



“Criptorchidismo e Altri Disturbi Genitali”: La Prevenzione Inizia da Giovani

Fabio Pezzoni- specialista in Chirurgia Vascolare Uni Milano -Socio S.I.A. certificato

Alcune patologie di interesse andrologico richiedono un trattamento precoce: in età infantile/adolescenziale, onde prevenire complicanze a volte severe, quando non irreversibili, per il giovane. Focalizzerò l’attenzione su 3 di esse: “Criptorchidismo”, “Idrocele congenito-comunicante”, “Varicocele”.

“Criptorchidismo” Condizione patologica per la quale uno o entrambi i testicoli non sono apprezzabili nelle borse scrotali (cryptòs, cioè nascosto). Il processo che porta la gonade maschile all’interno della borsa scrotale è la risultante di una migrazione che solitamente si completa durante la vita fetale. Si possono distinguere 4 fasi di questo sviluppo: 1. la comparsa dell’abbozzo testicolare dalla cresta genitale entro il secondo mese di vita fetale; 2. dalla fine del secondo mese fino all’inizio del quarto il testicolo “migra” sino all’anello inguinale dell’addome; migrazione più apparente che reale, in quanto conseguente fondamentalmente allo sviluppo in lunghezza dell’addome fetale; 3. dal quarto al settimo mese la gonade rimane in corrispondenza dell’anello inguinale addominale; 4. durante l’ottavo mese inizia la seconda migrazione, questa reale, attraverso in canale inguinale. In condizioni di normalità il testicolo si posiziona nello scroto prima della nascita. In un limitato numero di casi si assiste ad un ritardo di migrazione che però rimane contenuto entro il primo anno di vita. Superato questo periodo l’assenza della gonade nello scroto deve essere considerata patologica. Generalità sul Criptorchidismo: possiamo considerare quattro condizioni per le quali una o entrambe le gonadi non sono individuabili nello scroto: Anorchia→il testicolo è assente perché non si è sviluppato. Ectopia→testicolo che si localizza al di fuori del fisiologico percorso di discesa, es. in sede sottocutanea inguinale, perineale, pubica o crurale. Testicolo retrattile→testicolo che si localizza nello scroto, ma tende a risalire nel canale inguinale, in genere per una eccessiva eccitabilità del muscolo cremastere. Testicolo criptorchide (Fig. 1)→si localizza permanentemente al di fuori della borsa scrotale, ma lungo il percorso normalmente seguito nella discesa e può essere mono o bilaterale. Accanto all’etiologia endocrina si possono riconoscere, meno frequentemente cause meccaniche, per es. impervietà del canale inguinale, presenza di aponevrosi fibrose ed altro. La necessità di una diagnosi precoce e di un adeguato intervento terapeutico, spesso conseguente ad una valutazione specialistica multidisciplinare (andrologico-pediatria/endocrinologica-chirurgica infantile), da non ritardare oltre l’inizio dell’età scolare sono pressoché unanimemente riconosciuti a causa delle due gravi conseguenze note del criptorchidismo: la sterilità in età adulta e la maggiore frequenza di degenerazione neoplastica.

“Idrocele”. Consiste nella raccolta, all’interno della cavità vaginale, di liquido limpido, in quantità variabile, da pochi ml. fino ad oltre 100 ml. Le cause dell’idrocele sono svariate e non tutte note. Possiamo distinguere generalmente una forma “secondaria o sintomatica”, correlata a fenomeni infiammatori epididimali, torsioni, tumori ed altro, che non interessa questa trattazione ed una forma “primitiva-congenita” classificata comunemente come “Idrocele comunicante”, in cui il versamento liquido, anziché avvenire all’interno di una cavità normalmente sviluppata, comunica liberamente

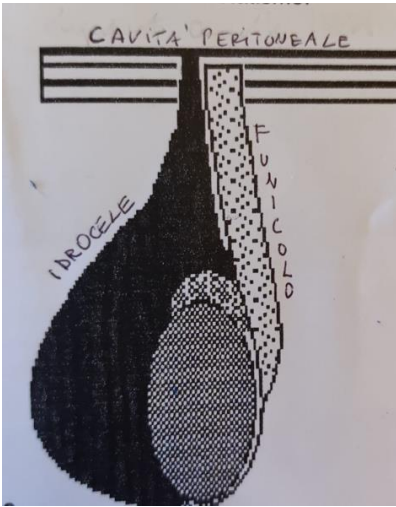
Idrocele

con la cavità peritoneale (Fig.2). Ciò poiché il sacco vaginale è normalmente separato dalla cavità peritoneale, conseguentemente ad un processo che ha il suo momento fondamentale nell'obliterazione del condotto-vaginale; tale processo può non avvenire del tutto o essere incompleto. L'idrocele comunicante può quindi manifestarsi già alla nascita o rimanere latente. Si associa frequentemente ad un'ernia inguino-scrotale congenita. Caratteristica fondamentale di questa forma è la sua "riducibilità", sia con la compressione, che con il passaggio dalla posizione eretta al clinostatismo. Correttamente e precocemente diagnosticato andrebbe trattato, se possibile precocemente, onde evitare l'insorgenza appunto di ernia inguino-scrotale e le complicanze della stessa, qualora fosse già presente (strozzatura dell'ernia e/o compressione del testicolo da parte dell'ernia stessa).

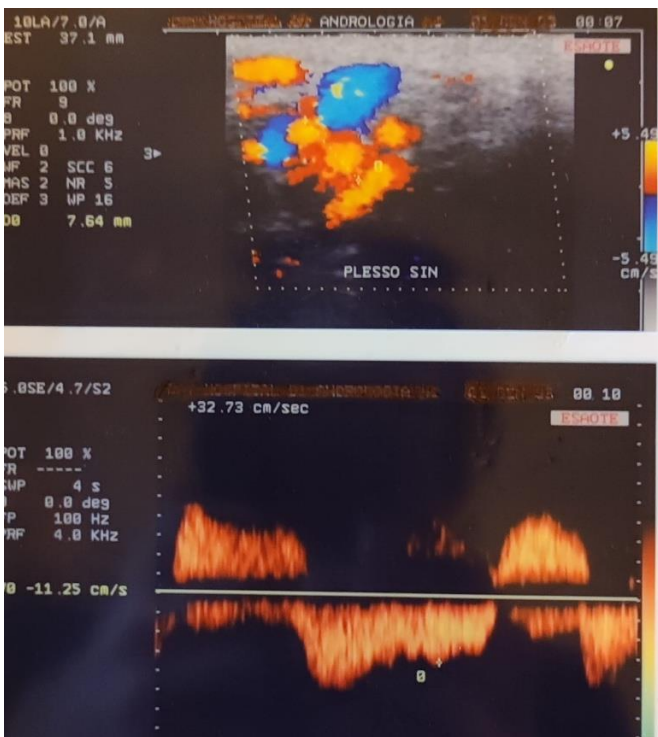
“Varicocele”. Patologia decisamente più nota e frequente. Semplificando, considerando il focus di questa trattazione, il varicocele ha come quadro classico e rilievo ecografico la presenza di molteplici vasi di grosse dimensioni (calibro superiore ai 3 millimetri), molto tortuosi, visualizzabili dalla base dello scroto fino al canale inguinale (Fig.3).

E' fuori dubbio che il varicocele costituisca una causa di sofferenza testicolare testimoniata sia da alterazioni del liquido seminale, sia da codificate alterazioni istologiche tubulo-interstiziali, sia del non infrequente riscontro obiettivo ed ecografico di ipotrofia della gonade corrispondente all'ectasia venosa. Non ci sono dubbi che il danno testicolare sia strettamente dipendente dalla durata del reflusso venoso. E' pertanto evidente l'importanza della diagnosi e dell'eventuale trattamento precoce del varicocele al fine di migliorare la qualità del liquido seminale, ove compromessa o per non rischiare di comprometterla nei casi di varicocele imponente: varicocele di terzo grado all'esame obiettivo con riscontro Doppler sonografico di reflusso venoso "continuo" e diametro delle vene del plesso venoso => di 6 mm., magari già accompagnato da gradiente volumetrico >2 ml. a scapito della gonade interessata dalla condizione patologica. Fondamentale quindi che l'adolescente post-pubere si sottoponga a visita specialistica andrologica ed in presenza di varicocele di interesse clinico a spermogramma di controllo. Seguirà eventuale esame Color Doppler sonografico + ecotomografia testicolare, al fine di stadiare l'entità e la durata del reflusso venoso, il diametro dei vasi ectasici, il volume effettivo e comparato delle gonadi. Tutto ciò porterà ad una corretta diagnosi e trattamento a fini preventivi /curativi di una futura compromissione della fertilità nel giovane.

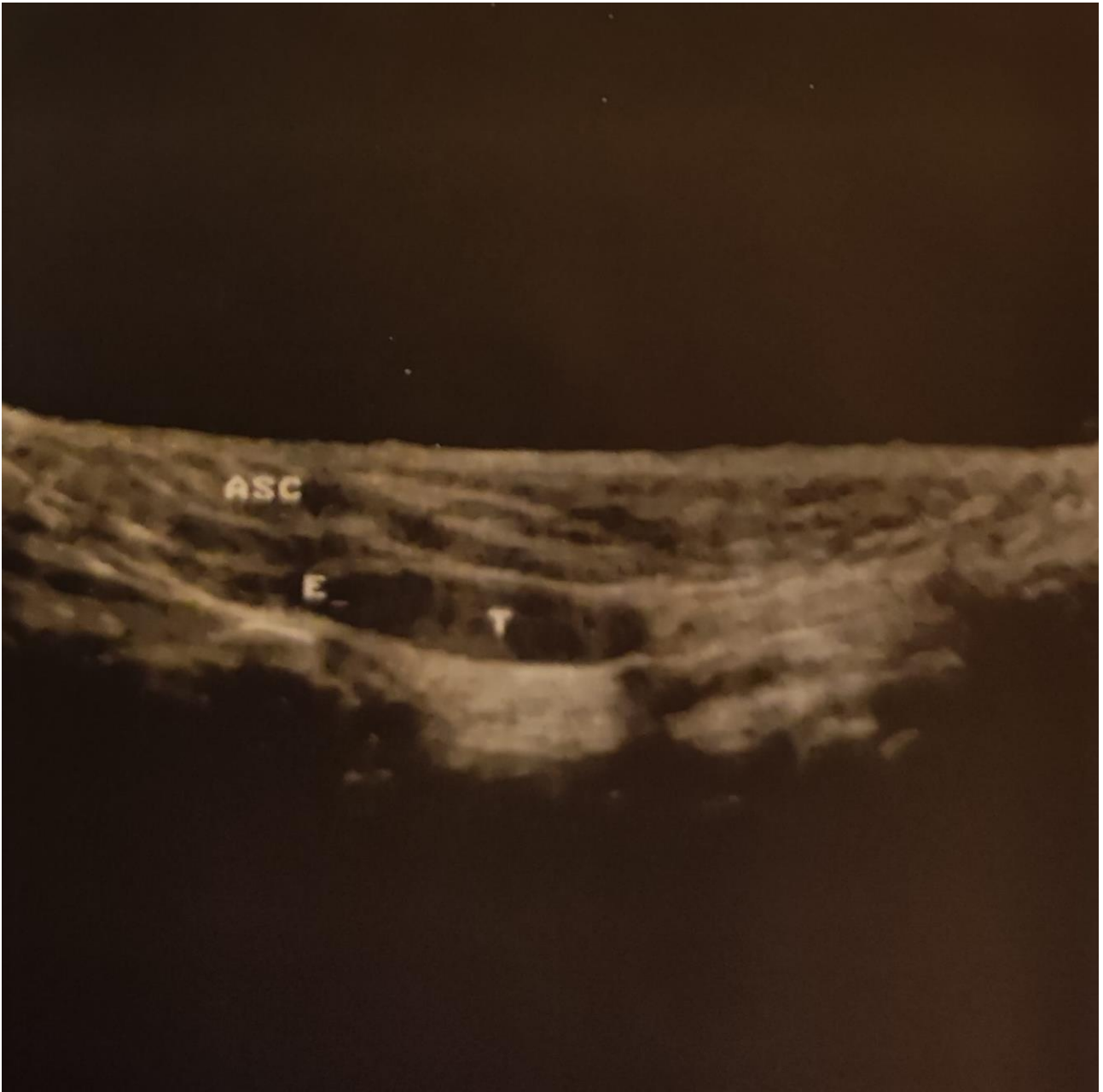
IOLUSSAMO



(fig. 1 testicolo ritenuto nel canale inguinale(ASC=adipe sottocutaneo;E=epididimo;T=testicolo)



(fig.2 idrocele comunicante con la cavità peritoneale)



NOTA

(fig. 3 un voluminoso varicocele con vasi molto dilatati (>6 mm) e reflusso venoso "continuo").