

Con il Patrocinio di

  Associazione Italiana
Radioterapia e Oncologia clinica



2° Convegno Nazionale

**IL TEAM INTERDISCIPLINARE
NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA**

NEGRAR DI VALPOLICELLA 6-7 DICEMBRE 2019
Sala Perez - IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria



Coordinatori: STEFANIA GORI - FILIPPO ALONGI - STEFANO CAVALLERI

COME AFFRONTARE L'IMPOTENZA NEL PAZIENTE CON CARCINOMA DELLA PROSTATA

Walter Vena & Alessandro Pizzocaro
UO Endocrinologia, Diabetologia e
Andrologia
- Istituto Clinico Humanitas -



HU HUMANITAS
UNIVERSITY

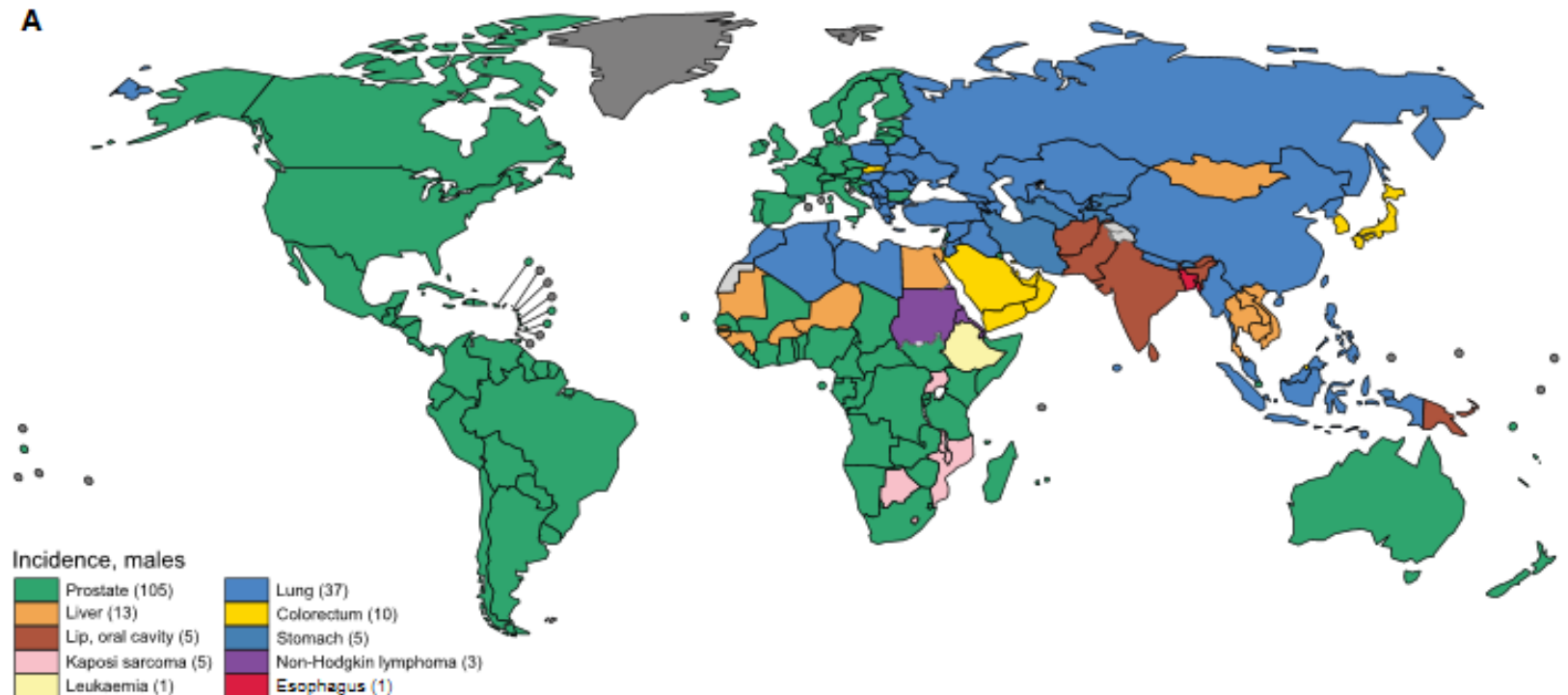
EPIDEMIOLOGIA

Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries

Il carcinoma prostatico è il **secondo** cancro più frequente e **la 5° causa di morte per cancro nella popolazione maschile.**

Global Cancer Statistics 2018

FIGURE 5. Global Maps Presenting the Most Common Type of Cancer Incidence in 2018 in Each Country Among (A) Men and (B) Women. The numbers of countries represented in each ranking group are included in the legend. Source: GLOBOCAN 2018.



Si stima che **nel 2018** il numero di diagnosi di PCa siano state circa **1.3 milioni**, costituendo circa il **7 %** del totale delle diagnosi di cancro in entrambi i sessi.

EPIDEMIOLOGIA

Prostate Cancer

Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries

EUROPEAN UROLOGY 70 (2016) 862–874

Table 2 – Group categories for trends in prostate cancer incidence and mortality in the most recent 10 years

	Incidence	Mortality	Countries ^a
Group A	↑	↑	Bulgaria, Philippines, Singapore
Group B	↑	↓	Brazil, Czech Republic, France, Ireland, Israel, Italy, Japan, Netherlands, Poland, Spain, Switzerland, UK
Group C	↑	Stable	China, Croatia, Estonia, Latvia, Lithuania, Portugal, Slovakia, Slovenia
Group D	Stable	↓	Australia, Austria, Colombia, Canada, Denmark, New Zealand, Norway
Group E	Stable	Stable	Costa Rica, Iceland, Malta
Group F	↓	↓	Finland, Sweden, USA

^a All countries had a very high human development index (HDI; >0.796) except for Bulgaria, Brazil, Colombia, and Costa Rica (high HDI, 0.710–0.796) and Philippines (medium HDI, 0.534–0.710).

A fronte dell'aumento dell'incidenza,
in alcuni paesi (gruppo B)
si riduce sempre di più la mortalità con
sempre **maggiore aspettativa di vita**

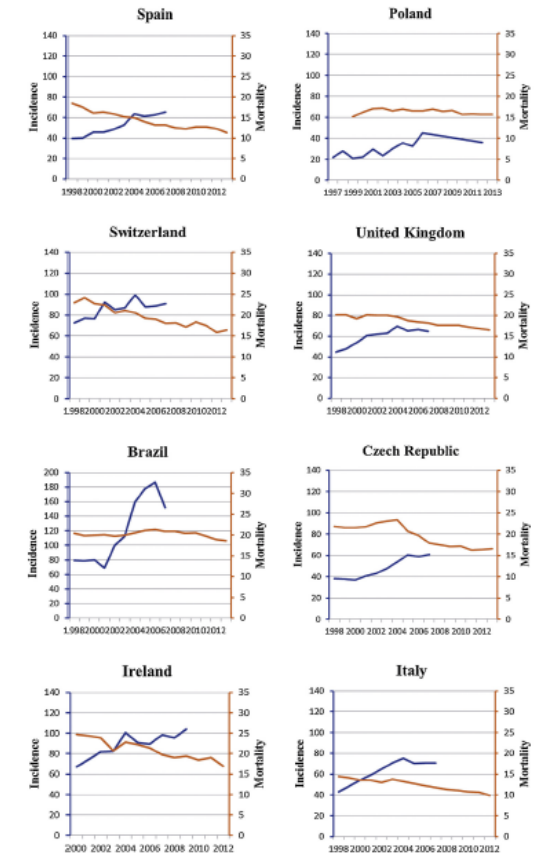


Fig. 2. (Continued)



ANATOMIA
PROSTATICA

QUANDO COMPARE LA DE ??

L' Impatto della diagnosi di PCa

BJUI
BJU INTERNATIONAL

Prostate cancer diagnosis is associated with an increased risk of erectile dysfunction after prostate biopsy

Brian T. Helfand, Alexander P. Glaser, Kalen Rimar, Sherwin Zargaroff, Jason Hedges, Barry B. McGuire, William J. Catalona and Kevin T. McVary

TABLE 2 Characteristics of erectile function and LUTS after PNBx*

	Overall, N = 85	Positive biopsy, N = 23	Negative biopsy, N = 62	P
Post-PNBx evaluation, days	128.1 (91.6)	51.5 (64.9)	156.6 (83.6)	<0.001
IIEF score* after PNBx	54.3 (17.2)	48.7 (16.1)	56.3 (17.2)	0.07
SHIM-5 score* after PNBx	18.5 (6.8)	16.6 (6.0)	19.2 (6.9)	0.11
Change in total IIEF score	-3.5 (11.8)	-10.1 (10.7)	-1.1 (11.3)	0.001
Change in SHIM-5 score	-1.2 (5.1)	-3.3 (4.5)	-0.5 (5.1)	0.02
Change in erectile function domain score	-1.7 (5.6)	-4.3 (5.2)	-0.8 (5.5)	0.01
Change in orgasmic function domain score	-0.4 (3.3)	-1.4 (2.3)	0.0 (3.5)	0.04
Change in sexual desire domain score	-0.4 (1.8)	-1.3 (2.1)	0.0 (1.5)	0.01
Change in intercourse satisfaction domain score	-1.1 (3.0)	-2.4 (2.9)	-0.6 (2.8)	0.009
Change in overall satisfaction domain score	-0.0 (1.8)	-1.0 (1.3)	0.3 (1.9)	0.002
AUA-SI score† after PNBx	9.8 (7.0)	8.5 (7.7)	10.1 (6.8)	0.36
QoL score† after PNBx	1.8 (1.3)	1.6 (1.3)	1.9 (1.4)	0.46
Change in AUA-SI score	-0.3 (4.8)	0.1 (1.7)	-0.4 (5.4)	0.55
Change in QoL score	-0.1 (1.1)	0.2 (0.8)	-0.2 (1.1)	0.07

Data are presented as mean (SD) unless otherwise specified.

*Lower scores indicate greater dysfunction. †Higher scores indicate greater dysfunction. (P values from two-sample t-tests).

85 uomini valutati **pre-post biopsia** prostatica con:

- IIEF
- AUA-IS
- QoL

L'analisi di sottogruppo mostrava una **riduzione significativa del punteggio IIEF nel gruppo con diagnosi di PCa** (-10.1 vs 1.0, $p < 0.001$), riduzione legata a minor punteggio in tutti i domini esplorati dal questionario, incluso l'EF ($p=0.01$).

La sola diagnosi di PCa si associa con un peggioramento del punteggio IIEF [Odds Ratio 7.2, $p = 0.003$]

TANTI STUDI, MA DI BASSA QUALITA'

THE JOURNAL OF
SEXUAL MEDICINE

ISSM METHODOLOGY REPORT

Erectile Recovery After Radical Pelvic Surgery: Methodological Challenges and Recommendations for Data Reporting

Paolo Capogrosso, MD, FEBU,¹ Edoardo Pietro Pozzi, MD,² Valerio Celentano, MD, FRCS,^{3,4} Rafael Sanchez-Salas, MD,⁵ and Andrea Salonia, MD, PhD, FECSM^{1,2}

Table 2. Preoperative patient assessments among studies investigating erectile function outcomes after radical pelvic surgery

Assessment	n (%)		
	RP (n = 280; 72%)	RC (n = 36; 9%)	RS (n = 73; 19%)
Baseline erectile function reported			
No	35 (12)	12 (33)	24 (33)
Yes	245 (88)	24 (67)	49 (67)
Baseline comorbidity reported			
No	106 (38)	13 (36)	11 (15)
Yes	174 (62)	23 (64)	62 (85)
Patients age reported			
No	0 (0)	4 (11)	1 (1)
Yes	280 (100)	32 (89)	72 (99)
Timing of preoperative erectile function assessment			
Before surgery	251 (90)	28 (100)	49 (67)
Before cancer diagnosis	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Not reported	27 (10)	0 (0)	24 (33)

RC = radical cystectomy; RP = radical prostatectomy; RS = rectal surgery.

La ricerca sulla funzione erettile dopo chirurgia pelvica fatta con **metodologie omogenee** ci permetterebbe di **stimare gli outcome del trattamento** sulla base dei fattori di rischio pre-operatori e **migliorare il ruolo del counseling pre-operatorio**

Box 1. Methodological Suggestions to Report Erectile Function Outcomes After Pelvic Surgery

Preoperative Assessment

Report patient baseline characteristics associated with postoperative EF (age, comorbidities).
Assess and report baseline EF to allow correct interpretation of postoperative outcomes.
Perform baseline EF assessments before cancer diagnosis.

Surgical Details

Report the type of surgical approach (open, laparoscopic, or robotic).
Provide details on the surgical techniques used (eg, nerve- or organ-sparing), as they are known to affect postoperative EF.
Report the surgeon's experience (eg, surgical case load).
Report cancer staging after surgery, as local invasiveness could lower the possibility of conservative surgery.

Methodology of EF Assessment

Use validated tools to assess EF (if available to specifically address surgical patients).
Properly define EF recovery after surgery using user-friendly cut-off scores of validated tools or defining recovery as a "back to baseline" condition.
Assess post-operative EF through at least 2 years of follow-up to allow for recovery from surgery.
Report the use of pro-erectile aids (any type), both as an on-demand therapy and in the context of a protocol of rehabilitation.

Postoperative Assessment

Report rates of patients receiving further cancer treatments other than surgery.
Report and account for functional factors that could affect EF (eg, urinary or fecal continence, urinary diversion).
Include assessments of sexual desire, as they may affect sexual function regardless of potency.

FATTORI PREDITTIVI PER RECUPERO

ORIGINAL CONTRIBUTION

PREDICTING ERECTILE FUNCTION AFTER PROSTATE CANCER

JAMA, September 21, 2011—Vol 306, No. 11
Corrected on September 20, 2011

1201 uomini inclusi, di cui **1027 (86%)** hanno completato la valutazione a **24 mesi dal trattamento per PCa:**

- Prostatectomia (n=524);
- Radioterapia esterna (n=241),
- Brachiterapia (n=262)

Risultati del follow-up a 2 anni

Il 37 % di tutti i pazienti ed il 48% di coloro che avevano erezioni funzionali prima del trattamento conservava funzionalità.

FATTORI PRE-TRATTAMENTO ??

Table 1. Multivariable Logistic Regression Models Predicting Functional Erections Suitable for Intercourse at 2 Years After Treatment, According to Planned Primary Prostate Cancer Treatment in the PROSTQA Cohort^a

Treatment, Variable	Parameter Estimate (SE)	OR (95% CI)	Wald χ^2 P Value	Bootstrap Parameter Estimate (SE)
Prostatectomy				
Intercept	-2.96 (1.38)			-3.00 (1.42)
Pretreatment sexual HRQOL score (per 10 points)	0.45 (0.07)	1.6 (1.4-1.8)	<.001	0.45 (0.07)
Age (per 10 y)	-0.56 (0.16)	0.6 (0.4-0.8)	<.001	-0.58 (0.16)
Nerve-sparing	1.18 (0.39)	3.6 (1.3-10.1)	.01	1.39 (0.57)
PSA \leq 10 ng/mL	0.85 (0.36)	2.3 (1.2-4.7)	.02	0.88 (0.37)
External radiotherapy				
Intercept	-5.22 (0.76)			-5.37 (0.79)
Pretreatment sexual HRQOL score (per 10 points)	0.54 (0.08)	1.7 (1.4-2.0)	<.001	0.55 (0.09)
No neoadjuvant hormone therapy	1.18 (0.39)	3.3 (1.5-7.0)	.003	1.24 (0.41)
PSA <4 ng/mL	1.17 (0.46)	3.2 (1.3-8.0)	.01	1.24 (0.48)
Brachytherapy				
Intercept	-3.13 (2.21)			-3.40 (2.34)
Pretreatment sexual HRQOL score (per 10 points)	0.72 (0.11)	2.1 (1.7-2.5)	<.001	0.75 (0.11)
Age (per 10 y)	-0.63 (0.28)	0.5 (0.3-0.9)	.03	-0.64 (0.30)
African American race/ethnicity	1.13 (0.60)	3.1 (0.9-10.0)	.06	1.18 (0.64)
BMI ^b				
<25	2.30 (0.94)	9.2 (1.7-50.0)	.01	2.30 (0.94)
25-34.9	1.40 (0.77)	4.0 (0.9-18.4)	.07	1.45 (0.85)
\geq 35	0	1 [Reference]		

Disfunzione Erettile – Prevalenza in Italia

European

Eur Urol 2000;37:43–49 Accepted after revision: May 12, 1999

Urology

Frequency and Determinants of
Erectile Dysfunction in Italy

Studio italiano su 2.010 uomini

Table 1. Age distribution and prevalence of ED in 2,010 men studied, Italy 1996

Age, years	Men	Percent with ED (95% CI)
18–29	281	2.1 (1.0–5.7)
30–39	427	1.9 (1.0–4.4)
40–49	483	4.8 (3.2–7.6)
50–59	343	15.7 (11.9–21.2)
60–70	298	26.8 (21.5–33.8)
>70	178	48.3 (38.8–60.9)
Total	2,010	12.8 (11.3–14.6)

CI = Confidence interval.

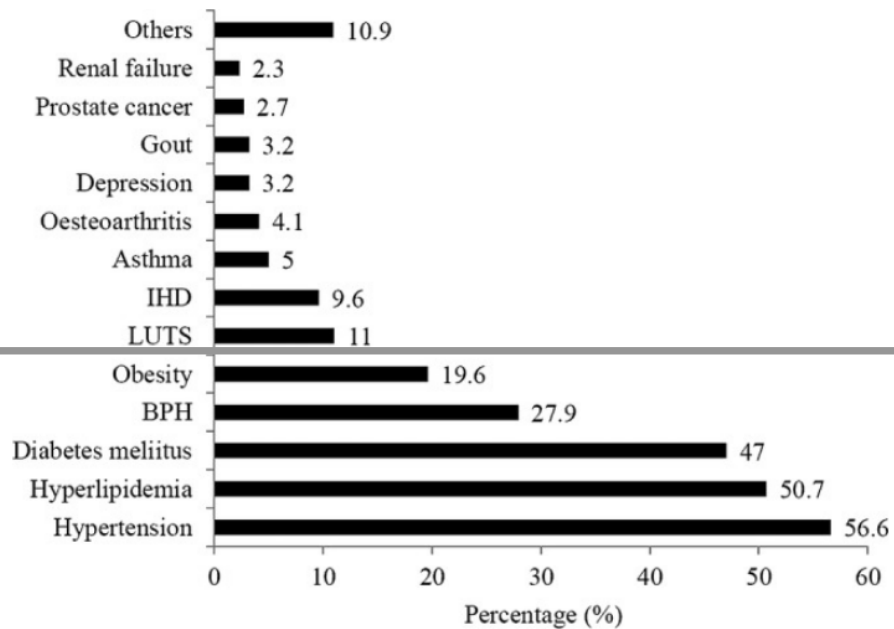
Prevalenza di Disfunzione erettile

- nella popolazione studiata: 13 %
- età 40-49 anni : 4.8 %
- età 50-59 anni : 15.7 %
- **età 60-69 anni : 26.8 %**
- **età 70-79 anni : 48.3 %**

Disfunzione erettile - Comorbidità

QUANDO aumenta rischio di disfunzione erettile ?

Figure 2



Types of comorbidities in patients with erectile dysfunction (BPH, benign prostatic hyperplasia; IHD, ischaemic heart disease; LUTS, lower urinary tract symptom).

Zaman Huri H, Lian Choo T, Sulaiman CZ, *et al.* *BMJ Open* 2014;4:e005381. doi:10.1136/bmjopen-2014-005381

QUANTO aumenta il rischio di disfunzione erettile ?



Fumo : 1.4 volte



Ipercolesterolemia: 1.8 volte



Diabete : 2.5 volte



Ipertensione : 3.0 volte

IMPATTO DEL TRATTAMENTO

Prostate cancer survivorship: a review of erectile dysfunction and penile rehabilitation after prostate cancer therapy



La reale **incidenza di DE** dopo trattamento del cancro prostatico **non è ancora nota, ma:**

- ❖ la prevalenza di DE **dopo RP** si attesta tra **60–70%**
- ❖ la DE indotta da RT continua a svilupparsi fino a 3 anni dopo il trattamento, con prevalenza simile alla popolazione trattata con RP (NB: la brachiterapia potrebbe rappresentare un fattore protettivo rispetto alla RT esterna)
- ❖ La terapia ormono-soppressiva (ADT) da sola o in combinazione con RT determina un significativo aumento del rischio di DE

ASPETTI PSICOLOGICI

SEXUAL MEDICINE REVIEWS

REVIEW

Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunction in Pelvic Cancer Survivorship

[Check for updates](#)

David K. Twitchell, BA,¹ Daniela A. Wittmann, MSW, PhD,² James M. Hotaling, MS, FECSM, MD,³ and Alexander W. Pastuszak, MD, PhD³

- Modifica della sensazione orgasmica e dell'eiaculazione
- Modifica della percezione di mascolinità
- Crisi d'identità sessuale
- Aumentato rischio di depressione

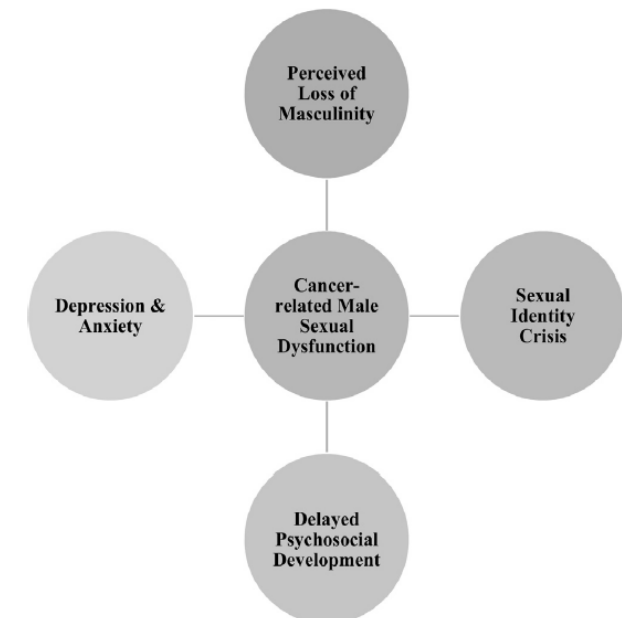
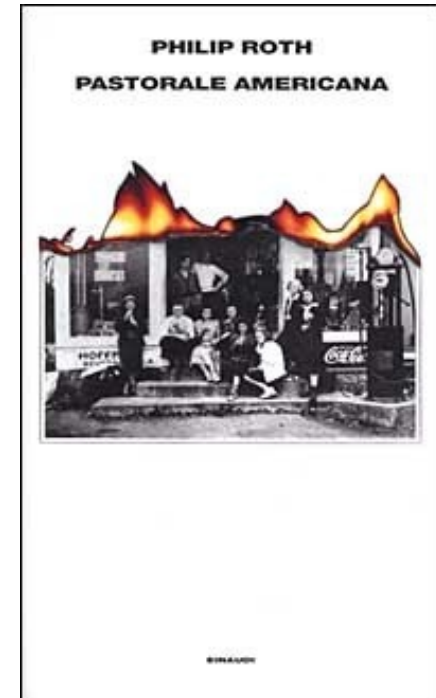


Figure 1. Psychological impacts of cancer-related male sexual dysfunction.

ASPETTI PSICOLOGICI

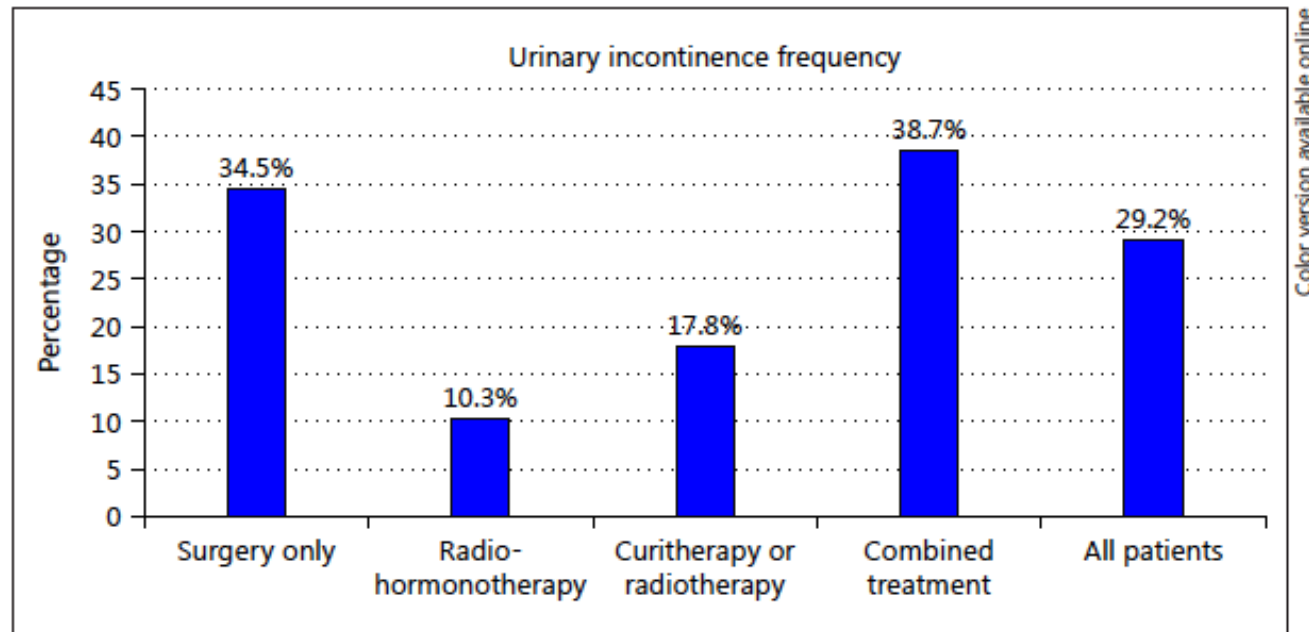
Non sottovalutare la sfera psicologica e
l'impatto di altri parametri funzionali



OFFRIRE AL PAZIENTE LA POSSIBILITA' DI COUNSELING PSICOLOGICO

OLTRE ALLA DISFUNZIONE ERETTILE

**Urinary Incontinence, Patient Satisfaction,
and Decisional Regret after Prostate Cancer
Treatment: A French National Study**



**Circa il 30 % dei
pazienti
sviluppa
incontinenza
urinaria**

A thick black L-shaped frame is positioned on the left and bottom edges of the page, framing the central text.

IL RUOLO
DELL'
ANDROLOGO

“RIABILITAZIONE” PENIENA

Utilizzo di qualsiasi farmaco o dispositivo al fine di migliorare il recupero della funzione erettile dopo RP/RT

Mulhall JP, 2008

Tre Key points:

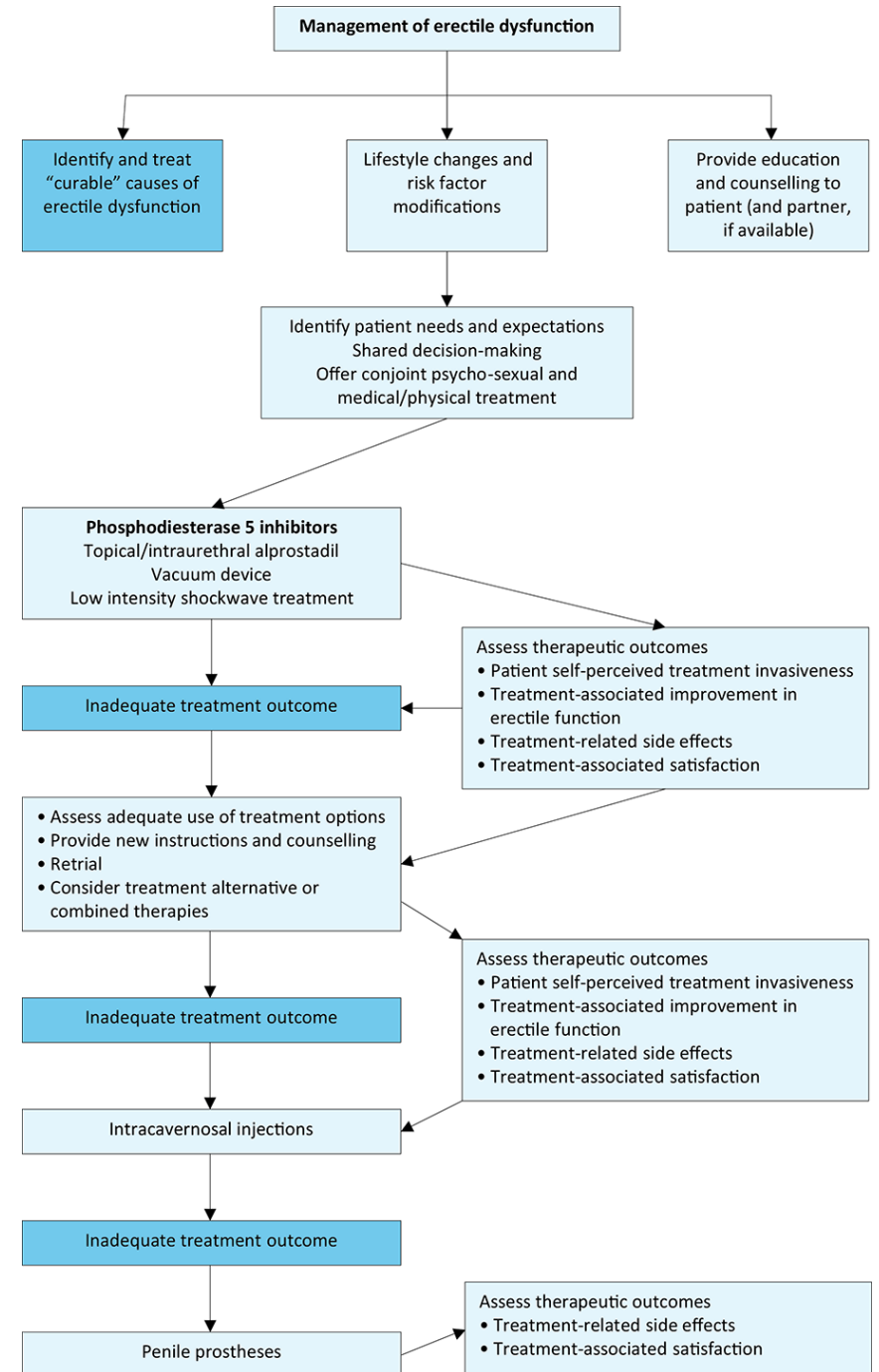
- Migliorare l'ossigenazione dei corpi cavernosi
- Preservare la struttura e funzione endoteliale
- Prevenire i cambiamenti strutturali della muscolatura liscia (fibrosi)

Kim HJ, 2015

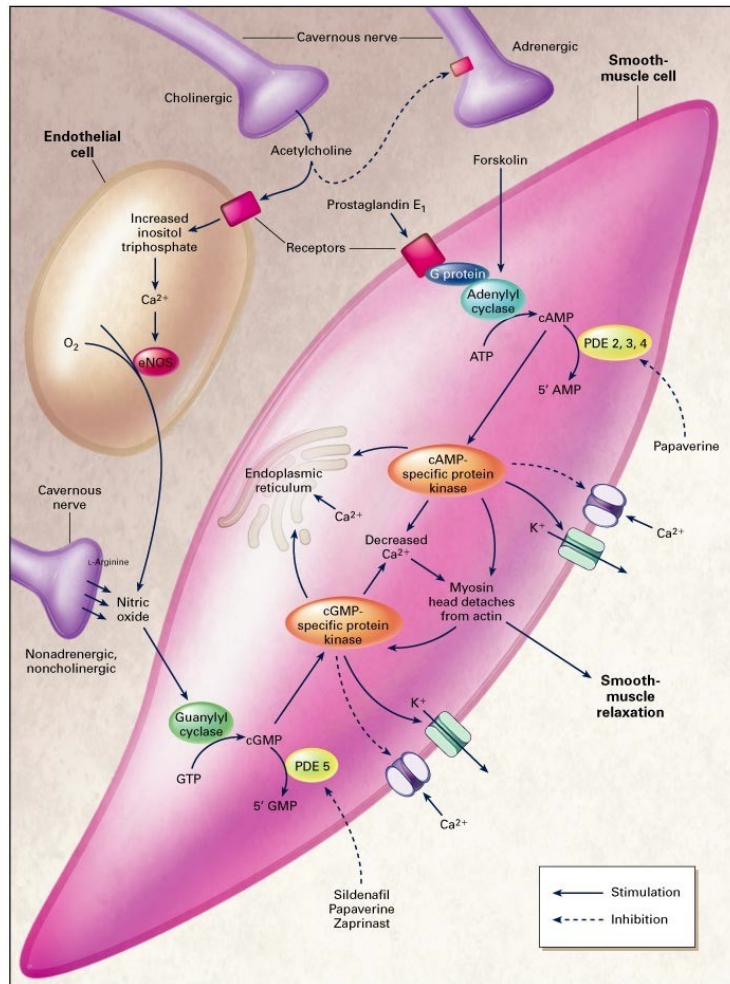
EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism

K. Hatzimouratidis (Chair), F. Giuliano, I. Moncada,
A. Muneer, A. Salonia (Vice-chair), P. Verze
Guideline Associates: A. Parnham, E.C. Serefoglu

© European Association of Urology 2018



I PDE-5 inibitori: la prima scelta



Gli inibitori della PDE-5 sono ancora considerati la **prima linea di trattamento** nei pazienti sottoposti a chirurgia **nerve-sparing** (indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata) e nei pazienti sottoposti a **sola RT**.

SCHEDULED or
ON-DEMAND
TREATMENT,
THIS IS THE PROBLEM ...



OUTCOME VALUTATI

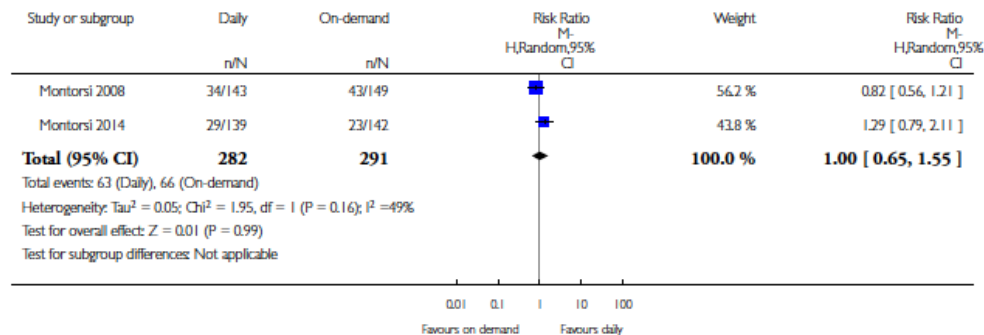
- 1) funzione erettile «patient-reported» → **nessuna differenza**
- 2) funzione erettile «standardizzata» → **nessuna differenza**
- 3) comparsa di effetti collaterali al trattamento → **nessuna differenza**

Analysis 2.2. Comparison 2 Daily phosphodiesterase 5 inhibitor versus on-demand phosphodiesterase 5 inhibitor, Outcome 2 Erectile function (short term).

Review: Penile rehabilitation for postprostatectomy erectile dysfunction

Comparison: 2 Daily phosphodiesterase 5 inhibitor versus on-demand phosphodiesterase 5 inhibitor

Outcome: 2 Erectile function (short term)



Authors' conclusions

«Based on mostly very-low and some low-quality evidence, penile rehabilitation strategies consisting of scheduled PDE5I use following radical prostatectomy may not promote self-reported potency and erectile function any more than on demand use»

I PDE-5 inibitori: ruolo riabilitativo ??

Table 1: Penile rehabilitation after prostate cancer treatment: summary of clinical trials using oral PDE5i

Author	Year	n	Follow-up	Study design	Prostate cancer treatment modality	ED treatment (treatment period)	Significant findings
Padma-Nathan <i>et al.</i> ¹⁷	2008	125	44 weeks	Prospective, double blind, randomized, placebo-controlled	RP	Nightly sildenafil versus placebo (36 weeks)	Sildenafil had higher IIEF score and increased nocturnal rigidity
Pavlovich <i>et al.</i> ²⁰	2013	100	13 months	Prospective, double-blind, randomized	RP	Daily sildenafil with on demand placebo versus daily placebo with on demand sildenafil (12 months)	No difference in IIEF scores between treatments
Montorsi <i>et al.</i> ¹⁹	2008	628	13.5 months	Prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled	RP	Nightly vardenafil versus on-demand versus placebo (9 months)	On-demand group had significantly more patients with IIEF >22 After a washout period, there was no difference in EF between groups
Montorsi <i>et al.</i> ²²	2014	423	13.5 months	Prospective double-blind, randomized, placebo-controlled	RP	Tadalafil nightly versus on-demand versus placebo (9 months)	Daily tadalafil had significantly higher IIEF at 9 months treatment period After washout, no difference in EF between groups Tadalafil daily: protection from penile length loss
Mulhall <i>et al.</i> ²¹	2013	298	12 weeks	Prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled	RP	Avanafil on-demand 100 mg versus 200 mg versus placebo (12 weeks)	On-demand avanafil 100 mg or 200 mg improved drug-assisted EF Washout period not assessed
Ilic <i>et al.</i> ²⁸	2012	27	2 years	Prospective double-blind, randomized, placebo-controlled	RT	Prophylactic daily sildenafil versus placebo (6 months)	Daily sildenafil did not result in improved EF at 2 years
Zelevsky <i>et al.</i> ²⁹	2014	279	2 years	Prospective double-blind, randomized, placebo-controlled	RT	Daily sildenafil versus placebo (6 months)	Daily sildenafil=improved overall EF
Pisansky <i>et al.</i> ³⁰	2014	242	1 year	Prospective double-blind, randomized, placebo-controlled	RT	Daily tadalafil versus placebo (24 weeks)	Daily tadalafil did not result in improved EF

PDE5i: phosphodiesterase-5 inhibitors; RP: radical prostatectomy; RT: radiotherapy; IIEF: International Index of Erectile Function; EF: erectile function; ED: erectile dysfunction

**RUOLO
RIABILITATIVO
ANCORA
DIBATTUTO**



I PDE-5 inibitori: quando e come ??

Il **trattamento precoce** sembra migliorare l'impatto sul recupero naturale della funzione erettile, ma non ci sono ancora dati in grado di dimostrare la superiorità di un protocollo riabilitativo rispetto agli altri.

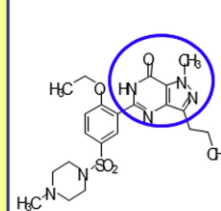
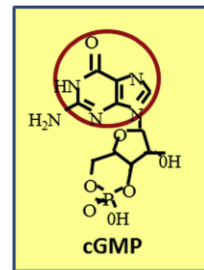
© European Association of Urology 2018

EAU European Association of Urology

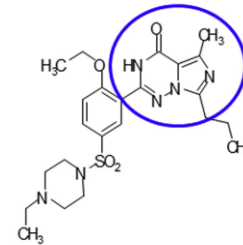
NOTA 75



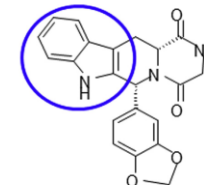
La prescrizione di inibitori della PDE5 a **carico del SSN** è limitata ai pazienti con disfunzione erettile **in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica secondo un piano terapeutico** redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN.



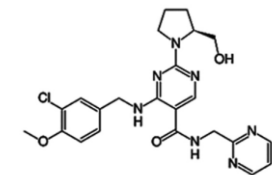
Sildenafil
25 mg



Vardenafil
20 mg



Tadalafil
20 mg



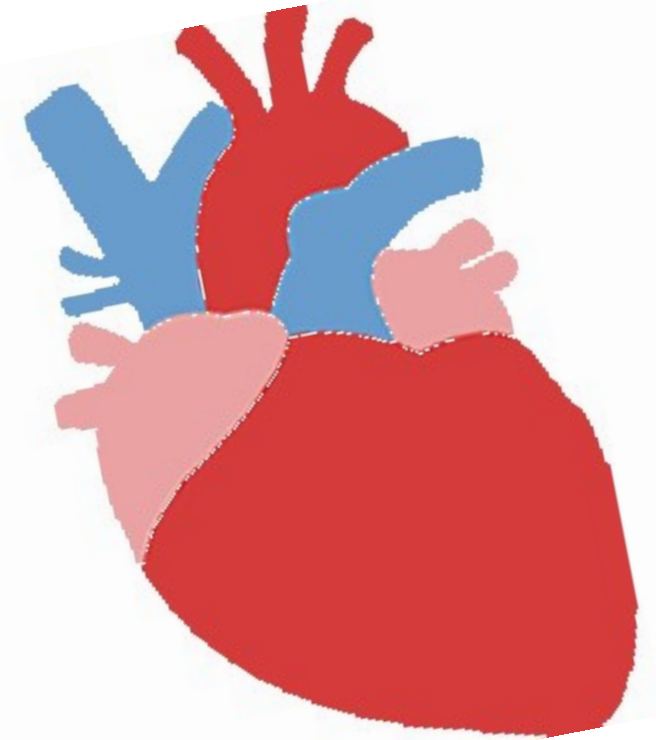
Avanafil
100 / 200 mg

Controindicazioni all'uso di PDE-5 I

Trattamento con farmaci **nitroderivati** per angir

- Nitroglicerina (es. Trinitrina)
- Isosorbide mononitrato (es. Monoket)
- Isosorbide dinitrato (es. Carvasin)

Eccesso di cGMP con rischio di severa ipotensior



15a

**What To Do
When Things
Don't Work Out**



**Oltre ai PDE-5
inibitori?**

**Pazienti non-responders alla
terapia con PDE-5 i**

**Pazienti sottoposti a chirurgia
extrafasciale**

Pazienti in corso di ADT

Iniezioni intracavernose (ICI)

Alprostadil: unico approvato per uso intracavernoso* ,
al dosaggio di 5-20 µg

Necessario **programma di addestramento** del paziente e/o del partner.

Efficacia (> 70%)

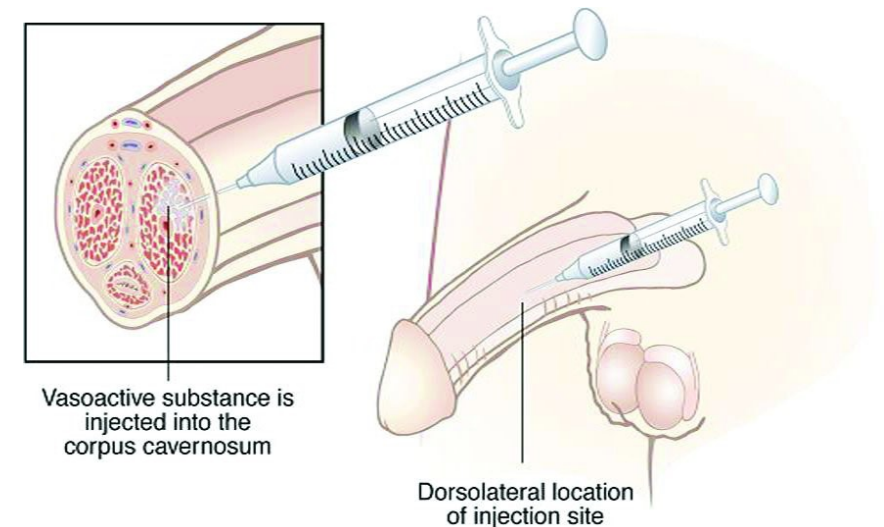
Soddisfazione di coppia (85-95%)

Complicazioni:

- dolore (<10% delle iniezioni)
- erezioni prolungate e priapismo (< 5%)
- fibrosi peniena (2%)
- ipotensione ortostatica (solo per dosaggi elevati)

Controindicazioni:ipersensibilità ad alprostadil e coagulopatie.

Elevato drop-out dal trattamento: **41-68%**
(nei primi mesi)



Iniezioni intracavernose (ICI)

TERAPIA COMBINATA (INIEZIONI BIMIX o TRIMIX)

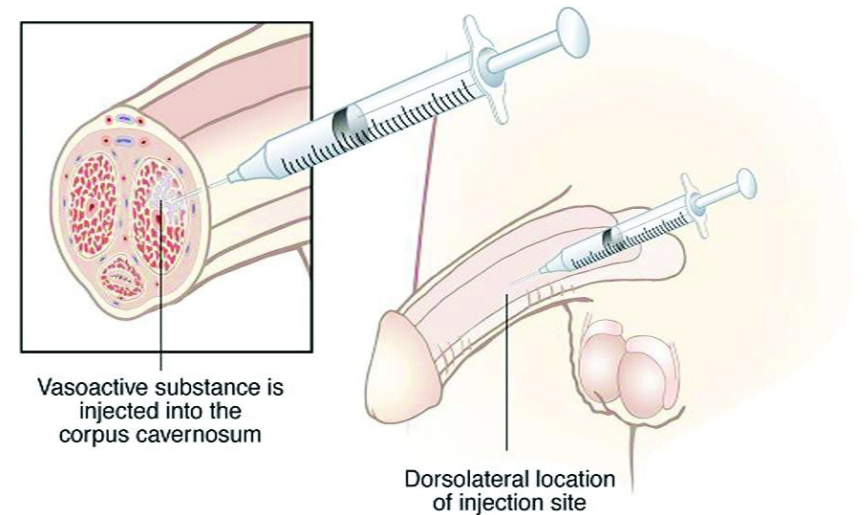
PAPAVERINA - FENTOLAMINA

Migliore efficacia, tuttora **utilizzo off-label**

TRIMIX raggiunge **efficacia fino al 92 %** con minore frequenza di dolore

Complicanze: fibrosi (fino al 5-10%)

Necessario programma di addestramento del paziente e/o del partner.



PGE1 intra-uretrale

Alprostadil intrauretrale

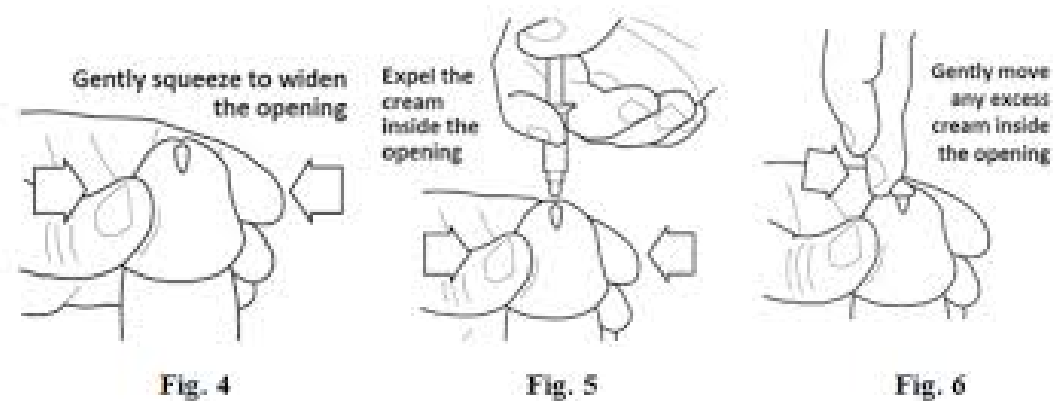
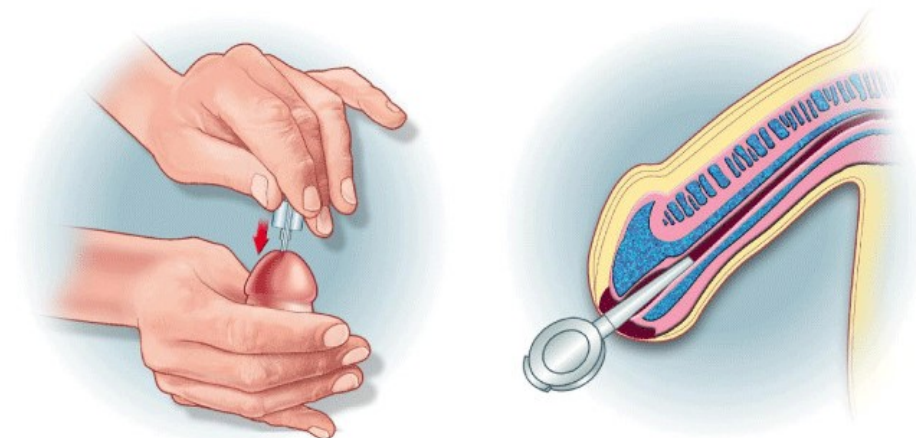
Specifico applicatore (dosaggio 125-1000 µg)

Efficacia variabile: 30-65.9%

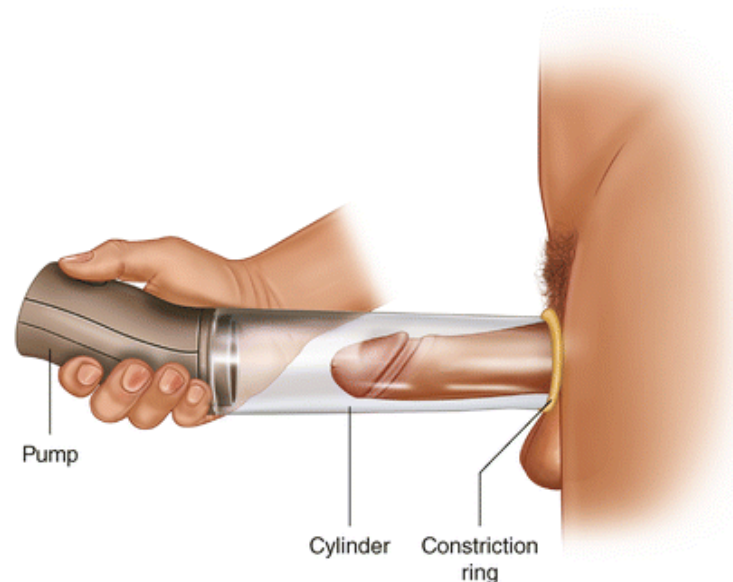
Efficacia **significativamente minore rispetto alla terapia intracavernosa** con bassissima percentuale di aderenza long-term alla terapia (<30%)

Effetti collaterali: eritema, bruciore (risoluzione spontanea), sanguinamento uretrale (5%).

Alternativa meno invasiva per i pazienti che non vogliono praticare iniezioni.



Vacuum Erection Device



© European Association of Urology 2018

eau European Association of Urology

Determina **riempimento passivo dei corpi cavernosi**, mantenuto grazie all'applicazione di un anello elastico alla base dell'asta (T max = 30 minuti)

Non rimborsabile SSN

Elevato tasso di abbandono del trattamento legato a comparsa di eventi avversi (dolore, petecchie, formicolio).

Controindicazioni : coagulopatie / terapia anticoagulante

Trattamento potenzialmente di scelta in paziente di età avanzata con bassa frequenza di rapporti

POSSIBILE UTILIZZO COMBINATO CON PDE-5 INIBITORI FIN DALLE FASI PRECOCI POST- CHIRURGIA PER MANTENERE ELASTICITA' DEI TESSUTI

PROTESI PENIENA: quando ?

Indicata in caso di:

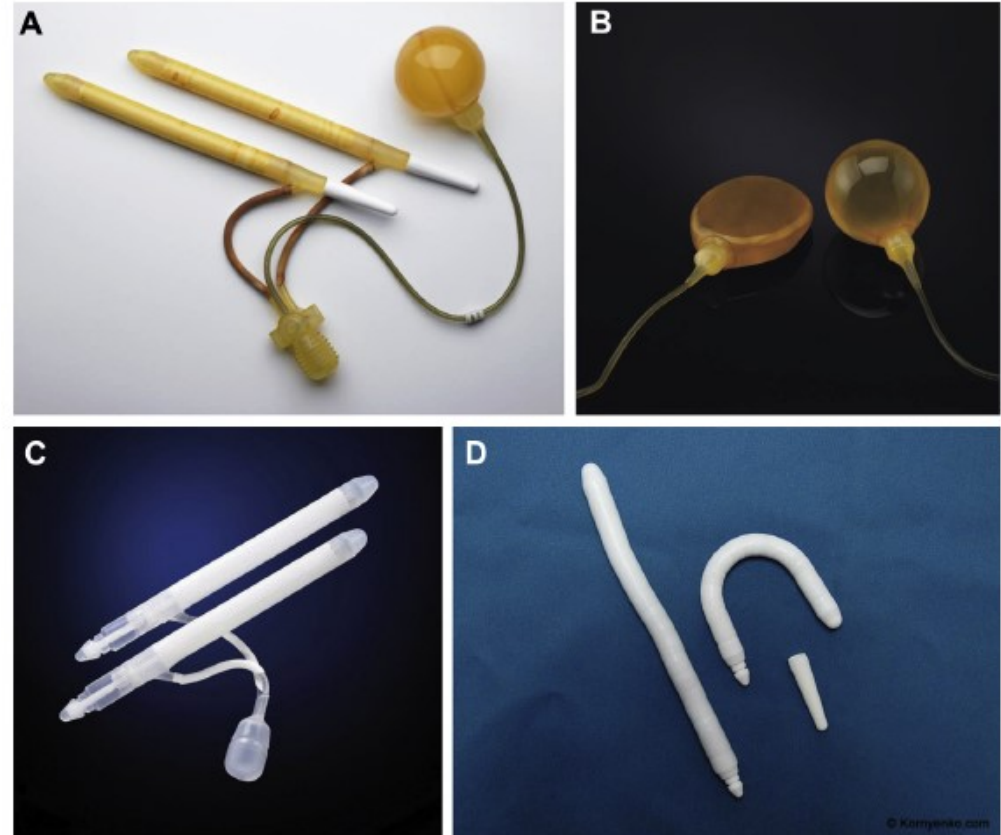
- Elevata motivazione per recupero della funzione sessuale
- Pazienti giovani
- Mancata risposta alle terapie di prima e seconda linea

Soddisfazione:

- 92-100% pazienti e 91-95% nei partner

Complicazioni:

insufficienza meccanica
infezione



TAKE-HOME MESSAGES

- Le conseguenze funzionali post PCa rappresentano fattori con impatto psicologico e sulla qualità di vita dei pazienti e della coppia
- Il corretto approccio terapeutico e l'utilizzo di tutti gli «strumenti» a disposizione del medico offrono più possibilità di successo terapeutico
- La terapia con PDE-5 I è in grado di migliorare la qualità di vita sessuale, pur non avendo ancora un ruolo riabilitativo
- La mancata risposta ai PDE-5 I candida il paziente a terapie di seconda o terza linea, in alcuni casi devono da avviare come prima scelta o in combinazione con la terapia orale
- Il trattamento combinato va sempre considerato tra le opzioni terapeutiche, ma non esiste uno schema migliore.

GRAZIE
PER LA
VOSTRA
ATTENZIONE



Sezione di Andrologia
U.O. Endocrinologia, Diabetologia e Andrologia
Medica
Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)

A. Pizzocaro
L. Vaccaluzzo