexual Medicine are:

- A.M.S.R. Members: 250 RON
- A.M.S.R. non-members: 400 RON
- Accompanying Person: 150 RON
- Residents: 150 RON
- Senior Doctors: 120 RON
- Medicine / Psychology Students: 70 RON



Registration fee can be paid at the Registration desk.

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

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

A.M.S.R. membership subscription

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

Please contact the Conference Secretary for further information and details.

Logistics and hotel accommodation

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

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

Format description

■ **Meeting the Experts**

Each lecture of 40 minutes will be given by a distinguished and renowned expert and will be dedicated to a specific topic of major interest.

■ **Round Table**

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

■ **Interactive Session**

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

■ **Podium Session**

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

■ **International participation**

ESSM Conference

ESSM Affiliated Societies Conference

Invited Conference

■ **Symposia organized by the Industry**

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



ACKNOWLEDGEMENTS

The organisers of the IXth National Conference of Sexual Medicine gratefully acknowledge the support of the following companies:



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

SODIMED



Media partner:



Partners:



BMP.advertising

PROGRAM SCHEDULE

	SUNDAY, 5 OF APRIL	MONDAY, 6 OF APRIL	TUESDAY, 7 OF APRIL
08.00-09.00		SUMMARY	SUMMARY
09.00-10.00		PODIUM SESSION	PODIUM SESSION
10.00-11.00		OPENING CEREMONY	STATE OF THE ART LECTURE
11.00-12.00		ESSM CONFERENCE	COFFEE BREAK
12.00-13.00		COFFEE BREAK	WORLD HEALTH DAY
13.00-14.00		ESSM AFILIATED SOCIETIES CONFERENCE	INTERACTIVE SESSION
14.00-15.00		INTERACTIVE SESSION	STATE OF THE ART LECTURE
15.00-16.00		STATE OF THE ART LECTURE	LUNCH BREAK
16.00-17.00		LUNCH BREAK	LUNCH BREAK
17.00-18.00		ROUND TABLE	ROUND TABLE
18.00-19.00		INVITED CONFERENCE	INTERACTIVE SESSION
19.00-20.00		COFFEE BREAK	AMSR ASSEMBLY
		PRESIDENT'S CONFERENCE	AWARD CEREMONY
		LILLY SYMPOSIUM	
	20.00 WELCOME COCKTAIL	20.30 DINNER	



PROGRAM – SUNDAY, 5 APRIL 2009

13.00–16.20 MEETING THE EXPERTS

Chair: Viorel BUCURAȘ, Cătălin BELINSKI

13.00–13.40 Speaker: Cătălina POIANĂ

“Foundation of the sexual desire for him and for her”

13.40–14.20 Speaker: Diana VASILE

“Trauma and the psychosexual development”

14.20–15.00 Speaker: Simona NEGREȘ

“Medicines – between use and abuse”

15.00–15.40 Speaker: Mircea MANUC

“Acute and chronic alcohol intake - general impact on the body and changes of the sexual behaviour”

15.40–16.20 Speaker: Dana BUCURAȘ

“Feminine sexuality - changes during different periods of life”

16.20–16.30 COFFEE BREAK

16.30–18.30 INVITED CONFERENCES

Chair: Cătălina POIANĂ, Nicolae CALOMFIRESCU

16.30–17.30 Guest speaker: Călin CIOFU (France)

“Women urinary continence disorders and sexual dysfunction”

17.30–18.30 Guest speaker: Sébastien BELEY (France)

“The role of psychologist in an ED consultation”

18.30–19.30 PFIZER SYMPOSIUM

“Sildenafil citrate – a risk factor?”

Participants: Simona NEGREȘ, Daniela ONOFREI, Augustin CAMBOSIE, Nicolae CALOMFIRESCU

20.00 WELCOME COCKTAIL

PROGRAM – MONDAY, 6 APRIL 2009

8.00–8.15 Previous day summary – Vasile COCA

8.15–9.30 PODIUM SESSION

Chair: Dana BUCURAȘ, Vasile COCA

1. Psychotropic treatment – risk factor for feminine sexual dysfunction – Mădălina Constantin, Luminița Săndulescu, Carmen Tache
2. Are there efficient therapies in postmenopausal feminine dysfunction? – Alice Albu, Mădălina Constantin, Simona Fica
3. Evaluation of PDE-5 inhibitors prescription in organic ED associated with metabolic pathology: 10 years of clinical experience – Vasile Coca
4. Metabolic syndrome enhances the prevalence of hyperprolactinemia in ED with hypogonadism – Vasile Coca, M.C. Coca
5. Anthropometric aspect of the middle aged male may suggest a predictive phenotype for ED – Vasile Coca, I. Coman, M.C. Coca, E. Deak, I. Micluția, M. Gribovschi, G. Inceu
6. Correlation between the plasmatic level of testosterone and the degree of ED – C.N. Manea, N. Crișan, Z. Mihaly, D. Porav-Hodade, I. Coman
7. Management of ED after radical prostatectomy for prostatic cancer – C.N. Manea, N. Crișan, B.O. Feciche, Z. Mihaly, D.V. Stanca, P. Prunduș, C. Neiculescu, V. Ona, E. Youssef, R. Maxim, S. Bonat, C.R. Giurgiu, C. Lăpușan, C. Hurubeanu, I. Coman

9.30–10.00 Opening Ceremony of the IXth National Conference of A.M.S.R.

Florin TUDOSE, Victor LEPĂDATU, Nicolae CALOMFIRESCU

10.00–11.00 E.S.S.M IVth CONFERENCE

Chair: Nicolae CALOMFIRESCU

ESSM Speaker: Mustafa FARUK USTA (Turkey)

“Peyronie disease – present clinical and therapeutic approach”

11.00–11.20 COFFEE BREAK

11.20–12.00 FIRST CONFERENCE OF ESSM AFFILIATED SOCIETIES

Chair: Viorel BUCURAȘ

Guest speaker: Juza CHEN (Israel) – Israeli Society for Sexual Medicine

“Pelvic surgery as a risk factor for ED and penile rehabilitation after it”

12.00–13.00 INTERACTIVE SESSION

Participants: Viorel BUCURAȘ, Nicolae CALOMFIRESCU

“LUTS / BPH / ED / combining therapy”

13.00–13.30 State of the Art Lecture

Chair: Simona FICA

Speaker: Nicolae CALOMFIRESCU

“Hypogonadism, prostate, treatment, urologist”

13.30–14.00 LUNCH BREAK

14.00–16.00 ROUND TABLE

Chair: Augustin CAMBOSIE

Participants: Genoveva TELEKI, A. DONȚU, Cătălina DRĂGULĂNESCU, Virgil RICU

“Psychological characteristics of risk factors for sexuality”

16.00–17.00 INVITED CONFERENCE

Chair: Nicolae CALOMFIRESCU

Guest speaker: Mihaela GORODCOV – I.D.G. Romania

“The relation between computer, health and disease”

17.00–17.20 COFFEE BREAK

17.20–18.30 The President’s Conference

Chair: Augustin CAMBOSIE

Speaker: Florin TUDOSE

“Culture and cultureless in sexuality”

18.30–19.30 LILLY SYMPOSIUM

“Tadalafil – patient’s preference matters”

Participants: Simona FICA, Nicolae CALOMFIRESCU, Victor MADAN

20.30 DINNER



PROGRAM – TUESDAY, 7 APRIL 2009

8.00–8.15 Previous day summary – Cătălin BELINSKI

8.15–10.00 PODIUM SESSION

Chair: Simona FICA, Cătălina POIANĂ

1. The public virtual library for sexual health - N. Calomfirescu, C. Belinski, Cristina Calomfirescu, Dana Bucuraș, A. Manu Marin, Victoria Aramă, Cătălina Drăgulănescu, D. Gaiță – San-sex Expert Grup
2. The PIDEO case – Carmen Ragea
3. NEBIDO – a new youth – C. Groza
4. Errors of youth or “He struck at Tib but down fell Tom” - B.S. Streza
5. Psychomoral implication of rape – Cecilia Curis
6. Psychological aspects of the affected couple relationship – Cecilia Curis

10.00–10.30 State of the Art Lecture

Chair: Cătălin BELINSKI

Speaker: Angela PANTEA

“What we don’t know about illegal drugs”

10.30–11.00 COFFEE BREAK

11.00–11.30 WORLD HEALTH DAY’S CONFERENCE

Chair: Nicolae CALOMFIRESCU

Speaker: Simona FICA

“Obesity - esthetic problem or disease?”

11.30–12.30 INTERACTIVE SESSION

Participants: Nicolae CALOMFIRESCU, Antonia ISACU, Andrei MANU-MARIN

“Symptoms, patient, quality of life in OAB”

12.30–13.00 State of the Art Lecture

Chair: Cătălina POIANĂ

Speaker: Mădălina VASILE

“Radiation – risk factor for health”

13.00–13.30 State of the Art Lecture

Chair: Cătălin BELINSKI

Speaker: Victoria TUDOSA

“Lactobacillus and vaginosis”

13.30–14.00 LUNCH BREAK

14.00–16.00 ROUND TABLE

Participants: Diana VASILE, Carmen RAGEA, Lavinia SÂRBU, Irina ȚEPURU

“How do we recognize a healthy family? Some psychological points”

16.00–17.00 INTERACTIVE SESSION – CLINICAL CASES

Participants: Diana VASILE, Simona FICA, Cătălina POIANĂ, Florin TUDOSE, Nicolae CALOMFIRESCU

17.00–17.30 A.M.S.R. Assembly

17.30–18.00 Conference’s Summary / Award Ceremony / Take home messages



10
ani

pfizer

de sexualitate împlinită

VIAGRA®



Pfizer România S.R.L.

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

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

OUR HOST CITY

The story of the water-born town

In the distance we are hearing the waves. You run out of breath discovering that your steps absorb the wave's music sound, as the strings of violin or the keys of piano absorb the notes of the stave. Have you ever imagined that you could dance on waves? You are the only creator of the music you are listening and, undoubtedly, you have the power to free your imagination. One step and another one drives you in the town's heart.

Driango, as it appears in an old geographical description, Brăila of our days rises on the Danube left side. The story says that the town is more than 5000 years old. In the 4th and 3rd century BC, on the high terrace of Danube, there was attested a strong Getic settlement, maintaining relations with Greeks. Romanian people were mentioned beginning with the 9th-10th centuries. The stories of those times tell about the kindness and honesty characterizing the people of that place,



because there lived together different nations: Romanians, Greeks, Turkish, Bulgarians, Russians and Jews. Laonic Chalcocondil, the Byzantine chronicle, characterized Brăila as "the Dacian town where they make commerce more intensively than in any other town of the country" and a sailing ship, Brăila's blazon, became the symbol of commerce. The town



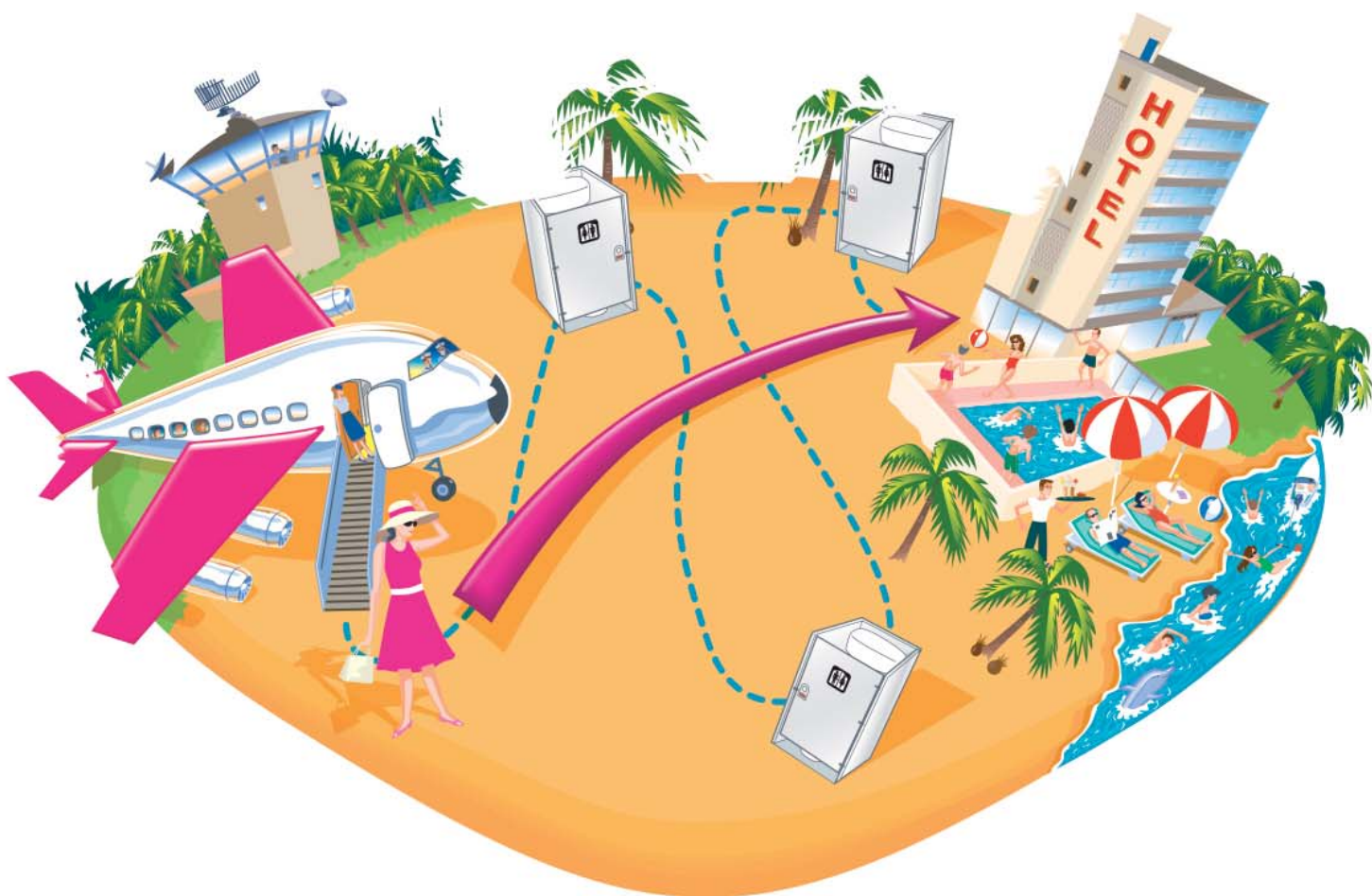
was documentary attested 640 years ago, when Romanian prince, Vlaicu the 1st, offered to the Braşov merchants the favor of selling their goods in Brăila. Being intermittently under Turkish occupation, the settlement was besieged by Walerand of Warvin (1445), Ştefan cel Mare, Ioan Vodă cel Cumplit (1547). After Adrianopol peace, after almost three centuries, Brăila comes back to Romanian Country.

Beginning with the 19th century, the town experiences a blooming period - pavement and lamps on the streets, drug stores, weather station, military hospital, foundation of some typographies, opening of a girl school and building of the railways and of many factories.

Now our steps go on new roads, caressed by "The Danube Waves", much more modern, through neighborhoods like Brăiliţa, Nedelcu Chercea or Vidin, because as Barba Iani, from that Brăila of Panait Istrati's "Chira Chiralina" said: "Isn't it true Stavache, that the earth is beautiful forever?" But because the old clock from the centre didn't get tired and shows us that we have to hurry up, I finish here and let you discover the reality - more rich than I can present it in this rows.

And because in Brăila from the tales, the savor of the words of love found its hidden beauty timidly, just suggested, now it's time to discuss here about : "*Sexual health-risk factors*".

Calea de succes durabil în..



terapia OAB

 **Vesicare**[®]
solifenacin
Rezultate rapide de succes

GUESTS SPEAKERS

**Călin CIOFU, MD (France)**

Born in 1955, Călin Ciofu followed the courses of Faculty of Medicine and Pharmacy from Bucharest between 1974 and 1980. In 1983 he was named Assistant Doctor in Urology and he made his specialty preparation in surgery services of Emergency Hospital and in urology services of Panduri and Fundeni Hospitals from Bucharest. Since 1986 he is specialist in urology and from 1992 M.D. in Urology, then worked in Ploiești Hospital.

Since 1991 he works in France, in Urology Department of TENON Hospital, Paris. In France he followed refresher courses in Endourology, Ecography, Lithotreaty, Andrology, Urodynamics, Medical statistics. Now he is P.H. Urologist in the same hospital, Tenon.

During this period of time, he made many communications at congresses and published many studies in English, French, Romanian, Spanish, Portuguese and Dutch. He wrote many chapters in books and treaties, some of them being world references in domain. Most of these scientific contributions are in Urogyneology, Neurourology and Andrology.

He is redactor of *Neurourology and Urodynamics* and *European Urology* magazines and member of many scientific societies (Association Française d'Urologie, International Continence Society, American Urological Association, Société Internationale Francophone d'Urodynamique - PP, Romanian Association of Urology).

**Sébastien BELEY, MD (France)**

Sébastien BELEY, MD is a qualified Urologist in Tenon Hospital, in Paris – France. Born in 1974 he was trained as Resident in Urology from 2000 to 2005 (Interne des Hôpitaux de Paris). In 2005 he received his Diploma of General Surgeon and in 2007 his Urological Surgery Diploma. Between 2005 and 2007 he was Chief Resident.

Since 2007 he is in full charge of the andrological activity of the Urology Department of Tenon Hospital, besides his overall general urology activity.

This activity covers university and post-graduate education and training in clinical and research activity in andrology. He is Chair of the Committee for Continuous Professional Education of the Société Internationale Francophone d'Urodynamique and is a member of the editorial board of *Pelvipérinéologie*.

ESSM SPEAKER



Mustafa Faruk USTA, MD (Turkey)

Mr. Usta is currently working at the Department of Urology, Section of Andrology, Akdeniz University School of Medicine, Antalya. Education: 1975-1980 Teißelmannschule, Duisburg-Germany; 1980-1986 Sakarya Atatürk High School; 1986-1992 Istanbul University, Istanbul School of Medicine; 1992-1997 Istanbul University, Istanbul School of Medicine, Department of Urology. Membership: American Urological Association, American Society of Andrology, International Society for Sexual and Impotence Research, European Society for Sexual Medicine, Sexual Medicine Society of North America, Turkish Urological Association, Turkish Society of Andrology. Clinical clerkship Abroad: Clinical clerkship in Department of Urology, University of Heidelberg, Urology Klinikum in Mannheim. Andrology Research Fellowship in Department of Urology, Section of Andrology, Tulane University School of Medicine.

ISRAELI SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE- INVITED SPEAKER



Juza CHEN, MD (Israel)

Dr. Chen is currently Director at the Sexual Dysfunction Clinic and Senior Urologist in the Department of Urology at the Tel-Aviv Sourasky Medical Center. He is also Full Associated Professor of Urology at Tel-Aviv Sourasky Medical Center and Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University. He is an active member in the field of sexual medicine. In addition to 75 published articles, 2 books and 3 chapters on the subject, he has also been involved in many professional societies. He served on the Executive Committee of the European Society for Sexual Medicine, as President of the Israeli Society for Sexual Medicine and as chair of the ISSWSH Membership Committee. Dr Chen was elected as member of the directors at large of the ISSWSH. He is member of the educational and prize committees of the International Society for Sexual Medicine. Since 2006 Dr. Chen is member of the Editorial board of the *Journal of Sexual Medicine* – the official journal of the ISSM and ESSM. He serves as reviewer by invitation for the *Journal of Urology*, *European Urology*, *JSM*, *IJIR*, and *Journal of Infectious Disease*. Dr. Chan received his medical degree from the University of Naltchic FRSSR in the USSR, and did his residency in General and Vascular Surgery as well as his residency in Urology at the Ichilov Hospital, Tel-Aviv Sourasky Medical Center. He completed his fellowship in Urology at the Medical College of Virginia in Richmond, Virginia and fellowship in Sexual Medicine at the McGuire Veterans Affairs Medical Center in Richmond, Virginia. He was also a visiting attending at the Institute of Urology and Nephrology at the University College of London, Lister & Midlesex Hospitals in London, England and at the Elisabethinen Hospital, Linz, Austria.

Surprinde-o plăcut!
De fiecare dată!



Rapid⁽¹⁾
De prima dată⁽²⁾
De fiecare dată⁽³⁾



1. Montorsi et al. J Sex Med 2004; 1:68-78
2. L Valiquette, IJIR, vol. 14 supplement 3: 588, ISSIR, Montreal, 2002
3. C Stief, 2nd Int Conf on Erectile and Sexual Dysfunctions, June 2003

 **LEVITRA**[®]
(VARDENAFIL HCl)

LEVITRA® - rezumatul caracteristicilor produsului



Denumire comercială: Levitra 5 mg, 10 mg, 20 mg comprimate filmate. Compoziție calitativă și cantitativă: vardenafil 5 mg, 10 mg, 20 mg (sub formă de clorhidrat trihidrat). Indicații terapeutice: tratamentul disfuncției erectile la bărbații adulți. Pentru ca Levitra să fie eficace, este necesară stimularea sexuală. Nu este indicată utilizarea la femei. Doze și mod de administrare: bărbați adulți: 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. Vârșnici: clearance-ul vardenafilului este redus la pacienții vârșnici, trebuie administrată o doză inițială de 5 mg, doza poate fi crescută apoi la 10 mg și 20 mg. Levitra nu este indicată sub vârsta de 18 ani. În insuficiența hepatică ușoară și moderată (scor Child-Pugh A-B) trebuie administrată o doză inițială de 5 mg, doza poate fi apoi crescută. Doza maximă recomandată în insuficiența hepatică moderată (scor Child-Pugh B) este 10 mg. Nu este necesară ajustarea dozei în afectare renală ușoară până la moderată. În afectare

renală severă (clearance-ul creatininei <30 ml/min), trebuie administrată o doză inițială de 5 mg, doza poate fi apoi crescută la 10 mg și 20 mg. În asociere cu eritromicină, un inhibitor CYP 3A4, doza de vardenafil nu trebuie să depășească 5 mg. Administrare orală. Contraindicații: hipersensibilitate la substanță 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 bărbați la care activitatea sexuală nu este recomandată (de exemplu pacienți cu afecțiuni cardiovasculare severe cum sunt angina instabilă sau insuficiență cardiacă severă (New York Heart Association III sau IV). Utilizarea Levitra este contraindicată în: insuficiență hepatică severă (Child-Pugh C), afecțiuni renale în stadiu 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 retina pigmentară. Administrarea concomitentă cu inhibitorii potenței ai CYP3A4 - ketoconazol și itraconazol (forme de administrare orală este contraindicată la bărbați cu vârsta peste 75 ani). Administrarea concomitentă cu inhibitorii de protează HIV cum sunt ritonavir și indinavir este contraindicată deoarece sunt inhibitori foarte potenți ai CYP 3A4. 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 la ventriculul stâng cum ar fi stenoză aortică și stenoză subaortică hipertrofică idiopatică pot fi sensibili la acțiunea vasodilatatoarelor, inclusiv la inhibitorii de 5-fosfodiesterază. Tratamentul disfuncției erectile trebuie utilizat cu precauții la pacienții cu deformări anatomice ale penisului (cum sunt angularea, fibroza cavernoasă sau boala Peyronie) sau la pacienții cu afecțiuni ce pot predispuce la priapism (cum sunt siclemia, mielomul multiplu sau leucemia). Nu au fost studiate siguranța și eficacitatea asocierii vardenafilului cu alte tratamente pentru disfuncția erectilă și nu este recomandată folosirea acestor asocieri. Utilizarea concomitentă a alfa-blocanților și a vardenafilului poate conduce la hipotensiune simptomatică la anumiți pacienți. Tratamentul concomitent va fi inițiat doar în cazul în care pacientul este stabil în cadrul terapiei cu alfa-blocante. La acei pacienți care sunt stabili în cadrul terapiei cu alfa-blocante, administrarea de vardenafil se va începe cu doza de 5 mg. Vardenafilul poate fi administrat oricând cu tamsulosin. În cazul altor alfablocante, atunci când acestea sunt prescrise simultan cu vardenafil, administrarea alfa-blocanților și a vardenafilului poate conduce la hipotensiune simptomatică la anumiți pacienți. Tratamentul concomitent va fi inițiat doar în cazul în care pacientul este stabil în cadrul terapiei cu alfa-blocante. La acei pacienți care sunt stabili în cadrul terapiei cu alfa-blocante, administrarea de vardenafil se va începe cu doza de 5 mg. Vardenafilul poate fi administrat oricând cu tamsulosin. În cazul altor alfablocante, atunci când acestea sunt prescrise simultan cu vardenafil, administrarea alfa-blocanților trebuie să se facă la un interval de timp după vardenafil. La pacienții care deja iau o doză optimă de vardenafil, terapia cu alfa-blocante se inițiază cu dozele minime. Creșterea treptată a dozei de alfa-blocant se poate asocia cu scăderea tensiunii arteriale la pacienți care iau vardenafil. Administrarea concomitentă a vardenafilului cu inhibitorii potenței ai CYP 3A4 itraconazol și ketoconazol (forme orale) trebuie evitată (se ating concentrații plasmatiche foarte mari de vardenafil). Poate fi necesară ajustarea dozei de vardenafil în cazul în care inhibitorul CYP 3A4, eritromicina, este administrat concomitent. Administrarea concomitentă a sucului de grapefruit poate să determine creșterea concentrației plasmatiche a vardenafilului. Această asociere trebuie evitată. Administrarea de doze unice de 10 mg și 80 mg vardenafil a demonstrat prelungirea intervalului QTc cu o medie de 8 msec și, respectiv, 10 msec. Medicamentele care prelungesc intervalul QTc, inclusiv vardenafil, vor fi evitate la pacienții care prezintă factori de risc relevant cum ar fi hipokaliemie, prelungire congenitală a intervalului QT sau administrarea concomitentă de medicamente antiaritmice de clasă IA (cum ar fi chinidina, procainamida) sau de clasă III (cum ar fi amiodarona, sotalolul). Tratamentul cu inhibitorii de 5-PDE s-a asociat cu pierderea tranzitorie a vederii și episoade de neuropatie optică anterioară ischemică non-arteritică (NAION). Pacienții trebuie avertizați că, în cazul în care se instalează pierderea bruscă a vederii, trebuie să oprească administrarea Levitra și să se adreseze imediat unui medic. Studiile in vitro pe trombocite umane indică faptul că vardenafilul nu are efect antiagregant plachetar în monoterapie, dar la concentrații mari (mai mari decât cele terapeutice), vardenafilul potențează efectul antiagregant al donorului de oxid nitric, nitroprusiatul de sodiu. La om, vardenafilul administrat în monoterapie sau în asociere cu acidul acetilsalicilic nu are efect asupra timpului de sângerare. Nu există informații disponibile privind siguranța administrării vardenafilului la pacienți cu tulburări de coagulare sau ulcer peptic activ (la acești pacienți vardenafilul trebuie administrat numai după evaluarea atentă a raportului beneficiu/risc). Reacții adverse: cele mai frecvente reacții adverse raportate care apar la > 10% dintre pacienți sunt cefaleea și hiperemie facială. S-au raportat următoarele reacții adverse: tulburări ale sistemului imunitar: hipersensibilitate, tulburări psihice: anxietate, tulburări ale sistemului nervos: cefalee, amețeli, somnolență, sincopă, convulsii, amnezie globală tranzitorie, tulburări oculare inclusiv investigații înrudite: lacrimație crescută, tulburări de vedere (inclusiv percepție exagerată a luminii), cromatopsie, conjunctivită, vedere încețoșată, creșterea presiunii intraoculare, neuropatie optică anterioară ischemică non-arteritică, ierdere tranzitorie a vederii, tulburări acustice și vestibulare: surditate subită, tulburări cardiace inclusiv investigații înrudite: tachicardie, palpitații, angină pectorală, ischemie miocardică, infarct miocardic, tulburări vasculare inclusiv investigații înrudite: hiperemie facială, hipertensiune arterială, hipotensiune arterială ortostatică, hipotensiune arterială; 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, afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat: reacții de fotosensibilitate, edem facial, erupție cutanată, tulburări musculoscheletice și ale țesutului conjunctiv inclusiv investigații înrudite: creșterea valorilor creatin-fosfokinazei sanguine, mialgie, durere de spate, rigiditate musculară, tulburări ale aparatului genital și sânnului: priapism, accentuarea erecțiilor, erecții prelungite sau dureroase. Într-un număr mic de cazuri, după punerea pe piață și în studii clinice, s-a raportat scăderea sau pierderea bruscă a auzului în timpul utilizării de inhibitori PDE5, inclusiv vardenafil. 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 REVIZIURII TEXTULUI: martie, 2008. Acest medicament se eliberează doar pe bază de prescripție medicală.



GlaxoSmithKline (GSK) SRL

Opera Center 1, Str. Costache Negri nr. 1-5, sector 5, București, tel.: 021 302 8208

www.gsk.ro; farmacovigilenta.romania@gsk.com; medical.ro@gsk.com

DUMINICĂ, 5 APRILIE**ÎNTÂLNIREA CU EXPERTII****FUNDAMENTAREA DORINȚEI SEXUALE LA EA ȘI LA EL****Cătălina Poiană**

*Catedra de Endocrinologie, UMF "Carol Davila", București
Institutul Național de Endocrinologie "C.I. Parhon", București*

Beneficiile unei funcționări sexuale normale presupun îmbunătățirea imaginii, a respectului de sine, menținerea unei relații bune cu partenerul, precum și creșterea motivației pentru adresabilitatea pentru alte probleme medicale, ca și pentru adoptarea unui stil sănătos de viață. Funcția sexuală poate fi afectată de foarte mulți factori, printre care se numără: vârsta, menopauza, patologia asociată. Nu se poate vorbi despre o funcționare sexuală normală decât în condițiile unui comportament sexual adecvat.

Comportamentul sexual care este diferit de comportamentul reproductiv, definit ca orice activitate în scopul perpetuării speciei, presupune orice acțiune care conduce la recompensă sexuală. Recompensa sexuală presupune o stare afectivă pozitivă, obținută prin stimularea fizică a organelor genitale sau reprezentare mentală a unei asemenea stimulări (Anders Agmo, 2007).

Testosteronul este puternic implicat în motivația și interesul sexual, în inițierea dorinței și a comportamentului sexual la bărbat. Castrarea și alte metode de reducere a nivelului de androgeni reduc mult intensitatea comportamentului sexual masculin. Aromatizarea testosteronului și receptorii estrogenici nu au rol important în comportamentul sexual masculin la om, dar nu există date suficiente pentru o ipoteză definitivă. Este însă cert faptul că stimularea receptorilor androgenici este necesară și suficientă pentru exprimarea totală a comportamentului sexual la bărbat.

La femeie, determinismul endocrin al comportamentului sexual este ceva mai puțin elucidat. Nu există date suficiente pentru a dovedi efectul fazelor ciclului menstrual asupra comportamentului sexual feminin. După menopauză, se înregistrează însă un declin al vieții sexuale, care nu ține neapărat de nivelul estrogenilor. Deloc surprinzător, androgenii sunt importanți în comportamentul sexual al femeii.

Dorința sexuală este influențată diferit de hormonii sexuali: estrogenii au acțiune permisivă, testosteronul de inițiere, iar progesteronul de receptivitate.

La femei, excitația sexuală adecvată, care, după modelul alternativ al ciclului răspunsului sexual la femeie (Basson R, 2001) este determinantul dorinței sexuale feminine, se asociază cu prezența estrogenilor, dar și a androgenilor. Estrogenii și androgenii lucrează sinergic pentru creșterea excitației și răspunsului sexual.

La bărbați, excitația sexuală și libidoul se asociază cu prezența androgenilor, dar și a estrogenilor (activitatea aromatazei este prezentă în aria pre-optică, la nivelul testiculelor, și în piele, în special a organelor genitale). Acțiunea combinată androgeni-estrogeni la bărbat determină un răspuns mai bun pe răspunsul sexual decât o stimulare androgenică puternică, dar fără estrogeni.

La ambele sexe, excitabilitatea sexuală maximă este asociată cu acțiunea concomitentă a două clase antagoniste de hormoni sexuali: androgenii și estrogenii. Raportul relativ al acestora este critic, combinația optimă fiind puternic/slab (înalt/scăzut), corespunzător celor două sexe.

TRAUMĂ ȘI DEZVOLTARE INDIVIDUALĂ**Diana Vasile**

Logos

Când vorbim de traumă psihică, ne referim la consecințele în plan psihic ale evenimentelor și situațiilor traumatice. Trauma psihică este definită de G. Fischer și P. Riedesser ca "o experiență vitală de discrepanță între factorii situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente

de neajutorare și abandonare lipsită de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume". Este vorba de rana produsă în interiorul sistemului nostru de personalitate, de la cele mai superficiale nivele, la cele mai profunde. Rana este de fapt o pierdere, o rupere a integrității personalității. Consecințele pot fi extrem de dureroase și de perturbatoare, dar ele vor putea constitui bazele unor transformări psihologice atât negative, cât și pozitive pentru persoana care a suferit.

În această lucrare sunt prezentate atât efectele negative, cât și cele pozitive ale traumelor psihice. Aceste efecte țin de tipul de situația traumatică, nivelul dezvoltării psihice al persoanei care traversează situația traumatică, profunzimea răni, caracteristicile mediului în care trăiește persoana și modul de prelucrare psihică a răni. Toate acestea determină un mod de structurare a personalității persoanei traumatizate care se remarcă în maniera de raportare la mediu. În lucrare este prezentată relația dintre această structurare și: atitudinea față de propria sănătate, relația cu persoanele semnificative, relația cu personalul de ajutor (medical, psihologic, etc.).

MEDICAMENTELE ÎNTRE UZ ȘI ABUZ

Simona Negreș

Catedra de Farmacologie și Farmacie Clinică, Facultatea de Farmacie, UMF "Carol Davila", București

Medicamentul este considerat în prezent un factor implicat în sănătate, dar și un bun de consum. Datorită acestui rol dublu este antrenată liberalizarea accesului la medicamente, cu creșterea consecutivă a pericolului utilizării neraționale. Creșterea numărului de medicamente OTC (over the counter), comercializarea lor în alte unități în afara farmaciilor, automedicația responsabilă³ (utilizarea rațională a medicamentelor proiectate, destinate, etichetate și autorizate pentru autoasistența de sănătate) cresc considerabil pericolul de abuz.

În utilizarea medicamentelor există trei tendințe actuale: farmacoterapia rațională bazată pe o prescripție medicală, farmacomania (utilizarea de medicamente chiar și atunci când nu este necesar) și farmacofobia (refuzul medicamentelor chiar dacă situația patologică o impune). Farmacomania poate antrena adevărate patologii iatrogene, iar farmacofobia poate duce la insucces terapeutic. Chiar și în cazul utilizării raționale a medicamentelor, reacțiile adverse induse de administrarea acestora la om generează adevărate patologii iatrogene¹. Acestea sunt înregistrate la nivelul diferitelor aparate și sisteme fiind strâns corelate cu mecanismul de acțiune al medicamentului respectiv sau nu (în acest caz reacțiile adverse sunt produse prin alte mecanisme: imunoalergic, toxic, etc).

Multe grupe de medicamente utilizate în tratamentul afecțiunilor aparatului cardiovascular⁵ (antihipertensive, stimulatoare cardiace, diuretice), al tulburărilor metabolismului lipidic⁴ (hipolipemiante: statine și fibrați), anticoagulante (heparina, warfarina), psihotrope² (antidepresive, tranchilizante, neuroleptice, antiepileptice) pot induce disfuncții erectile la pacienții aflați în tratament cu acestea, reacție adversă care de multe ori duce la non complianță. Mecanismele prin care medicamentele induc disfuncții erectile se cunosc pentru unele medicamente, deoarece acestea acționează asupra transmisiilor endogene care contribuie la menținerea funcției sexuale normale (oxid de azot, prostaglandine E1, peptid intestinal vasoactiv, adrenalina); pentru altele însă sunt incomplet elucidate și înregistrarea acestei reacții adverse s-a făcut exclusiv pe baza experienței post marketing, prin activitatea de farmacovigilență.

Un risc deosebit îl reprezintă de asemenea și interacțiunile medicament - medicament (apărute în urma unor prescripții paralele), medicament etic - medicament OTC, medicament - produs pe baza extractelor din plante, medicament - supliment nutritiv.

Cunoașterea acestor aspecte permite o supraveghere terapeutică optimă și minimizează riscul iatrogeniilor induse de medicamente.

Referințe

1. Helgason AR et al. Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. J Urol 1997; 158: 155-159.
2. Modell JG, Katholi CR, Modell JD, et al. Comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. Clinical Pharmacology and Therapeutics 1997; 61, 476-487.

NEBIDO®



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Terapia cu testosteron - reducerea rezistenței la insulină și îmbunătățirea controlului glicemic¹

Nou

Nebido® (testosteron undecanoat)
O singură administrare menține nivelul optim al
testosteronului până la 14 săptămâni*
* 4 injecții pe an mențin de obicei nivelul fiziologic al testosteronului

Bibliografie

1. D Kapor1,3, E Goodwin1, K S Chaner2 and T H Jones : Testosterone replacement therapy improves insulin resistance, glycaemic control, visceral adiposity and hypercholesterolaemia in hypogonadal men with type 2 diabetes: European Journal of Endocrinology (2006) 154 899-906
2. Nebido Product Monography

Denumirea comercială: Nebido 1000 mg/4 ml soluție injectabilă. **Compoziția:** Un ml soluție injectabilă conține testosteron 157,9 mg sub formă de undecanoat de testosteron 250 mg. **Indicații:** Terapia de substituție cu testosteron pentru hipogonadismul masculin, după confirmarea deficienței de testosteron în urma examinării clinice și testelor biochimice. **Contraindicații:** Utilizarea Nebido este contraindicată în: carcinoamele androgen-dependente de prostată sau de glandă mamară a bărbatului; tumori hepatice actuale sau în antecedente; hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Reacții adverse:** Cea mai frecventă reacție adversă observată a fost durerea la locul injectării (10%). Următoarele reacții adverse au fost raportate în studiile clinice ca având o posibilă legătură cu Nebido (conform sistemului de clasificare HARTS Body System and Dictionary Term): Frecvent* (>1/100, <1/10): diaree, dureri la nivelul membrului inferior, artralgie, amețeli, hipersudorație, cefalee, tulburări respiratorii, acnee, dureri mamare, ginecomastie, prurit, tulburări cutanate, dureri testiculare, tulburări prostatice, hematoame subcutanate la locul injectării. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** Schering AG, Mullerstrasse 178, D-13342, Berlin, Germania.

Nebido se eliberează numai cu prescripție medicală. Pentru informații complete consultați Sumarul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.

Din nou în formă



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.

Injectările 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 hipogonadotrofic) 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 plasmatiche 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 hipercalciurie 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 plasmatiche 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, artralгии
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 causală 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 limfatic	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 PIAȚĂ
Schering AG
Mullerstrasse 178, D-13342, Berlin, Germania

3. Reinstein J. Marketing medicines for Self/medication. J of Pharmaceutical Marketing and Management 1996; 10(2/3):31/38.
4. Rizvi K, Hampson JP and Harvey JN. Do lipid-lowering drugs cause erectile dysfunction? A systematic review. Family Practice 2002; 19: 95–98.
5. Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E, Marazzi G et al. Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo European Heart Journal 2003 24(21):1928-1932.

CONSUMUL ACUT ȘI CRONIC DE ETANOL – IMPACTUL GENERAL ASUPRA ORGANISMULUI ȘI MODIFICĂRILE DE COMPORTAMENT SEXUAL

Mircea Manuc

Centrul Național de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni, București

Introducere - Alcoolul are un lung și controversat rol în istoria umanității, fiind practic primul drog cunoscut și utilizat pe scară largă. Totuși, alcoolul nu este un simplu “drog” - el trebuie privit atât ca un tonic, cât și ca un toxic, diferența rezidând în cantitatea ingerată. Consumul “moderat” – fără risc teoretic este considerat cel sub 21 UI alcool/săpt. (M), respectiv 14 UI/săpt. (F), sau 8 UI/o zi (M), respectiv 6 UI/o zi (F) (1 UI = 8 g alcool).

Epidemiologie - Alcoolul este responsabil de 4% din patologie la nivel mondial, generând circa 1,8 milioane de decese anual (3,2%). Trebuie menționat că reprezintă a doua cauză a deceselor evitabile. Există o relație doză dependentă cu morbiditatea și mortalitatea etanol indusă. S-a observat o corelare inversă a consumului moderat de alcool cu boala cardiacă ischemică, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, sensibilitatea la insulină, parametrii antropometrici, tulburările hemostatice, și chiar unele neoplazii. Pe de altă parte, consumul crescut de etanol se asociază cu o patologie variată. Practic, se poate spune că alcoolul poate afecta orice organ, generând afecțiuni fizice sau psihice cu impact major asupra morbidității și mortalității generale (ex. ciroze hepatice, pancreatite, afecțiuni hematologice, afecțiuni neurologice, tulburări psihice, cancere, etc.)

Alcoolul și modificările sexuale - Consumul de alcool precede frecvent activitatea sexuală, atât la M cât și la F. Efectele alcoolului asupra funcției sexuale sunt semnificative; virtual toate aspectele răspunsului sexual uman pot fi alterate în contextul consumului acut sau cronic: reducerea libidoului, scăderea performanței sexuale (erecție sau ejaculare), reducerea satisfacției sexuale. Aceste modificări sunt importante de diagnosticat câtă vreme în multe situații disfuncția sexuală este reversibilă, chiar și în contextul consumului cronic de etanol.

• **Alcoolul și comportamentul sexual:** Există o semnificativă modificare a comportamentului în general și a manifestărilor sexuale în particular, în contextul consumului acut sau cronic de alcool. Modificările de “judecată sexuală” sunt prezente atât la bărbați cât și la femei, dar într-o manieră mult mai pregnantă la sexul masculin, unde răspunsul este unul pozitiv. Prin contrast, doar o minoritate de femei răspundând sexual “pozitiv” după consumul moderat de alcool, majoritatea prezentând un răspuns mai degrabă “negativ”, deși ele cred contrariul. De asemenea, s-a observat că intoxicația cu alcool generează un “răspuns negativ” atât la femei cât și la bărbați datorită inhibiției corticale generate. Alcoolul a fost identificat ca factor causal în anomaliile comportamentale sexuale de tipul agresivității sexuale, abuzului sau violului, a desconsiderării riscului legat de apariția unei sarcini sau de transmitere a bolilor infecțioase specifice, atât la bărbați cât și la femei. Mai mult, debutul consumului la vârste tinere s-a asociat cu un debut al activității sexuale la vârste inadecvate.

• **Alcoolul și disfuncția erectilă:** Deși “folclorul” consideră alcoolul consumat în doze moderate un câștig pentru funcția erectilă deoarece are un efect vasodilatator, suprimă anxietatea, stimulează dorința sexuală și reprimă inhibițiile, studiile au relevat disfuncții erectile în procente similare (circa 16%) la persoanele care au consumat alcool, indiferent de cantitate. Este adevărat însă că la marii consumatori s-a constatat inhibiția SNC, și scăderea libidoului – fenomene ce intervin de asemenea în apariția disfuncției erectile. Cauza este inhibiția generată la nivelul axului hipotalamo-hipofizaro-testicular, cu scăderea nivelurilor de testosteron, dar și diminuarea reflexelor spinale cu reducerea sensibilității peniene.

• **Alcoolul și insuficiența gonadală:** Alcoolul în cantități moderate crește nivelul de testosteron atât la bărbat cât și la femei cu circa 19%. În contrast, abuzul de alcool generează nivele scăzute de testosteron la circa 20-22 ore cu 23%. Acest lucru se datorează inhibiției la nivelul axului hipotalamo-hipofizo-testicular ce generează o scădere a sintezei de testosteron. În consecință, alcoolul poate interfere cu fiecare din aceste componente, generând impotență, infertilitate, scăderea caracterelor sexuale secundare masculine. De asemenea, consumul cronic de alcool generează leziuni ireversibile la nivelul celulelor Leydig și Sertoli testiculare, generând un deficit de androgeni permanent.

SEXUALITATEA FEMININĂ – VARIAȚII ÎN DIFERITE ETAPE ALE VIEȚII

Dana Bucuraș

Clinica de Obstetrică Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Chiar dacă ne-am obișnuit să discutăm despre disfuncții sexuale, nu trebuie să uităm că „normalitatea” este grevată de o serie de fluctuații naturale, fiziologice. Variațiile hormonale, diferitele etape ale dezvoltării emoționale, modificarea tipurilor de cuplu, disponibilitatea sau disfuncțiile sexuale ale partenerilor, toate influențează sexualitatea oricărei femei.

Trecerea anilor, înaintarea în vârstă, cuprinde o serie de fațete cu potențial efect asupra sexualității și disfuncțiilor sexuale la femei. Modificările hormonale grevează întreaga viață a femeilor: declinul androgenilor apare începând cu vârsta de 20 de ani, iar estrogenii scad brusc la intrarea în menopauză. Pubertatea, sarcina și perioada postpartum determină modificări profunde. Utilizarea în masă a contraceptivelor orale aduce plusuri și minusuri în sexualitatea oricărei utilizatoare. A avea un copil, creșterea și prezența lui în și între familie, disponibilitatea unui partener, durata relației, calitatea acesteia modifică permanent sexualitatea oricărei femei. Evoluția priorităților femeilor de-a lungul vieții, sentimentele față de partener sunt alte puncte de reper în sexualitatea femeilor.

Toate acestea și multe altele trebuie avute în vedere atunci când evaluăm o doamnă. Nu orice modificare este o disfuncție.

DUMINICĂ, 5 APRILIE

CONFERINȚE INVITATE

TULBURĂRILE CONTINENȚEI ȘI DISFUNȚIA SEXUALĂ A FEMEII

Călin Ciofu (Franța)

Factorii fiziologici, iatrogeni și psihologici reprezintă tot atâtea riscuri de dezvoltare a unei disfuncții sexuale la femeie. Astfel, chirurgia abdominală (de exemplu histerectomia), menopauza, tabagismul, traumatismele măduvei spinării, anumite medicamente, pot interfera cu funcția sexuală. Dintre factorii psihologici se pot reține anxietatea, depresia, percepția corporală negativă, abuzuri anamnestice (fie ele fizice sau emoționale) și stressul.

Se poate deduce, logic, că orice afecțiune care alterează calitatea vieții este susceptibilă a modifica și funcția sexuală feminină.

La bărbat, disfuncția sexuală este din ce în ce în ce mai frecvent abordată atât ca motiv principal al consultației, cât și secundar unei alte maladii. Aceasta se datorează probabil în mare măsură mediatizării eficacității mijloacelor terapeutice existente pe piață pentru tratamentul disfuncției erectile. Unul din criteriile de evaluare a eficacității acestor tratamente este satisfacția partenerii pacientului tratat. Utilizarea acestui criteriu a făcut ca interesul științific pentru disfuncția sexuală a femeii să crească în ultimii ani.

Astfel, într-o anchetă braziliană, purtată asupra a 1502 femei sănătoase, s-a constatat că în rândul populației prezentând pierderi involuntare de urină, prevalența disfuncției sexuale este crescută. Într-o altă anchetă, purtată în rândul unei populații feminine (n=78) suferind de hiperactivitate vezicală și dintre care 60%

erau sexual active, 25% prezentau o disfuncție sexuală. În această anchetă, elementele predictive cele mai fiabile ale unei sexualități feminine normale s-au dovedit a fi starea partenerului și prezența sau mai precis absența menopauzei.

Într-o altă populație (n=30) de paciente suferind de incontinență urinară de efort, 74% relatează un impact negativ asupra raportului sexual dintre care:

Nu se plâng	Interferență minimă	Interferență moderată	Interferență majoră
9%	17%	17%	48%

57% din aceste paciente relatează de asemenea o scădere francă a frecvenței raporturilor odată cu instalarea incontinenței urinare:

Săptămânal → lunar	Zilnic → Săptămânal	Zilnic → lunar
41%	29%	18%

Intervenția chirurgicală, indiferent de tipul ei, ameliorează viața sexuală a pacientelor:

Satisfacția	TVT	TOT
Satisfacția generală concernând actul sexual	87%	84%
Ameliorarea incontinenței în timpul raportului	96%	78%
Ameliorare semnificativă a activității sexuale	90%	88%

Disfuncția sexuală este rareori relatată de pacientă în cabinetul de consultații. Pacienta cu disfuncție sexuală care se adresează totuși medicului, se adresează mai degrabă la consultația specialistului ginecolog. În schimb, pentru tulburările continenței, adică hiperactivitatea vezicală (HAV) cu sau fără incontinență urinară (IU) și incontinența urinară de efort (IUE), pacienta se adresează mai degrabă medicului de familie. Astfel, medicul de familie este pus și, mai ales, va fi din ce în ce mai mult pus în prima linie în depistarea disfuncției sexuale într-un viitor apropiat.

IS THERE A PLACE FOR A PSYCHOLOGIST IN AN UROLOGICAL CONSULTATION?

Sébastien Beley (Franța)

We present our experience in Tenon Hospital in a urological consultation specialized in andrology, in order to define the need of the urologist to be assisted by a psychologist.

The chronic character or sometimes the severity of the pathologies of our patients (cardio-vascular, diabetes, chronic renal failure, urologic or digestive cancers) can be the cause of a psychological distress associated the urological disease. If the urologist is able to diagnose this distress, its management is out of his competence. The presence of a psychologist is therefore very useful.

The programmed consultation when the patient has to be informed of his "difficult diagnosis" is the place where the role of psychologist is very important. This consultation is called "Announcement consultation". It not only implies to inform the patient of his "bad disease" but the physician also has to inform the patient the coming handicaps and modifications of his quality of life. For example, announcing a patient that he has a prostate cancer and that he has to have a radical prostatectomy also implies explaining to him that afterwards there is a risk of incontinence and even a higher risk of erectile dysfunction. Quite a lot of bad news to give to a patient at once!

The presence of a psychologist in this consultation helps the patient for a better acceptance of his future handicap. Patient's compliance to treatment is increased and, in this way, the survey is completed.

LUNI, 6 APRILIE

COMUNICĂRI

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

TRATAMENTUL PSIHOTROP – FACTOR DE RISC PENTRU DISFUNCTIA SEXUALĂ FEMININĂ?

Mădălina Constantin¹, Luminița Săndulescu², Carmen Tache²

¹Spitalul Elias, Clinica de Endocrinologie și Diabet Zaharat, București

²Policlinica Vademecum, Psihiatrie

INTRODUCERE: Depresia este o problemă importantă de sănătate. Există multe strategii terapeutice, dar de primă intenție este terapia farmacologică. Antidepresivele au mecanisme farmacocinetice cunoscute, care pot explica apariția disfuncțiilor sexuale. Identificarea și tratamentul (farmaco și psihoterapie) acestora crește semnificativ complianța pacienților și eficacitatea terapiei antidepresive. Disfuncția sexuală este un efect advers frecvent dar reversibil al psihotropelor. Studiile existente au raportat procente relativ crescute referitor la frecvența apariției disfuncției sexuale la pacienții tratați cu antidepresive, 30-40 % dintre aceștia dezvoltând disfuncții sexuale.

În cazul femeilor tratate cu antidepresive au fost evidențiate scăderea libidoului și anorgasmie.

OBIECTIVE: Studiarea efectului medicamentelor psihotrope administrate pacientelor cu depresie majoră asupra calității vieții și funcției sexuale prin efectuarea unui studiu prospectiv.

MATERIAL ȘI METODĂ: În acest studiu au fost incluse 35 paciente cu vârste cuprinse între 35 - 51 ani (vârsta medie 44,2±4,6 ani), în premenopauză, diagnosticate cu depresie majoră (diagnostic conform DSM IV), urmărite în serviciul ambulator de psihiatrie Policlinica Vademecum. Pacientele au fost evaluate utilizând 2 chestionare privind calitatea vieții și funcția sexuală înainte și la 6 luni după inițierea tratamentului antidepresiv. Chestionarul utilizat pentru evaluarea funcției sexuale „Female Sexual Function Index” a evaluat: dorința sexuală, libidoul, excitabilitatea, lubrefierea, orgasmul, dispareunia.

REZULTATE: Evaluarea calității vieții a evidențiat îmbunătățirea semnificativă a dispoziției, normalizarea ritmului somn-veghe, ameliorarea/dispariția simptomelor somatoforme. Scorul total al funcției sexuale conform FSFI a fost semnificativ mai mic după 6 luni (17.6±5.7) comparativ cu cel anterior tratamentului (29,7±7.69) (p<0,005). Dintre parametrii urmăriți prin FSFI, o scădere semnificativă am observat în ceea ce privește libidoul (3.1 ± 1.0 față de 2.6 ± 1.0) (p < 0.001) și orgasmul (4,1±2,3 față de 1,5±0,9, p<0,001).

CONCLUZII: Tratamentul psihotrop reprezintă un factor de risc pentru apariția disfuncției sexuale feminine (scăderea libidoului și anorgasmie), în ciuda ameliorării globale a calității vieții.

EXISTĂ TERAPII EFICIENTE ÎN DISFUNCTIA SEXUALĂ FEMININĂ POSTMENOPAUZĂ?

Alice Albu¹, Mădălina Constantin¹, Simona Fica^{1,2}

¹Spitalul Elias, Clinica de Endocrinologie și Diabet Zaharat, București

²UMF “Carol Davila”, Departamentul Endocrinologie

INTRODUCERE: Frecvența disfuncției sexuale feminine crește cu vârsta, tranziția menopauzală având un impact negativ prin intermediul modificărilor fiziologice care apar. Scăderea nivelelor androgenilor și estrogenilor contribuie la apariția disfuncției sexuale, efectul fiind mai pronunțat la femeile cu ovariectomie. Administrarea de preparate estrogenice sau testosteron a fost demonstrată a avea efecte benefice asupra funcției sexuale. Tibolonul este un preparat care poate fi metabolizat selectiv în țesuturi în metaboliți cu activitate estrogenică, progestogenică sau androgenică. În plus Tibolonul scade nivelul sex hormon binding

globulin (proteina de transport a hormonilor sexuali), crescând astfel nivelul estradiolului și testosteronului liber. Astfel, Tibolonul poate reprezenta o opțiune la pacientele menopauzale cu disfuncție sexuală.

OBIECTIVE: Evaluarea prospectivă a efectului Tibolonului asupra funcției sexuale la femeile sănătoase aflate la menopauză, naturală sau indusă chirurgical și compararea eficienței tratamentului în funcție de tipul menopauzei.

MATERIAL ȘI METODĂ: Am studiat 32 paciente postmenopauzale sănătoase (vârsta medie $52 \pm 2,6$ ani) care au primit tratament cu 2,5 mg/zi tibolon oral timp de 6 luni; pacientele au fost împărțite în 2 grupuri: grupul A (16 paciente cu menopauză naturală) și grupul B (16 paciente cu menopauză indusă chirurgical). Funcția sexuală a fost evaluată folosind un chestionar detaliat, indexul funcției sexuale feminine, completat înainte și la 6 luni de tratament cu tibolon.

REZULTATE: Scorul total al funcției sexuale a crescut de la 19.81 ± 7.15 la 22.9 ± 6.44 în grupul A și de la 17.6 ± 5.7 la 21.6 ± 8.69 în grupul B, creșterea fiind semnificativă post-tratament ($P = 0.000$). De asemenea, scorul total al funcției sexuale a fost semnificativ mai mic la includerea în studiu în grupul B față de grupul A, însă ameliorarea sub tratament a fost similară în cele două grupuri. Toți parametrii urmăriți prin chestionar (libidoul, excitarea, lubrefierea, orgasmul și durerea) s-au ameliorat semnificativ în ambele grupuri sub tratament.

CONCLUZII: Tratamentul cu tibolon are efecte benefice asupra funcției sexuale feminine, putând reprezenta o opțiune terapeutică la pacientele menopauzale sănătoase cu disfuncție sexuală, indiferent de tipul menopauzei (naturală sau indusă chirurgical).

EVALUAREA PRESCRIȚIEI DE INHIBITORI DE PDE-5 LA CAZURILE CU DISFUNCȚIE ERECTILĂ ORGANICĂ ȘI PATOLOGIE METABOLICĂ ASOCIATĂ: 10 ANI DE EXPERIENȚĂ CLINICĂ

V. Coca

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

INTRODUCERE: Bolile metabolice (BM), obezitatea, hiperlipoproteinemiile, diabetul zaharat tip 2, induc disfuncție erectilă (DE) organică. 79% din bărbații cu obezitate și DE organică prezintă insulinorezistență. 43% din cei cu DE organică au asociat și sindrom metabolic.

OBIECTIVE: Evaluarea prevalenței hiperlipoproteinemiilor izolate (HLP), sindromului metabolic prediabetic (MetS), diabetului zaharat tip 2 (T2DZ), a unor aspecte demografice și a prescripției de iPDE-5 în DE organică.

MATERIAL ȘI METODĂ: La 1476 bărbați cu DE (Cabinetul de Medicina Sexualității a Centrului Clinic de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Cluj-Napoca, 1998–2008) tratați cu iPDE-5 s-a calculat prevalența prescripției acestora, prevalența BM, a unor itemi demografici: vârstă, etnia (română, maghiară, romă) și nivelul de școlarizare (gimnazial, liceal, universitar). S-a corelat DE din T2DZ cu HTA, A1c și IM carotidiană îngroșată. S-a comparat prescripția Sildenafilului cu a Tadalafilului și Vardenafilului pe un subgrup de 472 de cazuri.

REZULTATE: Comorbiditatea DE+BM=876 cazuri (59.35%). Prescripție iPDE-5 în total: Sildenafil=1221 cazuri (82.72%), Tadalafil+Vardenafil=255 cazuri (12.28%). Prescripția iPDE-5 pentru subgrup DE+BM: sildenafil=372 (78.9%), tadalafil=69 (14.7%), vardenafil=31 (6.4%). Prevalența T2DZ=388 (44.3%), a MetS=395 (45.1%), a HLP=93 (10.96%). Prevalența DE în BM: DE ușoară=392 (44.7%, vs. non-BM=47.8%), a DE moderată=307 (35.1%, vs. non-BM=43.3%), și a DE severă=177 (20.2%, vs. non-BM=8.9%; $P < 0.001$). Corelații demografice semnificative: Sildenafil vs. vârstă 30–40 ani: $r=0.069$, $P < 0.001$; Sildenafil vs. educația universitară: $r=0.047$, $P < 0.05$; Sildenafil vs. MetS: $r=0.06$, $P < 0.05$; Tadalafil vs. vârstă 50–60 ani: $r=0.051$, $P < 0.05$. Corelații patogenetice semnificative în T2DZ: DE vs. HTA: $r=0.081$, $P < 0.001$.

CONCLUZII: Bolile metabolice cresc prevalența DE în general și a celei severe în special. Adulții tineri, până în 30 de ani, cu MetS, având și un nivel înalt de educație au preferat Sildenafilul. Tadalafilul pare a fi o opțiune agreată de vârsta mijlocie. HTA rămâne principalul factor de risc patogenetic și predictiv pentru DE organică din T2DZ.



RO-ALF.06.03.01

Yatral[®] SR
alfuzosin 10 mg

- **Ameliorează rapid debitul urinar și LUTS¹**
- **Asigură beneficii clinice pe termen lung²**
- **Îmbunătățește calitatea vieții pacienților³**

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


Grup
sanofi aventis

Sănătatea mai presus de orice

SINDROMUL METABOLIC CREȘTE PREVALENȚA HIPERPROLACTINEMIEI DIN DISFUNCȚIA ERECTILĂ CU HIPOGONADISM

V. Coca, M.C. Coca

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

INTRODUCERE: Cauza endocrină principală a DE este hipogonadismul, acesta evidențiindu-se în 16-25% și în diabetul tip 2 și mai ales în cel cu sindrom metabolic (MetS). DE organică, în special cea severă, poate însă asocia și hiperprolactinemie cu o prevalență de până la 5%. Nu există date în literatură despre această eventuală asociere în DE cu sau fără hipogonadism din sindromul metabolic.

OBIECTIVE: Ne-am propus un studiu observațional, în care am comparat testosteronemia totală (Tt) cu nivelele serice de hormon tireotrop (TSH), hormon luteinizant (LH) și prolactină (PRL) în DE cu și fără MetS.

MATERIAL ȘI METODĂ: S-a comparat prevalența modificărilor serice ale TSH, LH și PRL cu Tt scăzut ale unui grup cu DE (IIEF-5) și MetS (IDF, 2005), Gr. A=24 cazuri (49.35±5.2 ani) cu cele ale unui grup cu DE (IIEF-5) fără MetS, Gr. B=23 cazuri (47.3±4.9 ani). S-a calculat corelația prevalenței hormonilor hipofizari cu cea a Tt, considerându-se și valorile de graniță (ECLIA): Tt=9.9–10.2 și 27.0–28.0 nmol/L; TSH=0.44–0.4 și 4.0–4.2 μg/mL; LH=1.9–2.2 și 7.9–8.2 mU/mL; PRL=90–100 și 440–450 μUI/mL.

REZULTATE: Prevalența modificărilor hormonale consemnate a fost următoarea: LH scăzut: Gr. A=1 (4.16%) vs. Gr. B=1 (4.34%). LH crescut: Gr. A=0 vs. Gr. B=1 (4.34%). PRL scăzut: Gr. A=0 vs. Gr. B=1 (4.34%); PRL crescut: Gr. A=5 (20.8%) vs. Gr. B=1 (4.34%); P<0.001. Tt scăzut: Gr. A=8 (33.3) vs. Gr. B=3 (12.04%); P<0.05. Nu au fost modificări serice ale TSH sau creșteri ale Tt. Diferența de prevalență a hipogonadismului între cele două grupuri nu s-a corelat semnificativ cu diferența de prevalență a hiperprolactinemiei: r = -0.024; P=0.577.

CONCLUZII: Comparativ cu cazurile fără afectare metabolică, DE din MetS asociază mai frecvent hiperprolactinemie, asociere, însă, necorelată statistic cu scăderea testosteronemiei.

ASPECTUL ANTROPOMETRIC AL BĂRBATULUI DE VÂRSTĂ MIJLOCIE POATE SUGERA UN FENOTIP PREDICTIV PENTRU DISFUNCȚIA ERECTILĂ

V. Coca¹, I. Coman², M.C. Coca¹, E. Deak³, I. Micluția⁴, M. Gribovschi¹, G. Inceu¹

¹Centrul Clinic de Diabet, ²Clinica Urologică II, ³Clinica Cardiologică, ⁴Clinica Psihiatrică I, Cluj-Napoca.

INTRODUCERE: Funcția erectilă (FE) relaționează cu volumul de țesut adipos și cu indicele de masă corporală (IMC). Obezitatea și sindromul metabolic sunt factori de risc importanți pentru disfuncția erectilă (DE) organică, gradul acesteia corelându-se cu indicele de masă corporală (IMC), cu raportul masă slabă/masă grasă și cu markeri reprezentativi de alterări lipidice și/sau alterări de funcție endotelială.

OBIECTIVE: Ne-am propus să conturăm un status somatic indus de modificări antropometrice, care să sugereze fenotipic prezența DE asociată unor afectări metabolice și vasculare.

MATERIAL ȘI METODĂ: Din 226 bărbați de 51.4±6.8 ani, cu obezitate (IMC>30.0 kg/m²), fără diabet zaharat (glicemie ≤108 mg/dL) și fără boală coronariană (anamneza și ECG), 88 au avut DE (IIEF-5) de cauză organică(38.9%). Aceștia din urmă (grup A) au fost comparați cu 36 de cazuri cu FE normală (grup B), privind prevalența circumferinței abdominale (talie: T) la risc cardiovascular crescut (≥94 cm), raportului talie/șold crescut (T/S>0.9), lipidelor serice crescute, hipertensiunii și a modificărilor ultrasonografice arteriale (vasodilatație mediată de flux, îngroșare de intimă-medie și/sau plăci ateromatoase). Antropometria s-a determinat pe un analizor InBody 720, iar ultrasonografia pe ESAOTE MyLab 25.

REZULTATE: Diferențe semnificative între grupuri s-au obținut pentru:

- 1) T≥94 cm: Gr.A=65 (73.8%) vs. Gr.B=15 (41.7%); P<0.05.
- 2) T/S: Gr.A=61 (69.3%) vs. Gr.B=14 (38.9%); P<0.05.
- 3) Hipertrigliceridemie: Gr.A=59 (67.05%) vs. Gr.B=8 (22.2%); P<0.001.
- 4) HTA: Gr.A=63 (71.6%) vs. Gr.B=11 (30.5%); P<0.001.

DE s-a corelat semnificativ cu: T/S>0.9: $r=0.061$, $P<0.08$; cu hipertrigliceridemia: $r=0.07$, $P<0.001$; și cu HTA: $r=0.081$; $P<0.001$.

CONCLUZII: Obezitatea cu adipozitate viscerală, care să inducă obligatoriu și creșterea raportului talie/șold, constituie un aspect antropometric corelat semnificativ cu DE. Asocierea hipertrigliceridemiei și/sau a HTA realizează un fenotip somato-clinic predictiv pentru DE organică.

CORELAȚII ÎNTRE NIVELUL PLASMATIC DE TESTOSTERON ȘI GRADUL DISFUNȚIEI ERECTILE

C. N. Manea¹, N. Crișan¹, Z. Mihaly¹, D. Porav-Hodade², I. Coman¹

¹*Clinica Endo Plus Cluj-Napoca*

²*Spitalul Clinic Județean Târgu-Mureș*

INTRODUCERE: Dintre endocrinopatiile incriminate în etiologia disfuncției erectile, hipogonadismul este cea mai frecventă cauză. Este binecunoscut că erecția este un fenomen androgen dependent și că un anumit nivel de testosteron este absolut necesar în contextul unei funcții erectile normale. Cu toate acestea, impactul gradului de hipogonadism asupra funcției erectile nu este pe deplin cunoscut, iar asocierea unei patologii preexistente poate modifica radical abordarea pacientului.

OBIECTIVE: Stabilirea unor corelații între nivelul plasmatic al testosteronului și gradul disfuncției erectile.

MATERIAL ȘI METODĂ: Au fost testați 37 de pacienți cu disfuncție erectilă de diferite grade, cu vârsta cuprinsă între 28 și 65 de ani. S-a efectuat o anamneză atentă și examenul obiectiv al organelor genitale, iar la toți acești pacienți a fost dozat nivelul de testosteron și ei au completat chestionarul IIEF.

REZULTATE: Criteriile de corelare dintre nivelul plasmatic scăzut al testosteronului și un anumit grad al disfuncției erectile sunt îndeplinite în lotul nostru de pacienți doar de 1,1% (3 pacienți) cu hipogonadism. Disfuncția erectilă respectă etiologia, gradul mediu și sever manifestându-se la 5,18% (14 pacienți) care au asociat diabet zaharat și sindrom metabolic, 2,96% (8 pacienți) prezintă patologie cardiovasculară și 4,44% (12 pacienți) manifestă un grad de disfuncție erectilă pe fond psihogen sau surmenaj fără modificări ale nivelului seric de testosteron.

CONCLUZII: Gradul disfuncției erectile variază semnificativ în funcție de condițiile socio-profesionale, bolile asociate și statusul psihogen. În ceea ce privește nivelul plasmatic al testosteronului sau constatat modificări minime ale acestuia în raport cu gradul disfuncției erectile. Hipogonadismul, diabetul zaharat sau sindromul metabolic duc la scăderea nivelului plasmatic de testosteron și realizează astfel o corelație cu un anumit grad de disfuncție erectilă. Introducerea testelor de evaluare a funcției erectile permite depistarea și monitorizarea unor tare asociate cu posibilitate terapeutică benefică.

MANAGEMENTUL DISFUNȚIEI ERECTILE POST PROSTATECTOMIE RADICALĂ PENTRU CANCERUL PROSTATIC

C. N. Manea, N. Crișan, B. O. Feciche, Z. Mihaly, D. V. Stanca², P. Prunduș, C. Neiculescu, V. Ona, E. Youssef, R. Maxim, S. Bonaț, C. R. Giurgiu, C. Lăpușan, C. Hurubeanu², I. Coman²

Spitalul Clinic Municipal, Cluj-Napoca

²*Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca*

INTRODUCERE: Disfuncția erectilă nu este o consecință directă a cancerului prostatic, ci a abordării terapeutice a acestei patologii. Lezarea bandelețelor nervoase și apariția incontinenței sunt cauza iatrogenă principală în apariția disfuncției erectile.

OBIECTIVE: Managementul eficient al disfuncției erectile prin administrarea precoce postoperatorie a 5-PDEI.

MATERIAL ȘI METODĂ: Prin programul CLOSER, screening-ul pentru depistarea precoce a cancerului prostatic desfășurat la Cluj Napoca, au fost confirmați histopatologic 132 de pacienți cu adenocarcinom

prostatic în fază localizată (T1c – T2). La 108 dintre aceștia s-a practicat prostatectomia radicală (laparoscopică – 58 de pacienți; retropubică – 50 de pacienți), iar la ceilalți 24 de pacienți s-a practicat radioterapie externă cu viză curativă.

REZULTATE: Din cei 108 pacienți la care s-a practicat prostatectomie radicală, 67 au fost activi sexual preoperator, iar 41 de pacienți nu au fost evaluați, deoarece fie au refuzat abordarea acestei teme, fie nu au considerat-o o problemă prioritară. Post prostatectomie radicală au beneficiat de terapia cu 5-PDEI 61 de pacienți, iar la restul de 6 pacienți nu s-a instituit tratamentul cu 5-PDEI, deoarece se încadrau în clasă de risc cardiovascular. Un procent de 20% (12 pacienți) au prezentat stadiu clinic al bolii local avansat T2c-pT3a ceea ce a impus peroperator sacrificarea bandeletelor neurovasculare. În această situație administrarea 5-PDEI nu a fost urmată de îmbunătățirea funcției erectile. Un procent de 80% (49 de pacienți) sunt activi sexual cu administrarea regulată de 5-PDEI. Pacienții au fost evaluați pe o perioadă cuprinsă între 2 și 36 de luni.

CONCLUZII: Eliminând factorii favorizanți ai disfuncției erectile precum vârsta, bolile asociate și condițiile socio-profesionale, prostatectomia radicală ocupă un loc important în apariția și derularea disfuncției erectile. Implementarea unei strategii de management al disfuncției erectile post prostatectomie radicală, cu aplicarea precoce a terapiei cu 5-PDEI poate să amelioreze funcția erectilă și implicit calitatea vieții (QoL). Rezultatele obținute de echipa noastră sunt în conformitate cu datele publicate în revistele de specialitate.

LUNI, 6 APRILIE

STATE OF THE ART LECTURE

HIPOGONADISM, PROSTATĂ, TRATAMENT, UROLOG

N. Calomfirescu

Spitalul "Prof. Dr. D. Gerota", București

Cu o decadă în urmă diagnosticul și tratamentul fostei andropauze, actualmente hipogonadism tardiv, era o utopie.

Studiile populaționale de prevalență și datele noi în legătură cu interrelația disfuncției sexuale, sindrom metabolic, obezitate, diabet și calitatea vieții la bărbatul ce a depășit 40-50 ani au modificat abordarea problemei.

Veriga lipsă pare să fie testosteronul în scădere fiziologică implacabilă.

Spaima multor pacienți și medici este în special prostata, de care urologul se ocupă medical și chirurgical. Tot datele rezultate din studii arată că tratamentul cu testosteron undecanoat nu influențează dramatic prostata. În epoca monitorizării prin PSA + FPSA și a imagisticii de organ (ecografie sau RMN), teama de cancerizare prostatică scade foarte mult.

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

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

MARȚI, 7 APRILIE

COMUNICĂRI

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

BIBLIOTECA VIRTUALĂ PUBLICĂ PENTRU SĂNĂTATEA SEXUALĂ

N. Calomfirescu, C. Belinski, Cristina Calomfirescu, Dana Bucuraș, A. Manu Marin, Victoria Aramă, Cătălina Drăgulănescu, D. Gaiță

San-Sex Expert Grup

OBIECTIVE: www.san-sex.ro este un proiect educațional din aria medicinei sexuale și a fost inițiat de Asociația pentru Medicina Sexualității din România cu sprijinul ESDA.

MATERIAL ȘI METODĂ: În luna martie 2006 am lansat san-sex.ro, site menit să suplinească lipsa acută de informație științifică în domeniul sănătății sexuale. Având o interfață prietenoasă, se poate accesa o enciclopedie (material oferit de ESDA), diferite articole despre medicina sexualității și, cel mai important, se pot adresa întrebări unui expert în domeniul medicinei sexualității, răspunsul fiind primit pe mail, personalizat. Din luna iulie 2007 am modificat modul de dispunere a informației astfel încât au fost afișate pe site atât întrebările cât și răspunsurile experților.

Întrebările și răspunsurile pot fi accesate în funcție de topică sau de expertul care răspunde.

Sunt 11 experți aparținând diverselor domenii: urologie, obstetrică-ginecologie, dermatologie, cardiologie, boli infecțioase și psihologie.

REZULTATE: În medie, site-ul a atins aproximativ 7000 de vizitatori unici pe lună. Numărul vizitatorilor unici pe zi este în medie de 235. Acum, cele mai citite pagini sunt cele dedicate întrebărilor și răspunsurilor. Numărul întrebărilor primite de către experții de pe site și afișate împreună cu răspunsurile lor: peste 2000. Cele mai citite răspunsuri au avut peste 10.000 de vizualizări.

Top 5 domenii întrebări citite: 12.928 afișări – disfuncțiile sexuale feminine, 11.858 – disfuncțiile sexuale masculine, 11.606 – bolile cu transmitere sexuală, 11.138 – ginecologie (semnele sarcinii), 11.126 – ejacularea precoce.

CONCLUZII: Era și este nevoie de acest site.

Cuvinte și expresii căutate pe google.com, în rezultatele cărora san-sex.ro ocupă primele poziții (în limba română) – câteva exemple: disfuncții sexuale masculine (poziția 1), disfuncții sexuale feminine (poziția 2), ejaculare prematură (poziția 2), întârzierea ejaculării (poziția 1), lipsa libidoului (poziția 1), ejaculare retrogradă (poziția 1).

Afișarea întrebărilor și răspunsurilor a dus la scăderea numărului de întrebări, dar la creșterea traficului! Asta pentru că site-ul s-a transformat într-o bibliotecă virtuală în domeniul medicinei sexualității.

CAZUL PIDEO

Carmen Ragea

Psiholog, psihoterapeut – Logos

Lucrarea reprezintă un studiu de caz care își propune să sprijine atât teoria conform căreia formarea identității sexuale poate fi influențată de un model relațional părinte-copil dezechilibrat, cât și importanța Complexului Oedip în structurarea personalității și în orientarea dorinței sexuale. Clientul în vârstă de 30 de ani, homosexual, s-a prezentat la cabinet cu un puternic sentiment de tristețe, simțindu-se neiubit în urma finalizării unei relații de cuplu semnificative. Pe parcursul desfășurării procesului, s-a urmărit crearea unei relații terapeutice solide

care a permis clientului o mai bună cunoaștere de sine, identificarea carențelor emoționale, a motivelor și evenimentelor care determină comportamentele și emoțiile sale prezente. O importanță majoră a avut-o descoperirea adevăratei naturi a dorințelor sale și a faptului că el nu este definit de orientarea sa sexuală.

Disponerea triangulară a relației oedipene, cu toate procesele emoționale și cognitive implicate, și bisexualitatea originară a copilului sunt doar doi factori responsabili pentru complexitatea procesului de identificare sexuală.

NEBIDO - "O NOUĂ TINEREȚE"

C. Groza

Policlinica nr. 2, Focșani

În perioada ian. 2008-ian. 2009, la Cab. de Planificare Familială din Focșani, am tratat 24 pacienți cu 64 doze NEBIDO, în majoritate prezentându-se inițial pentru Tulburări de Dinamică Sexuală și începând tratamentul cu inhibitori de PDE 5, apoi diagnosticați și cu un anumit grad de HIPOGONADISM. S-a început tratamentul cu NEBIDO, a-2-a injecție la 6 săptămâni pentru încărcare cu testosteron, iar următoarele la 10-14 săptămâni în funcție de nivelul plasmatic al testosteronului și de rezultatele clinice. Reacțiile adverse minime și beneficiile notabile - clinic și paraclinic - au motivat continuarea tratamentului.

PĂCATELE TINEREȚII SAU "UNDE DAI ȘI UNDE CRAPĂ"...

B.S. Streza

Secția Clinică de Chirurgie Urologică, Spit. Clinic CF2, București

INTRODUCERE: Nu întotdeauna ceea ce pare evident în patologie se dovedește în final a fi corect.

Trebuie ținut seama și de latura intimă, de pudoarea fiecăruia, de grija deosebită cu care cel aflat în suferință își camuflează adevărata boală, ascunde adevărul, uneori chiar și față de sine.

PREZENTARE DE CAZ: Se prezintă cazul unui bolnav în vârstă de 60 de ani care se adresează specialistului urolog pentru tulburări de dinamică sexuală mai mult sau mai puțin recunoscute. Anamneza reușește cu oarecare dificultate să se apropie de adevărul etiologic al suferinței - de menționat că bolnavul este și diabetic insulinodependent -, suferință care reprezintă o surpriză pentru examiner. A doua surpriză o reprezintă suferința de tip obstacol subvezical interpretată inițial ca structură uretrală, și care s-a dovedit peroperator a fi o afecțiune deosebit de rară.

REZULTATE: Spre marea satisfacție a pacientului și a doctorului, finalul aventurii dublu operatorii a fost fericit: glicemia a devenit previzibilă și sustenabilă terapeutic, organul genital extern devine practic funcțional, tulburările de evacuare a urinei se remit complet, iar dinamica sexuală eliberată de tarele amintite se îmbunătățește chiar și "per se".

CONCLUZII: Examenul atent și de la început al bonavului complet dezbrăcat, eliberând astfel medicul și pacientul de prejudecăți, aduce beneficii imense acurateții diagnostice și promptitudinii terapeutice, nemaivorbind de rezultatele bune și imediate care survin.

IMPLICAȚII PSIHOMORALE ALE VIOLULUI

Cecilia Curis

Medic specialist medicină de familie

Masterat în Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală

Trauma legată de viol poate reprezenta factorul declanșator al tulburării posttraumatice de stres.

Semnificația violului, dincolo de cea a unei agresiuni fizice cu consecințe strict limitate la nivel medical, este predominant psihomorală. Este o încălcare a intimității, o noțiune care implică o reacție subiectivă, interioară, cu rezonanță emoțională. Intimitatea are la bază iubirea și implică acordul dintre două persoane,

atracție interioară și o reciprocitate a dorinței.

În cazul violului, această „întâlnire” în plan emoțional, sufletesc, nu există, ajungându-se la lezarea Sinelui. Se încalcă o normă etică, clar stabilită de codul comportamentului social. Indiferent de tipul de societate, autodeterminarea femeii a fost conservată; din acest motiv, acest fapt este considerat reprobabil din punct de vedere moral și pedepsit de justiție.

Este încălcată posibilitatea de autodeterminare, victima fiind în imposibilitatea de a se autoapăra.

Situația de criză apare ca urmare a unui eveniment negativ care pune în pericol integritatea fizică și chiar viața victimei, deci și pe cea psihică, ajungându-se la autodevalorizare concretizată în autodispreț și autoînjosire și implicit în deprecierea stimei de sine.

Intimitatea forțată negativă, conduce la restructurarea vieții afective. Este afectată relația de cuplu, încrederea victimei în persoanele de sex masculin, ca și sexualitatea și relațiile interumane în general.

Apare reacția de respingere, de eliminare concretizată prin senzația de greață și necesitate de a vărsa. Victima se simte „murdărită”. Se dezvoltă uneori un veritabil ritual al spălării.

Comorbiditățile pot amplifica situația de criză.

Consecințele pe termen mediu și pe termen lung sunt variate (angoasă, fobii, tulburări sexuale și de relație, tulburări funcționale, etc).

Psihoterapia va respecta o serie de reguli. Vor fi avute în vedere obiceiurile alimentare, deoarece frecvent victimele se refugiază în consumul excesiv de alimente, alcool, droguri. Alteori recurg la tabagism sau ajung la dependență de cafeina, cu consecințe în plan psihic și fizic (comorbidități).

Un aspect important al culegerii de informații în timpul actului terapeutic constă în evaluarea riscului suicidar.

Vor fi avute în vedere elemente precum aspecte ale personalității premorbide, modul de realizare a relațiilor interpersonale și caracteristicile acestora, existența unor situații psihotraumatizante în antecedente, adicții, patternuri comportamentale negative.

ASPECTE PSIHLOGICE ALE AFECTĂRII RELAȚIEI DE CUPLU

Cecilia Curis

Medic specialist medicină de familie

Masterat în Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală

În categoria nevoilor fundamentale (piramida lui MASLOW) se înscrie și nevoia de apartenență și dragoste.

Rotația de cuplu implică obligatoriu existența „celuilalt”, dar nu este echivalentă cu căsătoria.

Iubirea este sentimentul de atracție reciprocă între două persoane de sex diferit (cuplul „fiziologic”, „moral”).

Repertoriul nevoii de dragoste este vast, cuprinzând nevoia de sex, nevoia de a primi sau de a oferi tandrețe, necesitatea de a avea relații intime pe fundalul nevoii de recunoaștere și apreciere.

Perioada adolescenței este momentul afirmării nevoilor sexuale, perioadă de criză psihobiologică, în care se resimt acut opreliștile impuse de educație și societate.

Când vorbim despre iubire, ne referim în general la pulsionile instinctuale, la aspectul emoțional. În cadrul cuplului, însă iubirea include și elemente absolut pământene, materiale - viața socială, interese comune, materiale și profesionale, timpul acordat creșterii copiilor.

În majoritatea cazurilor, relația de cuplu se concretizează în mariajul clasic.

Intimitatea – contopirea reciprocă a două ființe, în plan emoțional, interior, conduce la definitivarea identității cuplului.

Intimitatea implică și existența sexului, satisfacției emoționale și plăcerii fizice.

Din perspectivă medicală, incontestabil, activitatea sexuală este strâns legată de starea de sănătate.

În plan psihologic, nevoia de apartenență și dragoste se află dintr-un anumit punct de vedere, în contradicție cu nevoia de afirmare și autonomie.

Relația de cuplu limitează într-o oarecare măsură libertatea individuală.

Incongruența între dorințele celor doi parteneri poate sta la baza înstrăinării, însingurării sau separării cuplului (divorț).

MARȚI, 7 APRILIE**ATELIER INTERACTIV****IMPLICAȚII PSIHOLOGICE ÎN TULBURĂRILE DE EVACUARE VEZICALĂ****Antonia Isacu*, N. Calomfirescu**, A.V. Manu-Marin**, M. Neamțu**, C. Belinski******Psiholog Clinician, "Prof. Dr. D. Gerota", București****Spitalul "Prof. Dr. D. Gerota", Clinica de Urologie, București*

Tulburările de evacuare vezicală, fiind afecțiuni care frecvent se cronicizează, marchează puternic din punct de vedere psihologic viața pacientului, schimbând-o chiar radical sau ireversibil, făcându-l să-și creeze noi obiceiuri și pattern-uri comportamentale, modificându-i viziunea despre sine și lume.

Prin acest studiu ne-am propus să urmărim impactul psihologic pe care această problemă de sănătate o are asupra vieții pacienților și modul în care ea se reflectă diferențial asupra bărbaților și femeilor.

În acest studiu am inclus bărbați și femei cu vârste cuprinse între 25 și 70 ani, dintre care 21 femei și 40 bărbați, în cazul cărora am urmărit o serie de factori psihologici și psihosociali implicați și felul în care evoluția acestora modifică viața pacienților, dintre care anxietatea, modificările dispoziționale, toleranța la stress, somnul, activismul, funcțiile mnestică și prosexică, viața sexuală, funcționarea socială, beneficiile secundare ale bolii și dependența de sistemul sanitar.

Nu vom reuși cu acest studiu să răspundem la întrebarea „ce a fost mai întâi: oul sau găina?”, adică problema psihologică sau cea organică, dar putem afirma că fondul psihologic al fiecărei persoane are un rol determinant în modul de percepție al bolii, organicul și psihicul aflându-se în interdependență.

Pacienții cu tulburări de evacuare vezicală trebuie îndrumați către un psiholog pentru ca prin psihoterapie și consiliere psihologică să fie ajutați și susținuți în depășirea și acceptarea suferinței curente.

MARȚI, 7 APRILIE**STATE OF THE ART LECTURE****RADIAȚIA, FACTOR DE RISC AL SĂNĂTĂȚII****Mădălina Vasile, G. Vasile***Institutul Oncologic "Prof. Al. Trestioreanu", București*

Radiația este un fapt de viață. Ea este prezentă în natură și poate fi produsă artificial. Radiația de origine naturală există în tot mediul înconjurător, pe când radiația de origine artificială a fost folosită doar de câteva decenii.

Radiațiile naturale și artificiale nu sunt diferite nici ca tip, nici ca efect. Radiația este inerent dăunătoare omului și, de aceea, populația trebuie să fie protejată de o expunere inutilă sau excesivă. Cu toate acestea, folosirea radiației contribuie la binele omului - ea este importantă în dezvoltarea medicinei și a altor științe, precum și în industrie.

Efectele radiațiilor care produc cea mai mare îngrijorare sunt bolile maligne provocate persoanelor expuse la radiații, precum și defectelor moștenite de descendenții acestor persoane. Probabilitatea apariției oricărui efect provocat de radiație este legat de doza de radiații primite. Riscul asociat oricărei expuneri trebuie comparat cu beneficiile procedurilor care au provocat expunerea. În medie, radiația de origine naturală produce expunerea cea mai mare asupra oamenilor. O bună parte din aceasta nu poate fi evitată, deși se poate exercita un anumit control. Expunerea la radiații de origine artificială (medicină, centrale nucleare,

reactori de cercetare, etc) este mai ușor de controlat prin impunerea regulilor de radioprotecție și prin implementarea unui sistem de radioprotecție.

Radiația de origine naturală este prezentă în tot mediul înconjurător și are ca sursă 4 domenii: radiația de origine cosmică, ce dezvoltă în medie o doză anuală de aproximativ 300 μSv , radiația gamma terestră care dezvoltă o doză de 400 μSv pe an, produsele de dezintegrare ale radonului care dezvoltă o doză de 800 μSv pe an și radioactivitatea alimentelor care dezvoltă o doză de 370 μSv pe an. Doza totală datorată radiațiilor de origine naturală este de 1870 μSv pe an, dar se poate să varieze până la 5000 μSv pe an.

Radiațiile de origine artificială au ca surse: tratamente medicale (250 μSv), depunerile radioactive ale experiențelor cu arme nucleare (10 μSv), deversări în mediu (1,5 μSv), expunere profesională (8 μSv) și de la alte surse (11 μSv).

Instalațiile de radiații X folosite în spitale și în clinici sunt, probabil, cele mai cunoscute surse de radiații artificiale. Ele sunt folosite într-o gamă largă de domenii: radiodiagnostic, medicină nucleară, radioterapie externă, radioterapie metabolică, brahiterapie și radiologie intervențională.

Deși folosirea în medicină a radiațiilor oferă pacienților beneficii directe enorme, ea contribuie prin intermediul lor la doza pe care o primește populația ca întreg. Se estimează că echivalentul dozei efective medii datorată procedurilor medicale, este de 250 μSv pe an. Această doză se încearcă a fi redusă în ultimii ani prin programe speciale de radioprotecție și prin utilizarea mai chibzuită a practicilor medicale.

Procedurile medicale pot produce, direct, îmbolnăviri ale pacienților și, indirect, vătămări la descendenții actualilor pacienți. Astfel, un interes deosebit este centrat pe mărirea numită doză semnificativă genetic, în mod special în legătură cu folosirea diagnosticelor cu radiații. În acest caz, doza se determină în funcție de dozele primite de gonadele pacienților, precum și de numărul de copii care vor fi procreați ulterior, ea reprezentând astfel un indicator al grijii cu care sunt protejate organele de reproducere în timpul procedurilor medicale, precum și al cantității de radiografii efectuate în țara noastră asupra femeilor gravide și a copiilor. Valoarea dozei semnificative genetic datorate procedurilor radiologice este de aproximativ 120 μSv , și se urmărește micșorarea sa pe viitor. Valoarea dozei semnificative genetic datorate radiației naturale este de 1000 μSv .

Dacă se expune întreg organismul la o doză foarte puternică de radiații, decesul poate interveni în câteva săptămâni. Doza letală pentru om se evaluează a fi aceea de 5 Gy, iar o doză de 5 Gy absorbită în timp scurt dar pe o suprafață mică a pielii duce la apariția înroșirii acelei zone într-o săptămână. O doză de 5 Gy primită de testicule sau ovare ar produce sterilitate temporară sau permanentă. Același doză absorbită într-un timp mai îndelungat ar putea cauza efecte mult diminuate la persoana în cauză sau ar putea să se exprime ca defect ereditar la descendenții acesteia.

Defectele ereditare au o probabilitate și o pericolozitate direct proporțională cu doza absorbită de organele reproducătoare.

La populația umană, apar mutații și în mod spontan, adică fără nici o cauză aparentă, dar radiația de origine naturală poate contribui la aceasta. Totuși, nu a fost găsită nici o evidență directă a defectelor ereditare la urmași imputabile radiației naturale și este greu a se afirma cu tărie că aceste defecte apar datorită radiațiilor artificiale. Studii extensive făcute asupra urmașilor de la Hiroshima și Nagasaki, în mod special, n-au reușit să ne dovedescă o creștere statistică semnificativă a defectelor ereditare, dar ne-au dat o estimare superioară a factorilor. Studiile extinse au putut să estimeze un factor de risc pentru defectele ereditare serioase de aproximativ 1 la 50 per Sv când sunt luate în considerație toate generațiile ulterioare iradierii. O estimare din anul 1982 a condus la o valoare de 1 la 100 per Sv pentru primele două generații ale persoanelor iradiate. Iradierea gonadelor este potențial dăunătoare numai dacă intervine înainte sau în timpul perioadei de reproducere a vieții. Pentru cei care nu vor avea copii, nu există, prin definiție, nici un risc ereditar. Procentul de persoane ale unui grup pentru care iradierea gonadelor are semnificație ereditară depinde de vârsta persoanelor și, astfel, de numărul de copii pe care este probabil să-i aibă, dar o valoare de 0,4 ar fi potrivită pentru toată populația. Astfel, riscul mediu al unor defecte ereditare serioase, în primele două generații, ar fi de 1 la 250 per Sv.

Fiecare țesut sau organ contribuie cu o anumită fracție la factorul total de risc de 1 la 60 per Sv pentru iradierea întregului corp. În medie, factorul de risc total pentru cancer, la o expunere uniformă a întregului corp, este de 1 la 80 per Sv și el domină riscul ereditar pentru primele două generații.

Trebuie acordată o atenție specială riscului de iradiere a copiilor în timpul vieții intrauterine, deoarece rata de diviziune celulară este mult mai mare în această perioadă și greșelile ereditare pot apărea mult mai frecvent și de o gravitate mai mare. O iradiere în perioada vieții intrauterine poate avea ca efect defecte de creștere, sau întârziere mintală sau chiar apariția unor tumori maligne, dacă factorul de risc depășește 1 la 40 per Sv (de două ori mai mare decât riscul unei persoane medii de a face cancer).

Deoarece se consideră că nici o doză de radiație nu este în întregime liberă de risc, nu este suficient a respecta doar o limită, ci dozele de sub limită necesită atenție și trebuie reduse oriunde și oricând acest lucru este posibil prin mijloace rezonabile. Aceste deziderate au condus la valorile admise azi în România ca valori ale dozelor limită admise pentru persoanele din populație și pentru persoanele expuse profesional.

LACTOBACILII ȘI VAGINOZELE

Victoria Tudosa

Spitalul de Obstetrică Ginecologie, Brăila

În cazul femeii adulte, infecțiile vaginale constituie motivul cel mai frecvent al consultațiilor medicale. Se estimează că cea mai mare parte a femeilor adulte a suferit cel puțin o infecție vaginală de-a lungul vieții. Considerând totalul infecțiilor vaginale ca fiind 100, se estimează că 50% dintre infecții sunt micoze, 40% vaginite, 5% vaginite bacteriene specifice și 5% infecții cu *Trichomonas vaginalis*.

Infecțiile vaginale și caracterul lor recidivant reprezintă un pericol pentru sănătatea femeii.

O trecere în revistă a bibliografiei mondiale care tratează subiectul probioticelor, dovedește rolul lor important în prevenirea recidivării vaginitelor și a micozelor.

Studiile clinice și epidemiologice au dovenit că probioticele ginecologice pot constitui un factor important în prevenirea recidivelor infecțiilor vaginale.

Lactobacillus casei *rhamnosus Döderlein* este un astfel de probiotic. Rolul lui este de a restabili flora vaginală dominantă, protejând de acțiunea altor germeni prin crearea unui "biofilm" protector. Efectul Lactobacillus casei *rhamnosus Döderlein* a fost dovedit în ultimii 5 ani prin multitudinea de studii clinice efectuate.



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

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

Restabilește normalitatea!

AndroGel[®]
testosteron gel

Solvay
Pharma Romania



a Passion for Progress[®]

CIALIS 20 mg comprimate filmate Fiecare comprimat filmat conține tadalafil 20 mg. **Indicații terapeutice:** Tratamentul disfuncției erectile. Pentru ca tadalafil să fie eficient este necesară prezența stimulării sexuale. Nu este indicată utilizarea CIALIS de către femei.

Doze și mod de administrare: Se administrează pe cale orală. CIALIS este disponibil sub formă de comprimate filmate de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg și 20 mg. Utilizarea la bărbații adulți: În general, doza recomandată este de 10 mg, administrată înainte de activitatea sexuală anticipată și indiferent de ingestia de alimente. La pacienții la care tadalafil 10 mg nu produce un efect adecvat, se poate încerca administrarea a 20 mg. Medicamentul se poate administra cu cel puțin 30 minute înainte de activitatea sexuală. Frecvența maximă recomandată pentru administrare este o dată pe zi. Tadalafil 10 și 20 mg este destinat utilizării înaintea activității sexuale anticipate și nu este recomandat pentru administrare zilnică continuă. La pacienții cu răspuns la regimul de administrare la nevoie, care anticipează o utilizare frecventă a Cialis (de exemplu cel puțin de două ori pe săptămână), în funcție de alegerea pacientului și decizia medicului, poate fi considerat adecvat un regim de administrare zilnică de Cialis în doze mici. La acești pacienți doza recomandată este de 5 mg o dată pe zi, administrată la aproximativ același moment al zilei. În funcție de tolerabilitatea individuală, doza poate fi scăzută la 2,5 mg pe zi. Oportunitatea regimului de administrare zilnică continuă trebuie reevaluată periodic.

Utilizarea la bărbații vârstnici: La pacienții vârstnici nu sunt necesare ajustări ale dozelor. Utilizarea la bărbații cu insuficiență renală: Nu sunt necesare modificări ale dozelor la pacienții cu insuficiență renală ușoară până la moderată. Pentru pacienții cu insuficiență renală severă doza maximă recomandată este de 10 mg. Administrarea zilnică a tadalafil nu este recomandată la pacienții cu insuficiență renală severă. Utilizarea la bărbații cu insuficiență hepatică: Doza recomandată de CIALIS este de 10 mg administrată cu sau fără alimente, înainte de activitatea sexuală anticipată. Există date clinice limitate referitoare la siguranța CIALIS la pacienții cu insuficiență hepatică severă (Clasa Child-Pugh C); dacă este prescris, medicul va trebui să facă o evaluare individuală atentă a raportului risc/beneficiu. Nu există informații referitoare la administrarea unor doze mai mari de 10 mg tadalafil la pacienții cu insuficiență hepatică. Administrarea zilnică nu a fost evaluată la pacienții cu insuficiență hepatică; prin urmare, dacă este necesar, medicul va face o evaluare individuală atentă a raportului risc potențial/beneficiu terapeutic. Utilizarea la bărbații cu diabet zaharat: La pacienții diabetici nu sunt necesare ajustări ale dozelor. Utilizarea la copii și adolescenți: CIALIS nu trebuie utilizat de către persoanele cu vârsta sub 18 ani.

Contraindicații: Hipersensibilitate la tadalafil sau la oricare dintre excipienții. În studiile clinice, s-a demonstrat că tadalafil crește efectul hipotensiv al nitraților. Se consideră că acesta este rezultatul asocierii efectelor nitraților și tadalafilului asupra căii oxid nitric/GMPc. De aceea, administrarea CIALIS este contraindicată la pacienții care utilizează orice formă de nitrat organic. Medicamentele destinate tratamentului disfuncției erectile, inclusiv CIALIS, nu trebuie utilizate la bărbații cu boli cardiace, la care nu se recomandă activitatea sexuală. Medicii trebuie să ia în considerare riscul cardiac potențial al activității sexuale la pacienții cu boli cardiovasculare preexistente.

Următoarele grupe de pacienți cu boală cardiovasculară nu au fost incluse în studiile clinice și, în consecință, utilizarea tadalafilului este contraindicată: pacienți cu infarct miocardic apărut în ultimele 90 zile; pacienți cu angină instabilă sau cu angină care apare în timpul actului sexual; pacienți cu aritmii necontrolate, hipotensiune arterială (< 90/50 mmHg) sau cu hipertensiune arterială necontrolată; pacienți cu accident vascular cerebral apărut în ultimele 6 luni.

CIALIS este contraindicat la pacienții care prezintă pierderea vederii la un ochi datorită neuropatiei optice anterioare ischemice non-arteritice (NOAIN), chiar dacă acest episod are sau nu legătură cu expunerea anterioară la un inhibitor PDE5.

Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Pentru diagnosticul disfuncției erectile și pentru determinarea cauzelor potențiale subiacente trebuie să se efectueze anamneza și un examen fizic, înainte de a se decide tratamentul farmacologic. Înainte de inițierea oricărui tratament al disfuncției erectile, medicii trebuie să ia în considerare statusul cardiovascular al pacienților, deoarece activitatea sexuală se asociază cu un anumit grad de risc cardiac. Tadalafil are proprietăți vasodilatatoare, determinând scăderi ușoare și tranzitorii ale tensiunii arteriale și, astfel, potențează efectele hipotensive ale nitraților. La pacienții care utilizează concomitent medicamente antihipertensive, tadalafil poate determina o scădere a tensiunii arteriale. Atunci când se inițiază tratamentul zilnic cu tadalafil, trebuie luată în considerare posibilitatea ajustării dozei tratamentului antihipertensiv. În studiile clinice și/sau studiile după punerea pe piață a medicamentului s-au înregistrat evenimente cardiovasculare grave, incluzând infarct miocardic, moarte subită de origine cardiacă, angină pectorală instabilă, aritmie ventriculară, accidente vasculare cerebrale, atacuri ischemice tranzitorii, dureri precordiale, palpitații și tahicardie. Majoritatea pacienților la care s-au observat aceste evenimente prezentau factori de risc cardiovascular preexistenți. Cu toate acestea, nu este posibil să se determine cu siguranță dacă aceste evenimente sunt legate direct de acești factori de risc, de administrarea CIALIS, de activitatea sexuală sau de o asociere a acestor sau altor factori. Au fost raportate tulburări de vedere și cazuri de NOAIN în legătură cu administrarea CIALIS și a altor inhibitori PDE5. În cazul apariției neașteptate a unei tulburări de vedere, pacientului trebuie să i se recomande să oprească administrarea CIALIS și să contacteze imediat medicul. Datorită expunerii crescute la tadalafil (ASC), experienței clinice limitate și a lipsei posibilității de a influența eliminarea prin dializă, tratamentul zilnic cu CIALIS nu este recomandat pacienților cu insuficiență renală severă. Există date clinice limitate privind siguranța administrării CIALIS la pacienții cu insuficiență hepatică severă (clasa Child-Pugh C). Administrarea zilnică nu a fost evaluată la pacienții cu insuficiență hepatică. Dacă CIALIS este indicat, medicul va face o evaluare individuală atentă a raportului risc potențial/beneficiu terapeutic. Pacienții care au erecții cu durata de 4 ore sau mai mult trebuie instruiți să solicite imediat asistență medicală. Dacă priapismul nu este tratat imediat, se pot produce leziuni ale țesutului penian și pierderea definitivă a potenței. Medicamentele utilizate pentru tratamentul disfuncției erectile, inclusiv CIALIS, trebuie utilizate cu prudență la pacienții cu deformări anatomice ale penisului (cum sunt angulația, fibroza cavernoză sau boala Peyronie) sau la pacienții cu afecțiuni care predispun la priapism (cum sunt siclemia, mielomul multiplu sau leucemia). Evaluarea disfuncției erectile trebuie să includă determinarea cauzelor subiacente potențiale și identificarea tratamentului corespunzător, după o evaluare medicală adecvată. Nu se cunoaște dacă CIALIS este eficient la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale pelvine sau prostatectomiei radicale fără protecția inervației. La unii dintre pacienții care utilizează blocante alfa 1 adrenergice administrarea concomitentă de CIALIS poate determina hipotensiune arterială simptomatică. Asocierea tadalafil cu doxazosin nu este recomandată. CIALIS trebuie prescris cu prudență la pacienții care utilizează inhibitori potenți ai CYP3A4 (ritonavir, saquinavir, ketoconazol, itraconazol și eritromicină), deoarece există riscul creșterii expunerii la tadalafil (ASC) în cazul acestor asocieri. Siguranța și eficacitatea asocierii CIALIS cu alte tratamente ale disfuncției erectile nu au fost studiate. De aceea, utilizarea acestor asocieri nu este recomandată. CIALIS conține lactoză monohidrat. Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la galactoză, deficit de lactază Lapp sau malabsorbție la glucoză-galactoză nu trebuie să ia acest medicament.

Reacții adverse: Reacțiile adverse cel mai frecvent raportate au fost cefaleea și dispepsia. Reacțiile adverse raportate au fost tranzitorii și au fost în general ușoare sau moderate ca severitate. Datele cu privire la reacțiile adverse la pacienții în vârstă de peste 75 ani sunt limitate. Tabelul de mai jos prezintă reacțiile adverse raportate în studiile clinice pre-autorizare, controlate cu placebo, la pacienții tratați cu CIALIS administrat la nevoie, precum și zilnic. De asemenea, sunt incluse reacțiile adverse care au fost raportate după punerea pe piață, la pacienții tratați cu CIALIS administrat la nevoie.

	Tulburări ale sistemului imunitar	Tulburări ale sistemului nervos	Tulburări oculare	Tulburări acustice și vestibulare	Tulburări cardiace	Tulburări vasculare	Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale	Tulburări gastro-intestinale	Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat	Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv	Tulburări ale aparatului genital și al sânelui	Tulburări generale și la nivelul locului de administrare
1		Cefalee						Dispepsie				
2		Amețeli			Palpitații	Hiperemie facială	Congestie nazală	Durere abdominală, Reflux gastro-esofagian		Dorsalgii Mialgii		
3	Reacții de hipersensibilizare		Vedere încețoșată, Senzații descrise ca dureri oculare, Tumefierea pleoapelor, Hiperemie conjunctivală		Tahicardie	Hipotensiune arterială ⁴ , Hipertensiune arterială	Epistaxis		Erupții cutanate, Urticarie, Hiperhidroză (transpirații)			Dureri precordiale ⁴
4		Accident vascular cerebral ⁴ , Sincopă, Atacuri ischemice tranzitorii ⁴ , Migrenă	Defect de câmp vizual		Infarct miocardic ⁴						Erecții prelungite	Edem facial
5		Convulsii, Amnezie tranzitorie	Neuropatie optică anterioară ischemică non-arteritică (NOAIN), Ocluzie vasculară retiniană	Surditate bruscă ³	Angină pectorală instabilă, Aritmie ventriculară				Sindrom Stevens-Johnson, Dermatită exfoliativă		Priapism	Moarte subită de origine cardiacă ⁴

Nota: 1-Foarte frecvente (≥1/10); 2-Frecvente (≥1/100 până la <1/10); 3-Mai puțin frecvente (≥1/1000 până la <1/100); 4-Rare (≥1/10000 până la <1/1000); 5-Frecvență necunoscută (4) Majoritatea pacienților la care s-a raportat apariția acestor evenimente au avut factori de risc cardiovascular pre-existenți. (5) Scăderea bruscă sau pierderea auzului au fost raportate într-un număr mic de cazuri după punerea pe piață și în studiile clinice la utilizarea tuturor inhibitorilor PDE5, inclusiv tadalafil. (6) Hipotensiune arterială raportată mai frecvent atunci când tadalafil este administrat pacienților care utilizează deja medicamente antihipertensive.

La pacienții tratați zilnic cu tadalafil față de cei tratați cu placebo s-a observat o incidență ușor crescută a modificărilor ECG, în principal bradicardie sinusală. Cele mai multe dintre aceste modificări ECG nu au fost asociate cu reacții adverse.

Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe website-ul Agenției Europene a Medicamentului (EMA) <http://www.emea.europa.eu/> Mai sunt autorizate următoarele concentrații de Cialis: comprimate de 2,5 mg, comprimate de 5 mg și comprimate de 10 mg. Pentru mai multe informații vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produselor corespunzătoare fiecărei concentrații. Deținătorul autorizației de punere pe piață: Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten Olanda. Data revizuirii textului: Septembrie 2008

Viața fără disfuncție erectilă?

- Cialis® redă încrederea în sine și spontaneitatea actului sexual¹
- Eficacitate și fermitate a erecției nedepășite²
- Eficacitate inegalabilă de până la 36 de ore³
- Barbații și partenerele lor preferă Cialis®²



RO-C Ad 08-Nov-04
Noiembrie 2008

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

 **Cialis®**
tadalafil

Mai aproape de o viață fără DE