

APPROCCIO E GESTIONE MEDICO-CHIRURGICA DELL'INCURVAMENTO DEL PENE



A cura dell'Ufficio Ricerca

INDICE

1. APPROCCIO E GESTIONE MEDICO-CHIRURGICA DELL'INCURVAMENTO DEL PENE

2. BIBLIOGRAFIA

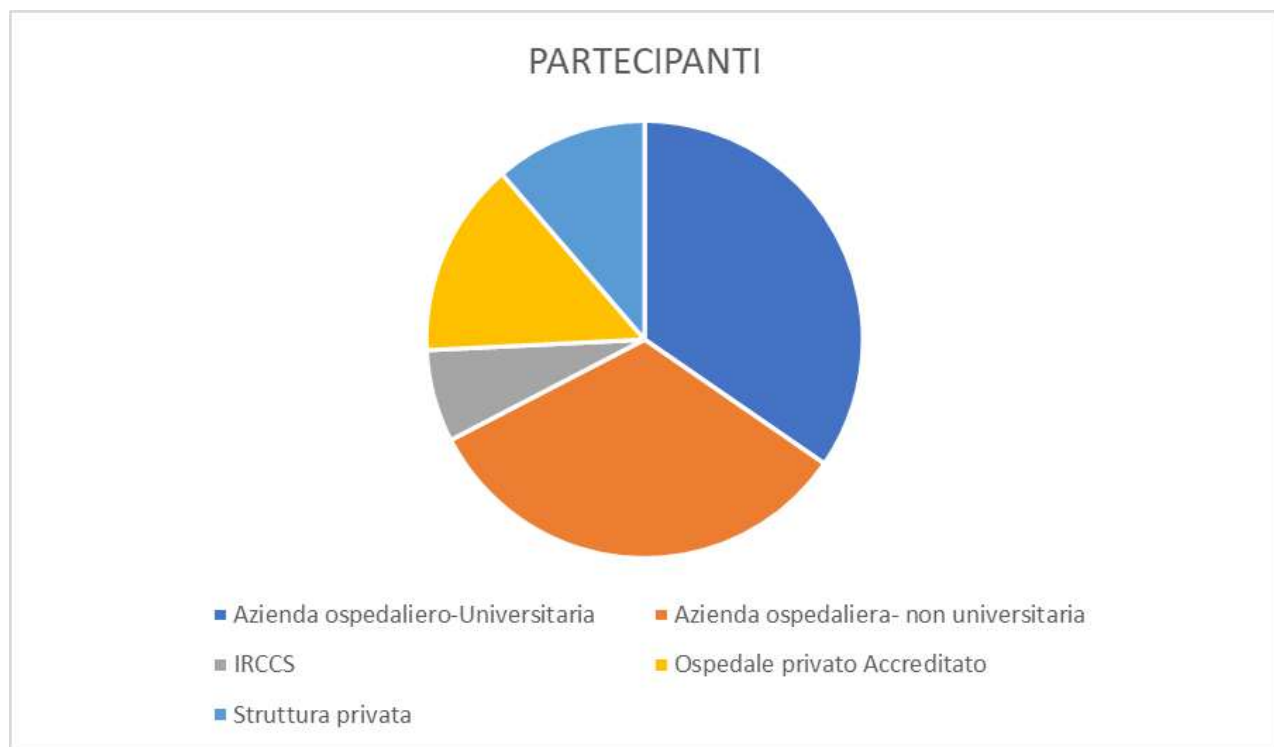
1. APPROCCIO E GESTIONE MEDICO-CHIRURGICA DELL'INCURVAMENTO DEL PENE

L'incurvamento del pene è una deformità anatomica del pene in erezione dovuta allo sviluppo asimmetrico dei corpi cavernosi che può determinare difficoltà e/o dolore durante i rapporti sessuali. Questa condizione può presentarsi in forma congenita oppure in forma acquisita. La curvatura congenita del pene è una condizione rara, con un'incidenza riportata di < 1% [1], sebbene alcuni studi abbiano riportato tassi di prevalenza più elevati del 4-10%, in assenza di ipospadia [2]. La curvatura congenita del pene deriva da uno sviluppo sproporzionato della tunica albuginea dei corpi cavernosi e non è associata a malformazione uretrale. Nella maggior parte dei casi la curvatura è ventrale, ma può essere anche laterale e, più raramente, dorsale [3]. Il trattamento definitivo per questo disturbo rimane chirurgico e può essere posticipato fino a dopo la pubertà, sebbene un sondaggio abbia suggerito che gli uomini con probabile curvatura ventrale del pene non trattata riportano più insoddisfazione per l'aspetto del pene, maggiore difficoltà nei rapporti sessuali e problemi psicologici [4]. La malattia di Peyronie (PD) si verifica spesso negli uomini più anziani con un'età tipica di insorgenza di 50-60 anni. Tuttavia, il PD si verifica anche negli uomini più giovani (< 40 anni), ma con una prevalenza minore rispetto agli uomini più anziani (1,5-16,9%). [5,6] L'eziologia del PD è sconosciuta. Tuttavia, la lesione microvascolare ripetuta o il trauma alla tunica albuginea è ancora l'ipotesi più ampiamente accettata per spiegare l'eziologia [7]. La guarigione anormale della ferita porta al rimodellamento del tessuto connettivo in una placca fibrotica [8]. La formazione di placca peniena può provocare una curvatura che, se grave, può compromettere il rapporto sessuale penetrativo.

La malattia di La Peyronie è in aumento nel nostro paese, probabilmente per il crescente numero di uomini che decidono di sottoporsi ad una visita andrologica e perché ad oggi c'è una crescente consapevolezza delle patologie che riguardano la sfera andrologica. La terapia e soprattutto l'approccio alla terapia per tale patologia è quanto mai eterogeneo. Da diversi anni si discute quale possa essere un trattamento "gold standard" più efficace e duraturo, tuttavia ad oggi non vi è un indirizzo comune, nonostante le linee guida europee si siano espresse in maniera chiara su tale argomento, dichiarando che il trattamento intralesionale con calcioantagonisti (verapamil e nicardipina) o steroidi non è più raccomandato a causa di risultati contraddittori e che solo il trattamento intralesionale con collagenasi di clostridium histolyticum ha mostrato riduzioni significative della curvatura del pene, del diametro della placca e della lunghezza della placca negli uomini con malattia stabile. Il trattamento intralesionale con interferone può migliorare la curvatura del pene, la dimensione e la densità della placca e il dolore, secondo le linee guida EAU, ma ad oggi è il trattamento meno utilizzato dai nostri urologi [9]. Ciononostante numerosi urologi utilizzano ancora terapie "off-label" non riconosciute dalle attuali linee guida internazionali.

La presente survey ha deciso di presentare uno snapshot sul territorio italiano delle attuali presentazioni cliniche della curvatura peniena e l'atteggiamento dello specialista urologo nel trattamento della stessa.

Innanzitutto è stata elaborata una statistica di frequenza in cui abbiamo suddiviso gli urologi partecipanti in base alla tipologia di struttura sanitaria in cui operano (Figura 1) ed in base alla regione di appartenenza (Tabella 1).

FIGURA 1.**TABELLA 1.**

REGIONE DI PROVENIENZA	n	%
Abruzzo	6	1,4
Basilicata	1	0,2
Calabria	8	1,8
Campania	31	7,0
Emilia Romagna	34	7,7
Friuli Venezia Giulia	11	2,5
Lazio	65	14,7
Liguria	12	2,7
Lombardia	80	18,1
Marche	16	3,6
Molise	1	0,2
Piemonte	29	6,6
Puglia	25	5,7
Sardegna	2	0,5
Sicilia	34	7,7
Toscana	30	6,8
Trentino	0	0
Umbria	6	1,4
Valle d'Aosta	2	0,5
Veneto	49	11,1

Dalla nostra analisi l'età maggiormente interessata è quella che va dai 45 ai 60 anni, in accordo ai dati presenti in letteratura, (Figura 2) e la curvatura più frequente è la dorsale (Tabella 2).

FIGURA 2.

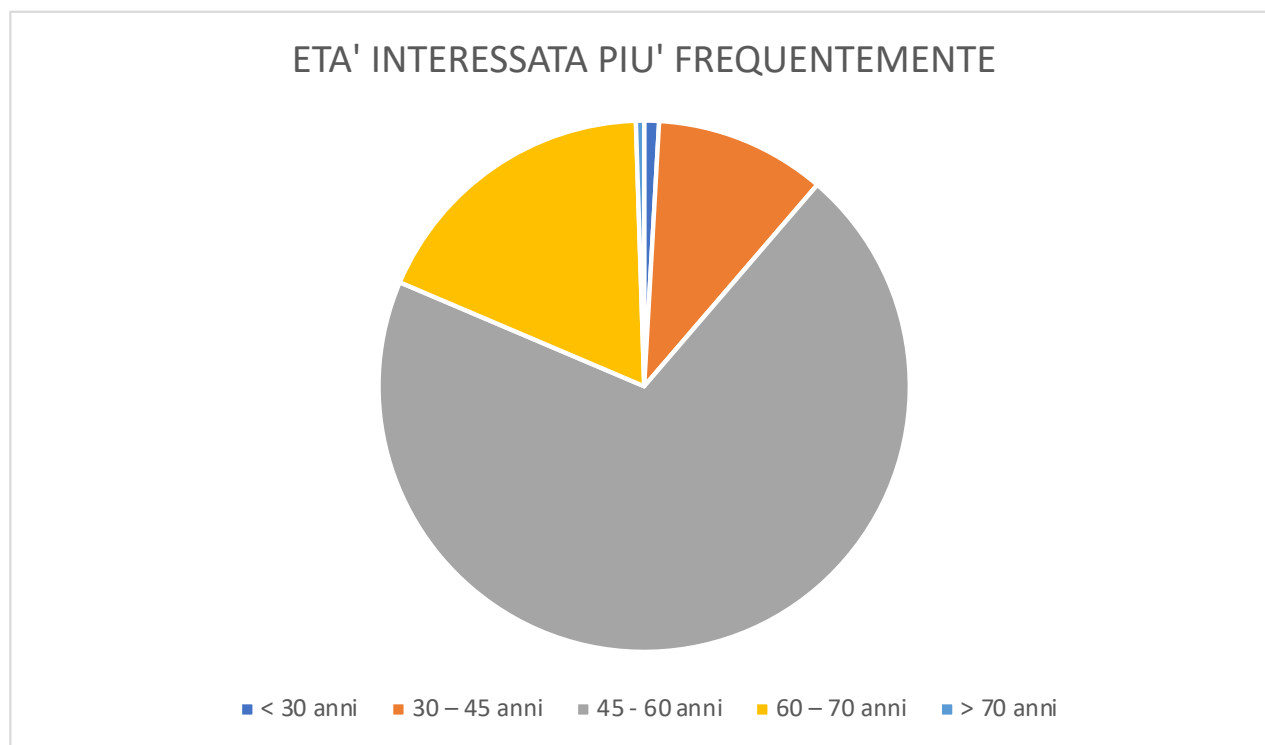


TABELLA 2.

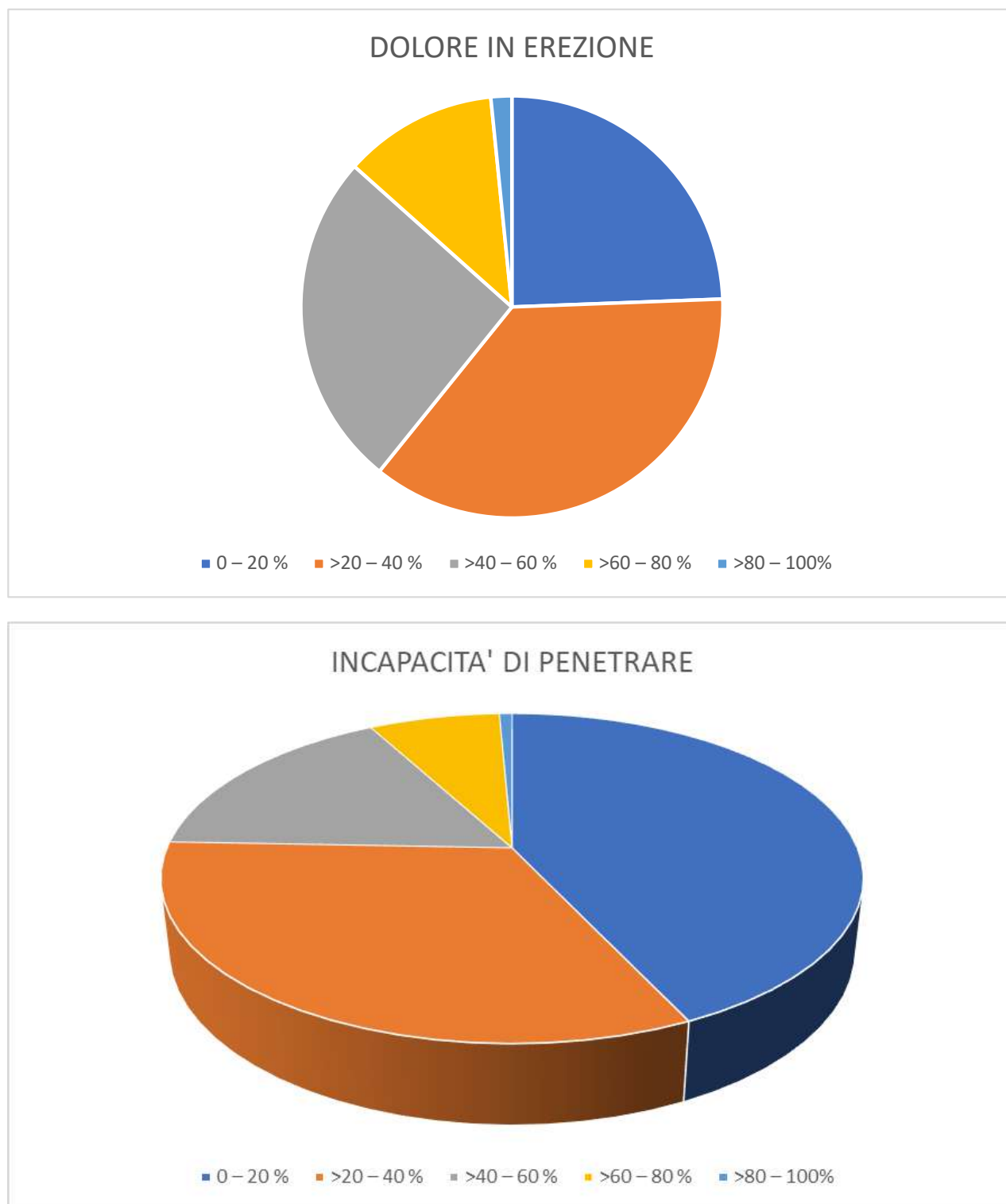
CURVATURA Più FREQUENTE	n	%
Ventrale	30	6,8
Dorsale	223	50,5
Laterale sinistra	56	12,7
Laterale destra	6	1,4
Non ho rilevato curvature più frequenti di altre	127	28,7

Il 44.3% degli urologi intervistati riferisce di riscontrare una disfunzione erettile (DE) di grado moderato-severo tra il 20 e il 40% dei pazienti visitati (Tabella 3). Il 36% riferisce di riscontrare dolore nel 20-40% dei pazienti visitati (figura 3). L'incapacità di penetrare è presente nel 0-20 % dei pazienti secondo il 43% degli urologi e tra il 20 – 40 % dei pazienti per circa 1/3 degli intervistati (Figura 4).

TABELLA 3.

DE MODERATA-SEVERA	n	%
0 – 20 %	131	29,6
>20 – 40 %	196	44,3
>40 – 60 %	91	20,6
>60 – 80 %	23	5,2
>80 – 100%	1	0,2

FIGURA 3 E 4

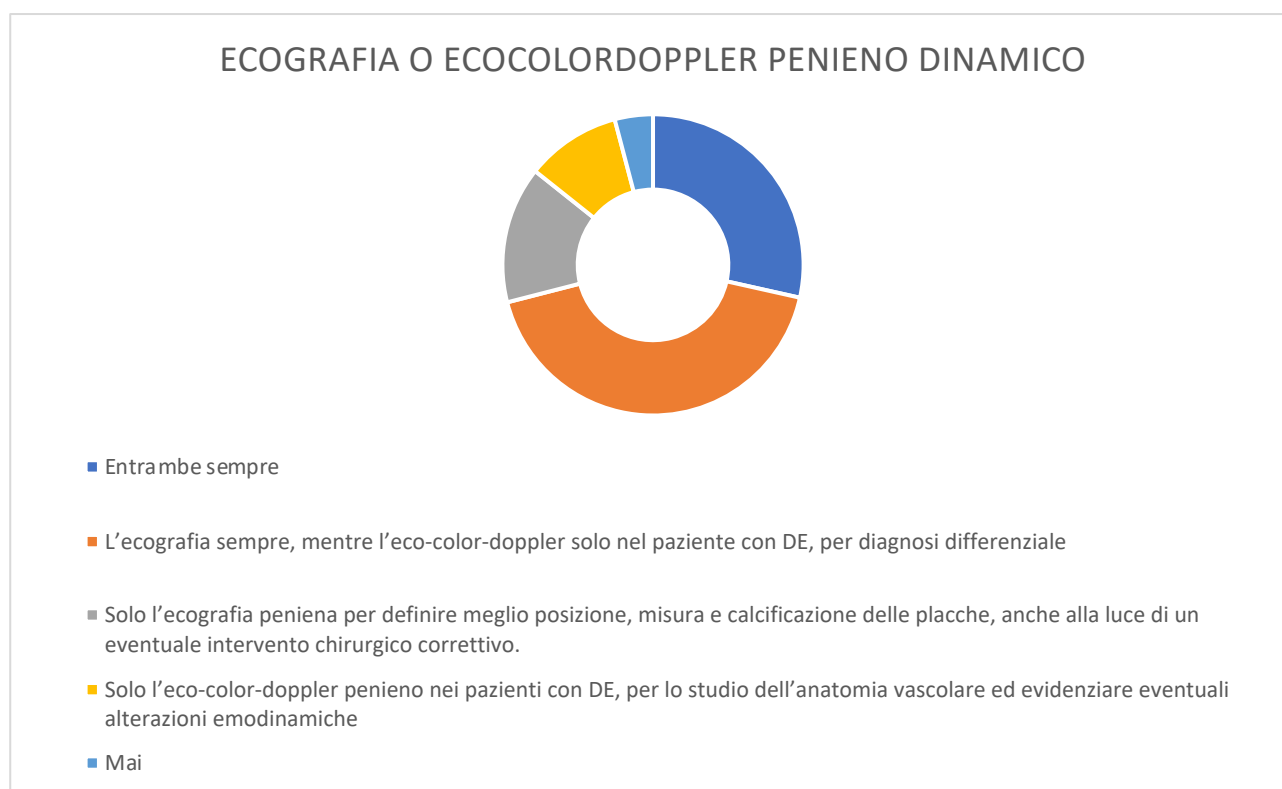


Il 59% degli urologi utilizza una foto per la raccolta anamnestica del tipo di curvatura (Tabella 4), ed il 42.5% preferisce utilizzare l'ecografia sempre, mentre l'eco-color-doppler solo nel paziente con DE, per diagnosi differenziale (Figura 5).

TABELLA 4

COME REFERTATE LA CURVATURA	n	%
Basta una foto durante la raccolta anamnestica	261	59,0
Tramite iniezione intracavernosa	29	6,6
Durante l'esecuzione di un eco-doppler penieno dinamico	114	25,8
Vacuum device	0	0
È indifferente	38	8,6

FIGURA 5.



Il PDQ, nonostante sia un valido strumento diagnostico, non viene utilizzato da oltre il 50% degli intervistati (Fig.6). Al contrario il questionario IIEF viene sempre utilizzato da oltre il 40% degli urologi intervistati (Fig 7).

FIGURA 6

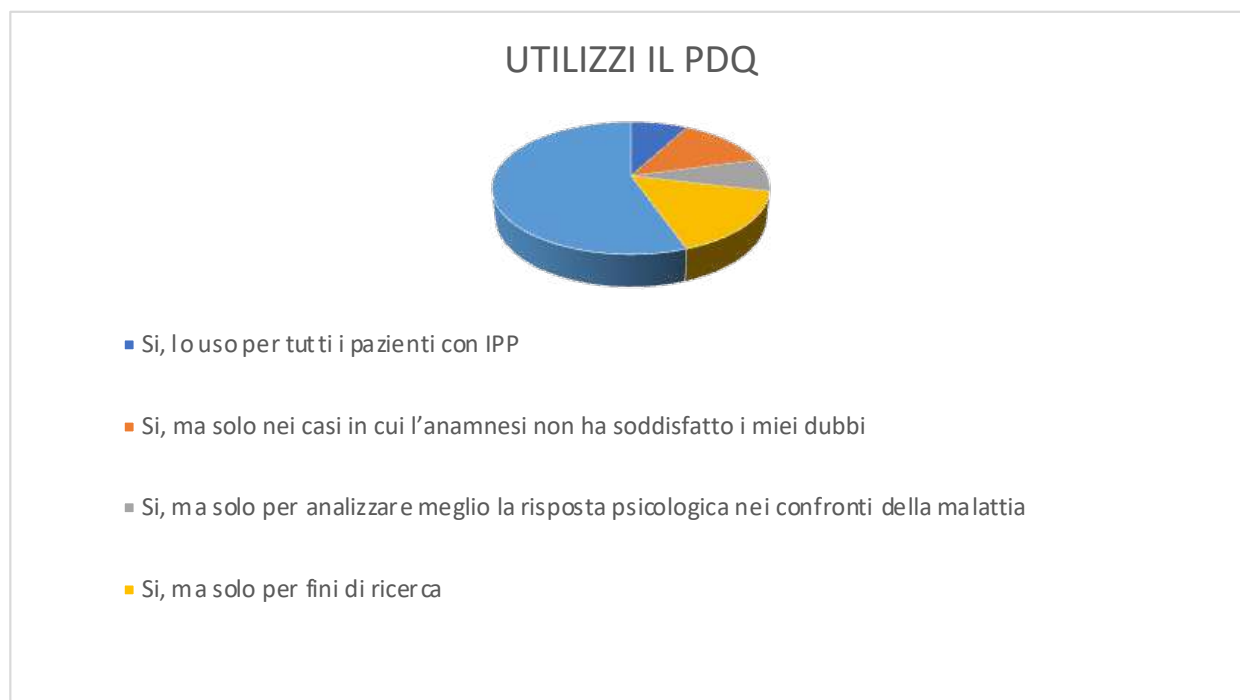
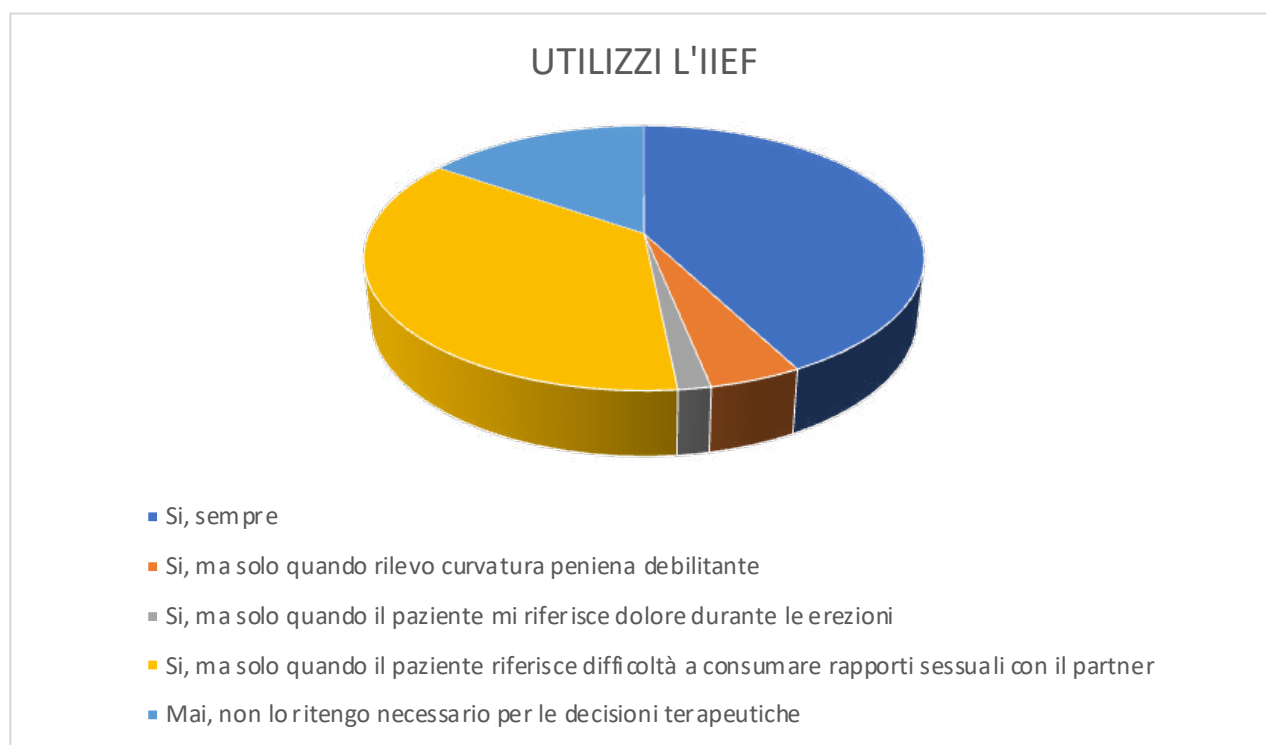


FIGURA 7



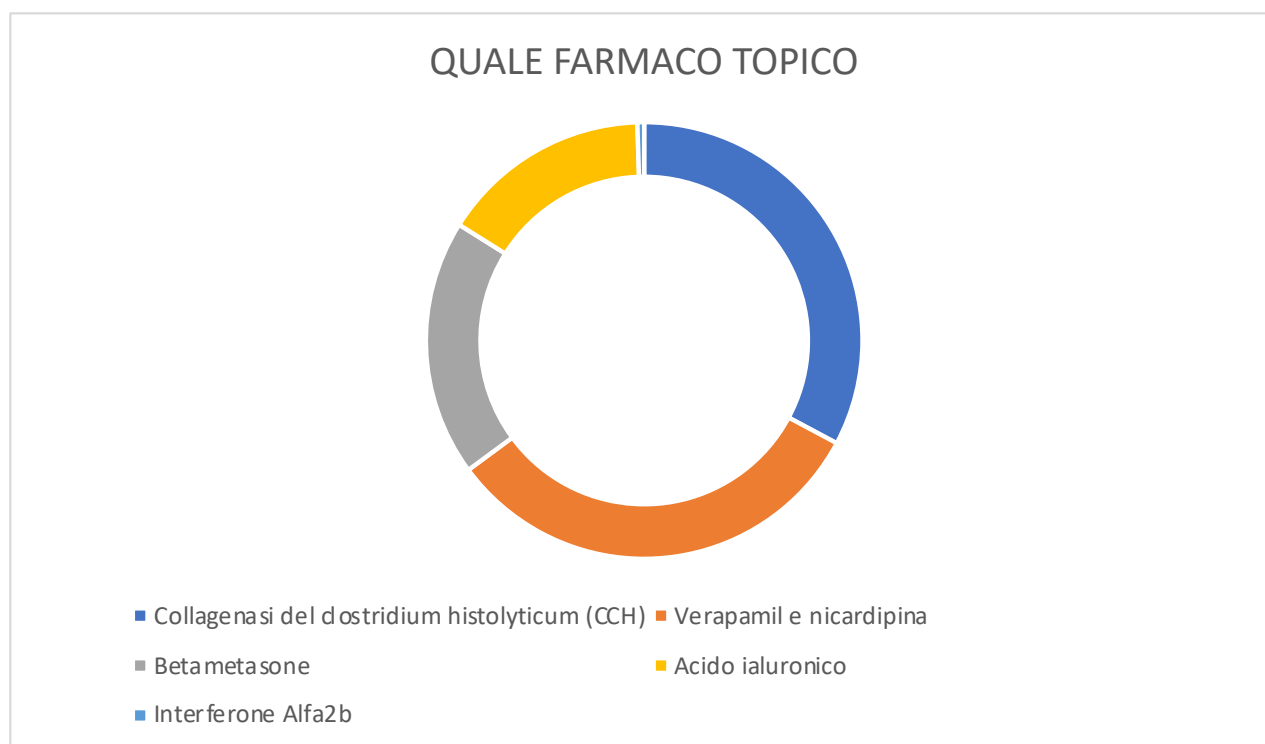
Per quanto riguarda l'uso di esami diagnostici quali TC o RM, il 73% degli urologi ha dichiarato di non usare mai questo tipo di esami di imaging (in tabella 5 i risultati più dettagliati).

TABELLA 5

TC o RMN	n	%
Si, ma solo per ottenere informazioni aggiuntive su posizione e misura della placca, qualora tali non siano sufficienti	42	9,5
Si, ma solo in vista di un intervento chirurgico correttivo	49	11,1
Si, ma solo per informazioni aggiuntive sulla vascolarizzazione peniena	8	1,8
Si, per sondare malformazioni del tratto urogenitale misconosciute	20	4,5
No, mai	323	73,1

Riguardo il tipo di terapia topica utilizzata, il 32% circa degli urologi esegue infiltrazioni di Collagenasi del clostridium histolyticum (CCH), il 32% di Verapamil e nicardipina ed i restanti utilizzano Betametasona o Acido ialuronico.

FIGURA 8



L'ESWT è riservata quasi esclusivamente ai pazienti che lamentano dolore, in accordo alle linee guida EAU.9

TABELLA 6

ESWT IN FASE ACUTA	n	%
Sempre, a priori dalla possibilità di somministrare terapia per os	25	5,7
Si, ma solo in associazione alla terapia farmacologica	80	18,1
Si, ma solo in presenza di dolore in fase di erezione	97	21,9
Si, ma solo come soluzione palliativa, prima di un intervento chirurgico correttivo definitivo	41	9,3
No, non la ritengo efficace sulla sintomatologia quanto la terapia farmacologica e/o la chirurgia	199	45,0

Si rimanda alle Tabelle 7-8-9 per l'approccio chirurgico alla patologia.

TABELLA 7

APPROCCIO CHIRURGICO DEI PZ NON COMPLESSI	n	%
Plicatura della tunica, ma solo in caso di DE assente	90	20,4
Plicatura della tunica, ma solo in caso di DE responsiva alla terapia farmacologica	41	9,3
Plicatura della tunica, ma solo in caso di DE assente o responsiva alla terapia farmacologica	163	36,9
Plicatura della tunica o incisione/escissione della placca a seconda della lunghezza del pene	138	31,2
Protesi peniena	10	2,3

TABELLA 8

APPROCCIO CHIRURGICO DEI PZ COMPLESSI	n	%
Incisione o escissione di placca con o senza innesto, ma solo in caso di normale funzione erettile pre- operatoria	94	21,3
Incisione o escissione di placca con o senza innesto, ma solo in caso di lieve disfunzione erettile pre- operatoria ben controllata con terapia farmacologica	82	18,6
Incisione o escissione di placca con innesto, soprattutto in caso di lunghezza del pene compromessa	97	21,9
Plicatura di tunica	40	9,0
Protesi peniena	129	29,2

TABELLA 9

IMPIANTO DI PROTESI PENIENA	n	%
Qualsiasi paziente con una curvatura peniena severa (> 60 gradi)	40	9,0
Pazienti con DE severa non responsiva alla terapia farmacologica, con curvatura peniena < 60 gradi	39	8,8
Paziente con DE severa non responsiva alla terapia farmacologica, con curvatura peniena > 60 gradi	177	40,0
Paziente con DE severa non responsiva alla terapia farmacologica, a priori dalla curvatura peniena	176	39,8
Paziente con DE severa responsiva alla terapia farmacologica, ma non compliant alla terapia per os	10	2,3

Abbiamo poi stratificato gli urologi intervistati in 3 macroaree di provenienza (Nord Italia – Centro Italia – Sud Italia e Isole), per valutare se esistessero differenze in base all'area di appartenenza.

Non abbiamo riscontrato differenze sul numero di pazienti visitati mensilmente, sull'età maggiormente interessata né sul tipo di curvatura più frequente. Abbiamo invece rilevato una differenza statisticamente significativa sulle modalità di raccolta anamnestica. Al Centro Italia e al Sud-Isole rimane ancora molto utilizzato l'ecocolordoppler penieno dinamico. Al Nord Italia solo il 20% si affida a tale tecnica diagnostica in fase anamnestica. (Tabella 10)

TABELLA 10

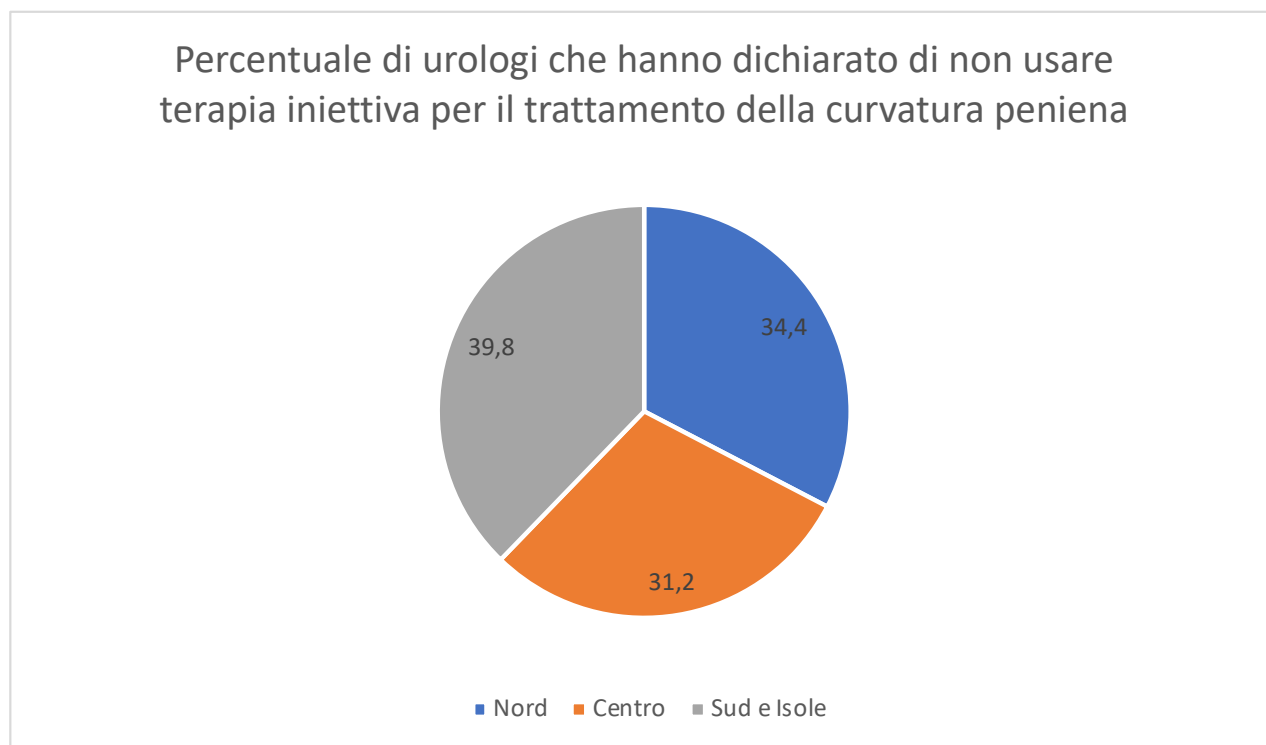
AREA D'ITALIA	Tipo di supporto utilizzato n (%)					pvalue
	Basta una foto durante la raccolta anamnestica	Tramite iniezione intracavernosa	Durante l'esecuzione di un eco-doppler penieno dinamico	Vacuum device	Indifferente	0.000
Nord	145 (66.8)	4 (1.8)	46 (21.2)	0 (0.0)	22 (10.1)	
Centro	69 (59.0)	10 (8.5)	33 (28.2)	0 (0.0)	5 (4.3)	
Sud e Isole	47 (43.5)	15 (13.9)	35 (32.4)	0 (0.0)	11 (10.2)	

Mettendo a confronto le zone italiane è stata identificata una differenza statisticamente significativa in merito al tipo di modalità di utilizzo della terapia iniettiva (Tabella 11). In Figura 9 è indicata la percentuale di coloro che hanno dichiarato di non utilizzare terapia iniettiva suddivisi per macroaree.

TABELLA 11

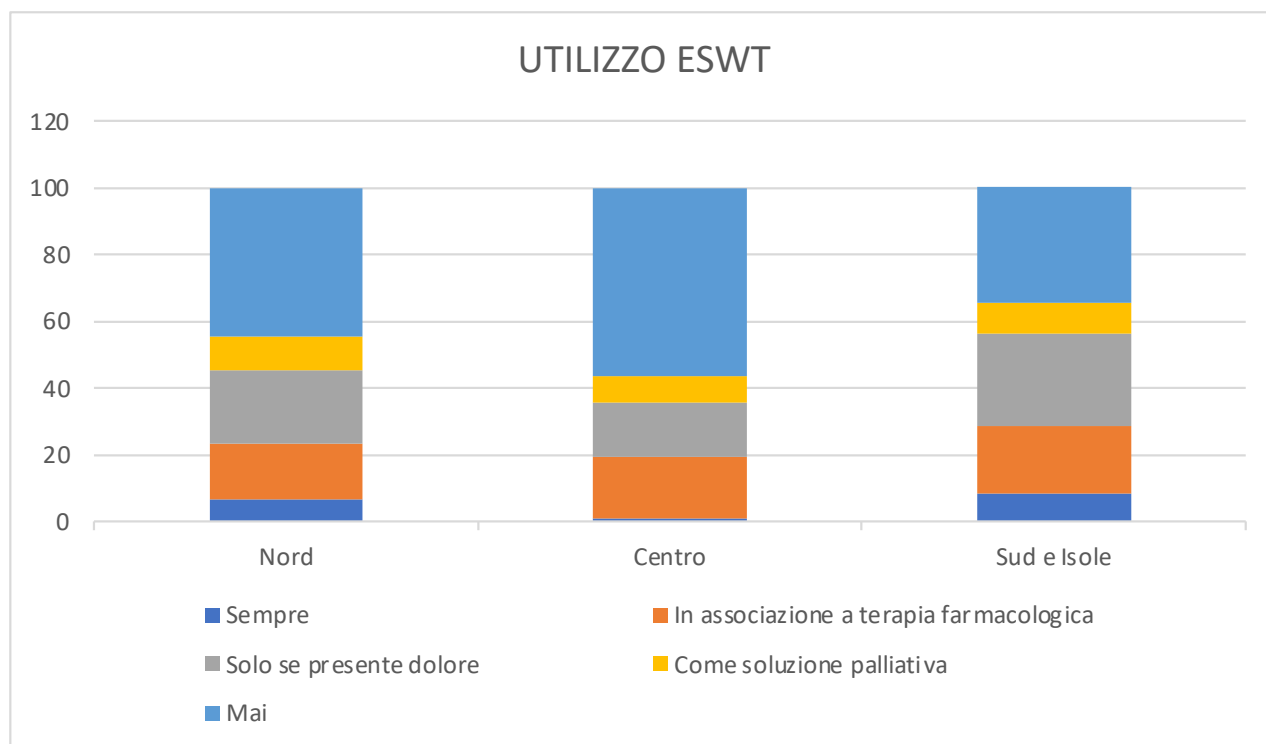
AREA D'ITALIA	TERAPIA INIETTIVA n (%)					pvalue
	Solo iniezioni intra-placca	Iniezioni intra-placca quando questa non risulta essere troppo calcifica	Iniezioni sia intra-che peri-placca	Solo iniezioni peri-placca	No	0.000
Nord	38 (17.5)	39 (18.0)	73 (33.6)	24 (11.1)	43 (19.8)	
Centro	25 (21.4)	21 (17.9)	23 (19.7)	9 (7.7)	39 (33.3)	
Sud e Isole	19 (17.6)	23 (21.3)	21 (19.4)	2 (1.9)	43 (39.8)	

FIGURA 9



In Figura 10 è mostrato come viene utilizzato l'ESWT nelle 3 macroaree. Esiste tra di essi una differenza statisticamente significativa.

FIGURA 10

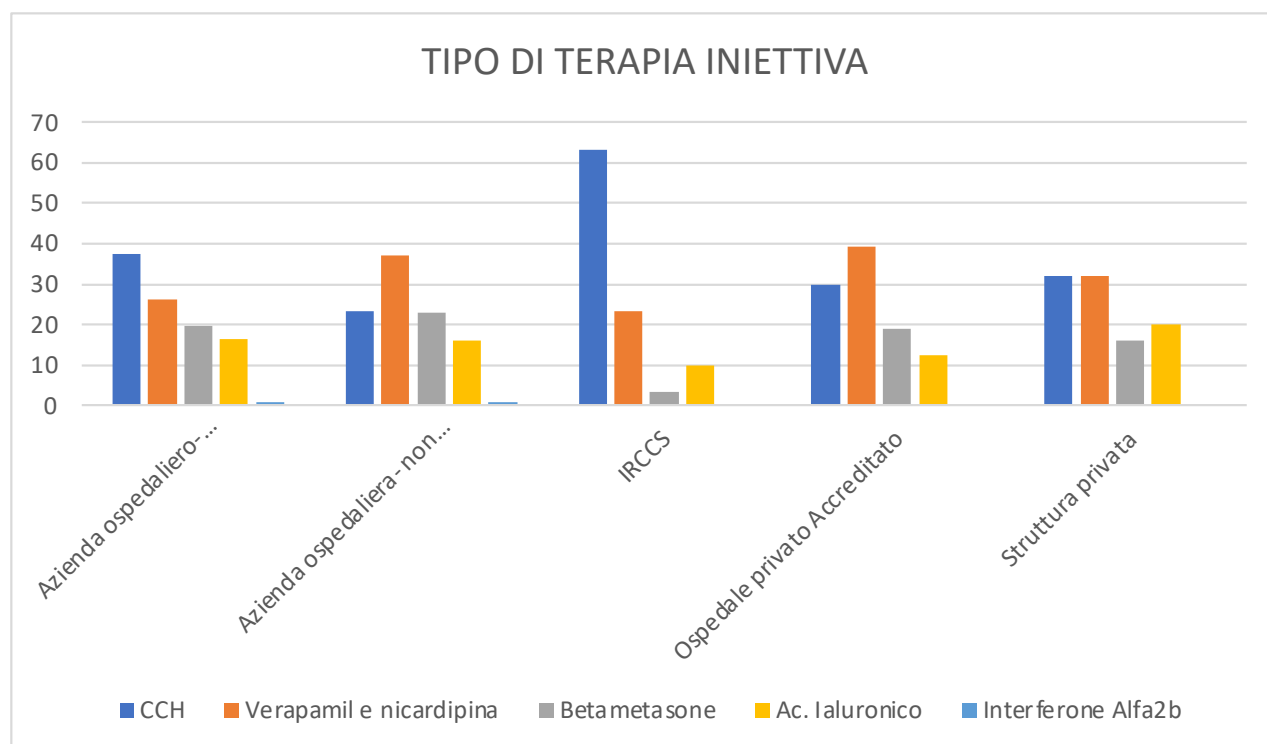


Infine abbiamo valutato se ci fossero differenze sulla base del tipo di struttura in cui operano gli urologi intervistati. Una significatività statistica è stata rilevata sul numero di pazienti visitati in un mese (Tabella 12) e sul tipo di farmaco utilizzato per la terapia iniettiva (Figura 11). Oltre il 63% degli urologi che lavorano presso un IRCCS utilizzano la Collagenasi del Clostridium histolyticum (CCH).

TABELLA 12

TIPO DI STRUTTURA	PAZIENTI CON IPP VISITATI IN UN MESE n (%)					pvalue
	1-2	<5	5-10	10-15	>15	
Azienda ospedaliero-Universitaria	25 (16.3)	48 (31.4)	35 (22.9)	22 (14.4)	23 (15.0)	0.001
Azienda ospedaliera - non universitaria	49 (33.8)	49 (33.8)	37 (25.5)	7 (4.8)	3 (2.1)	
IRCCS	6 (20.0)	9 (30.0)	9 (30.0)	3 (10.0)	3 (10.0)	
Ospedale privato Accreditato	8 (12.5)	20 (31.3)	23 (35.9)	5 (7.8)	8 (12.5)	
Struttura privata	15 (30.0)	16 (32.0)	11 (22.0)	5 (10.0)	3 (6.0)	

FIGURA 11



2. BIBLIOGRAFIA

- [1] Yachia D, Beyar M, Aridogan IA, Dascalu S. The incidence of congenital penile curvature. *J Urol* 1993; 150: 1478–1479.
- [2] Montag S, Palmer LS. Abnormalities of penile curvature: chordee and penile torsion. *ScientificWorldJournal* 2011; 11: 1470–1478.
- [3] Baskin LS, Duckett JW, Lue TF. Penile curvature. *Urology* 1996; 48: 347–356.
- [4] Menon V, Breyer B, Copp HL, Baskin L, Disandro M, Schlomer BJ. Do adult men with untreated ventral penile curvature have adverse outcomes? *J Pediatr Urol* 2016; 12: 31.e1-31.e7.
- [5] Chung E, Gillman M, Rushton D, Love C, Katz D. Prevalence of penile curvature: a population-based cross-sectional study in metropolitan and rural cities in Australia. *BJU Int* 2018; 122 Suppl 5: 42–49.
- [6] Stuntz M, Perlaky A, Des Vignes F, Kyriakides T, Glass D. The Prevalence of Peyronie’s Disease in the United States: A Population-Based Study. *PLoS One* 2016; 11. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0150157.
- [7] Devine CJ, Somers KD, Jordan GH, Schlossberg SM. Proposal: trauma as the cause of the Peyronie’s lesion. *J Urol* 1997; 157: 285–290.
- [8] Jarow JP, Lowe FC. Penile trauma: an etiologic factor in Peyronie’s disease and erectile dysfunction. *J Urol* 1997; 158: 1388–1390.
- [9] Minhas S, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC et al. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive Health: 2021 Update on Male Infertility. *Eur Urol* 2021; 80: 603–620.