

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

7-11 gennaio 2019 - Roma

LA DIAGNOSTICA SESSUOLOGICA IN ENDOCRINOLOGIA

CASO CLINICO

Specializzando: Dr. Stefano Colangelo

Tutor: Prof. Daniele Gianfrilli

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Sez. di Fisiopatologia Medica ed Endocrinologica

Sapienza Università di Roma

15/1/2016

D.M. maschio, 31 Anni

-A.FAMILIARE:

-K.Colon (padre)

-HCC (nonno materno, zio paterno)

-A.FISIOLOGICA:

Fonico, relazione stabile ma non desiderio di paternità a breve termine, beve 3 litri al dì, dieta iperproteica

-nega nicturia, disuria, algia testicolare

-ex fumatore da 1 anno (10 sigarette al dì per 15 anni), consumo occasionale di alcoolici, nega sostanze d'abuso

-Attività fisica regolare (sollevamento pesi 4 volte a settimana da circa 5 anni).

-A.PAT.REMOTA:

-Nega traumi cranici, pelvico scrotali

-Scleroembolizzazione per Varicocele sx di III grado all'età di 21 aa

-IVU maggio 2015 trattata con antibiotici non meglio specificati

Nega TERAPIA DOMICILIARE

Utilizzo quotidiano di integratori proteici e multivitaminici per la palestra

MOTIVO DELLA VISITA:

-Disfunzione Erettile, Calo desiderio sessuale, Riduzione erezioni mattutine da circa un anno.

-riferisce nell'ultimo periodo lieve calo tono dell'umore e insonnia

PORTA IN VISIONE:

-Ecocolordoppler testicolare (11/2/2005) post-sclero: Vol.Dx 18 mL; Vol. Sx 16 mL; didimi ed epididimi nella norma per forma, dimensioni ed ecostruttura. Piccola calcificazione parenchima testicolare sinistro. No lesioni focali, no segni di recidiva di varicocele.

-Visita Cardiologica ed ECG (11/2/2014): nei limiti della norma

-Ecografia prostatica transrettale (25/05/2015): normale per dimensioni e struttura

-Analisi (20/5/2015): GR 5.80 (4.30-5.90); Hb 16.1 g/dL (13.50-16.50); MCV 87 fL (80.00-96.00); HCT 49.2 % (40.00-50.00); GB 7.12 (4.40-11.30); N 62 %; PLT 159 (150-450); PSA 2.1 ng/mL

-Non porta in visione esame del liquido seminale 2006 ma che riferisce nella norma

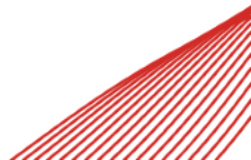
ALL'E.O: Peso 89 Kg; Altezza 1.80 m; BMI 27.5 kg/m²

Massa muscolare ipertrofica. Ginecomastia lieve.

Asta e pilifero nella norma, volumi testicolari stimati (12-15mL Dx, 10-12 mL Sn)

Questionario IIEF-15: 9 (1-30)

Cosa fare?

- Prescrivere Ecocolordoppler penieno basale e dinamico
 - Prescrivere Esami ormonali ed ecocolordoppler testis
 - Prescrivere Esami ormonali ed ecocolordoppler testis, iniziando in parallelo terapia con PDE5 inibitori
- 

- **ECOCOLORDOPPLER TESTIS (23/3/2016):** *'Vol.Dx 13.1 mL; Vol.Sx 11.1 mL; Didimi in sede, ad ecogenicità media, isoecogeni fra di loro, ecostruttura disomogenea. Epididimi in sede, entrambi di dimensioni nella norma, ad ecostruttura omogenea. Dotti deferenti in sede, nei limiti per calibro e decorso. A sinistra, in sede prevalentemente sovratesticolare, si rilevano alcuni vasi venosi non ectasici che presentano deboli e intermittenti segnali CD durante Valsalva in ortostatismo, di dubbia valenza emodinamica. Nulla da segnalare a carico del plesso pampiniforme destro.'*

-Spermiogramma: il paziente rifiutava la raccolta del campione

-MOC DEXA (5/4/2016): Z-Score L1-L4: -0.5; Collo F: +0.3; Totale F: +0.4; Percentuale massa grassa 7%

-Profilo lipidico e glicemico(5/4/2016): Colesterolo Tot 159 mg/dL; LDL 67 mg/dL (<160); HDL 80 mg/dL (>40); Trigliceridi 59 mg/dL (<180)
Glicemia 85 mg/dL (<100)

-Studio ormonale ipofisario completo (4/4/2016):

- ACTH 39.9 PG/MI (10-90)
- Cortisolo plasmatico 578 nmoli/L (266-720)
- GH 2.33 ng/mL (0-6.5)
- IGF-1 187 ng/mL (100-415)

- **ESAMI ORMONALI (18/3/2016):**
- Testosterone tot. 9.7 nmol/L (12-38.2);
- LH 0.57 mUI/mL (1.8-8.16);
- FSH 1.09 mUI/mL (1.39-9.58);
- PRL 9.7 ng/mL (4-15.2);
- Estradiolo 26.1 pg/mL (25-107);
- SHBG 27.6 nmoli/L (11-2-78.1)
- Inibina B 96.5 pg/mL (80-380);
- TSH 2.06 µUI/mL (0-27-4.2);
- fT4 1.16 ng/mL (0.93-1.7);

| TEST GnRH 7/4/2016 | LH mUI/mL | FSH mUI/mL |
|-------------------------------|------------------|-------------------|
| Basale | 1.15 | 1.84 |
| 15' | 2.13 | 2.48 |
| 30' | 3.46 | 3.45 |
| 60' | 4.60 | 3.70 |
| 90' | 3.10 | 2.98 |

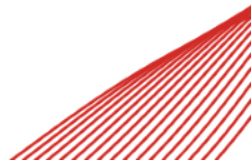
**RMN SELLA TURCICA SENZA E CON MDC
(18/4/2016)**

'Normale rappresentazione della ghiandola e del peduncolo ipofisario anche dopo mdc. Normali le principali strutture parasellari. Normale rappresentazione dei bulbi olfattivi.'



TELEVOTER 2

Quale terapia impostare?

- Testosterone gel 2%, 2 puff al giorno
 - Testosterone enantato 250 mg fl, 1 fl i.m. ogni 3 settimane
 - Gonadotropina corionica 2.000 UI i.m. ogni settimana
 - Clomifene citrato 50 mg, ½ cpr al dì per tre mesi
 - Tadalafil 5 mg, 1 cpr al dì per otto settimane
- 

Pr:/ Clomifene citrato 50 mg cpr, S:/ ½ cpr al dì per 3 mesi

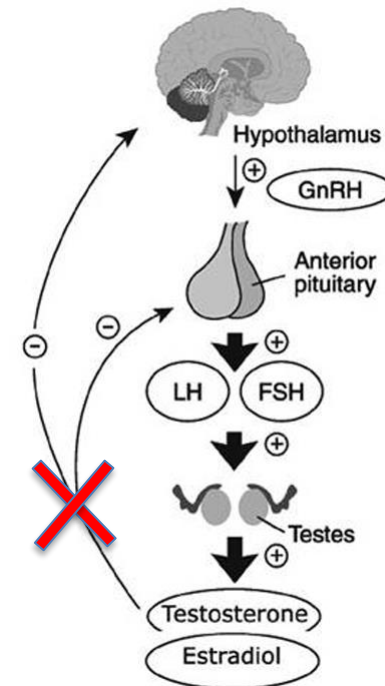
Analisi (29/7/2016): Emocromo nella norma, Testosterone tot. 10.1 nmol/L (12-38.2); LH 1.8 mUI/mL (1.8-8.16); FSH 4.6 mUI/mL (1.39-9.58); AST 21 (10-36); ALT 25 (10-45); **PERSISTENZA DE e CALO LIBIDO**

Pr:/ Clomifene citrato 50 mg cpr, S:/ 1 cpr al dì per 3 mesi

Analisi (4/11/2016): Emocromo nella norma, Testosterone tot. 11.5 nmol/L (12-38.2); LH 6.8 mUI/mL (1.8-8.16); FSH 7.5 mUI/mL (1.39-9.58); AST 18 (10-36); ALT 32 (10-45); **RECUPERO LIBIDO**



Assunzione ciclica per circa 10 mesi di
Metandrostenolone cpr 50 mg, Nandrolone 50 mg fl
(SOSPENSIONE AUTONOMA DOPO LA PRIMA VISITA)



Testosterone enantato
Nandrolone
Metandrostenolone
Stanozololo
Boldenone
Oxandolone
Trenbolone
Mesterolone
Metenolone



Effetti collaterali:

- Aumento valori ematocrito e aumento RCV
- Irritabilità, Insonnia
- Acne
- IPB
- Infertilità
- Riduzione volume testicolare
- DE e calo libido

Altri 3 mesi di terapia con Clomifene citrato 50 mg cpr, 1 cpr al dì, e dopo tre mesi di sospensione



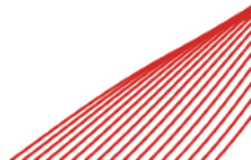
Analisi (20/4/2017): Emocromo nella norma GR 5.20 (4.30-5.90); Hb 15.1 g/dL, HCT 46.2 % (40.00-52.00); Testosterone tot. 21.4 nmol/L (12-38.2); LH 5.4 mUI/mL (1.8-8.16); FSH 6.4 mUI/mL (1.39-9.58); AST 30 (10-36); ALT 35 (10-45); PSA 2.5 ng/mL

RECUPERO LIBIDO ED EREZIONI MATTUTINE
OCCASIONALMENTE PERSISTENZA DE



TELEVOTER 3

Ed ora come procedere?

- Tadalafil 5 mg, 1 cpr al giorno per 8 settimane
 - Sildenafil orodispersibile 75 mg, 1 film al bisogno
 - Consulenza psicosessuologica
 - Continuare terapia con Clomifene 50 mg, 1 cpr al giorno
- 

CONSULENZA PISCOSESSUOLOGICA (7/7/2017)

DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO



Vol. 11: 1-13, March 2006

ORIGINAL
RESEARCH
PAPER

The Body Uneasiness Test (BUT): Development and validation of a new body image assessment scale

M. Cuzzolaro*, G. Vetrone**, G. Marano***, and P.E. Garfinkel****

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Eating Disorders Unit, University of Rome La Sapienza,
** Department of Philosophical Research, University of Rome Tor Vergata, *** Department of Psychology,
University of Bologna, Italy, and **** Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, ON,
Canada

- Preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve;
- A un certo punto, durante il decorso del disturbo l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (ad esempio, guardarsi allo specchio; curarsi eccessivamente del proprio aspetto; stuzzicarsi la pelle, ricercare rassicurazioni) o azioni mentali (ad esempio, confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto.
- La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;
- La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare.