

CRIPTORCHIDISMO, FIMOSI, VARICOCELE

Andrologia a due voci

MAURIZIO GUGLIELMI¹, MAURO POCECCO²

¹Clinica di Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Padova; ²Divisione di Pediatria, Cesena

CRIPTORCHIDISMO

Prima voce: Maurizio Guglielmi

Definizione

Il testicolo viene definito *criptorchide* quando si trova permanentemente al di fuori dello scroto; *ritenuto* quando è lungo la strada che scende normalmente per raggiungere lo scroto; *ectopico* se è fuori da questa via. Solo nel 10% dei casi il criptorchidismo è bilaterale.

Prevalenza

La prevalenza alla nascita è di 3-5%; a tre mesi di vita è dell'1%; nelle età successive rimane dell'1%. Questo vuol dire che i testicoli possono scendere spontaneamente dopo la nascita, ma che, trascorsi i primi mesi di vita, tale discesa è del tutto improbabile.

Ecografia

Vedo sempre più bambini criptorchidi accompagnati da ecografia. Credo che si possa dire che l'ecografia serve di rado e, sempre in seconda battuta, già su indicazioni chirurgiche. Se il testicolo si palpa in sede alta, l'ecografia non serve; serve invece se il testicolo non si palpa affatto. In questo caso l'ecografia si fa non per valutare l'opportunità dell'intervento chirurgico, che a mio avviso è fuori discussione, ma per definirne i termini: se il testicolo non si palpa ma si vede in sede inguinale, l'intervento sarà tradizionale. Se non si vede, il testicolo va cercato in laparoscopia in sede intraddominale. Se il testico-

lo non c'è, facciamo diagnosi di agenesia, programmiamo una prognosi testicolare, da discutere, anche col bambino, ma solo (a mio avviso) per il "poi". Se il testicolo è molto piccolo, lo asportiamo; non vale la pena di conservarlo ed è solo un tessuto a rischio di tumore. Se alla laparoscopia troviamo un testicolo buono (ma è difficile), tentiamo il riposizionamento, magari in interventi successivi.

Testicolo retrattile

È *retrattile* il testicolo che non si trova permanentemente fuori del sacco scrotale. Nella grande maggioranza dei casi, ma non sempre, il pediatra può distinguere bene tra testicolo retrattile, quello che si chiama "in ascensore" e che con relativa facilità si ripositiona in fondo allo scroto, e criptorchidismo, e trarne le sue conseguenze. Ma qualche volta una legittima incertezza permane. Il testicolo *dubbio* esiste. Io raccomandando agli specializzandi di non sentirsi a disagio per questo: di tratta di una "vera" diagnosi.

Oggi c'è qualche tendenza a considerare "un po' patologico" anche il testicolo retrattile che rimane troppo a lungo in sede inguinale. Io non sono di questo avviso: un testicolo sicuramente retrattile scenderà definitivamente nello scroto e sarà un testicolo funzionalmente normale. Ma so che una parte dei testicoli "dubbi" finirà per collocarsi invece nel canale inguinale. Il testicolo dubbio, probabilmente, non va curato; ma va controllato, una volta all'anno, fino alla pubertà. Anche il "criptorchidismo ac-

quisito" esiste: e non è eccezionale che si debba prendere in considerazione un intervento chirurgico che all'inizio era stato escluso.

Terapia

Credo che tutti siamo d'accordo che il testicolo criptorchide prima o poi va abbassato e fissato allo scroto; se non viene alloggiato nello scroto, non avrà uno sviluppo normale; se viene abbassato, c'è la speranza, non la certezza, che possa svilupparsi e produrre spermatozoi. Le discussioni riguardano il quando e il come.

Quando

La tendenza costante negli ultimi decenni è stata di anticipare sempre più l'età in cui attuare il trattamento: da 8-10 anni, a 6 anni, a 4, a 2 e attualmente molti centri alla fine del primo anno di vita. Il motivo di questa progressiva anticipazione è sempre lo stesso: evitare i danni sul testicolo per effetto della malposizione. Gli esami microscopici eseguiti con tecniche sempre più raffinate sulle biopsie testicolari avrebbero dimostrato infatti che i danni da malposizione sono molto più precoci di quanto si vedesse in passato: iniziano a manifestarsi addirittura all'inizio del secondo anno di vita; quindi, per prevenirli, bisogna intervenire molto precocemente. In sostanza la tendenza è di attuare la terapia del criptorchidismo appena la diagnosi è certa, alla fine del primo anno di vita. Forse esiste in questa anticipazione dei tempi un po' di eccesso: personalmente consiglio comunque di atti-

varsì perché il testicolo criptorchide sia abbassato nello scroto entro la fine del secondo anno di vita, ove possibile.

Come

Stimolazione ormonale

1. I dati della letteratura sulla possibilità che la stimolazione ormonale faccia scendere il testicolo sicuramente criptorchide evitando la terapia chirurgica sono straordinariamente vari: con HCG dal 10% al 60% di discese; con LH-RH da 0% a 50% di discese; con HCG + LH-RH fino al 70%. Nell'esperienza di Padova i risultati della stimolazione ormonale si allineano tra i più bassi (10% di discese complete).

Dalla discrepanza dei risultati nasce la discussione sul rigore diagnostico: chi ha risultati scarsi ritiene che chi ha risultati buoni tratti con ormoni anche testicoli retrattili e non criptorchidi.

2. Le probabilità che il testicolo criptorchide scenda con stimolazione ormonale sono tanto maggiori quanto più il testicolo è basso.

3. La stimolazione ormonale risulta nel complesso meno efficace se fatta nel primo o nel secondo anno di vita, più efficace se fatta dopo (ma la tendenza è quella di anticipare i tempi della terapia!).

4. Il 10-30% dei testicoli scesi con stimolazione ormonale risalirebbe poi successivamente. Il testicolo eventualmente sceso va controllato nel tempo (ad esempio una volta all'anno) come nel caso di testicolo retrattile.

5. Controindicazioni sicure alla terapia ormonale sono la presenza concomitante di ernia inguinale e l'ectopia testicolare.

6. La più importante indicazione "ragionevole" alla terapia ormonale è il testicolo dubbio. La stimolazione ormonale ha infatti in questo caso il significato di un test diagnostico: se il testicolo scende, è retrattile e non va operato (ma seguito nel tempo); se non scende, è criptorchide e va operato. È importante che i risultati della stimolazione ormonale nel testicolo dubbio siano tenuti separati da quelli eventualmente ottenuti nei casi di testicolo criptorchide: la discesa con ormonoterapia di un testicolo dubbio non va considerata un successo della terapia ormonale nel criptorchidismo, e questo per cercare di far chiarezza nelle casistiche così difformi nella valutazione dell'efficacia. Altre indicazioni "ragionevoli" potrebbero essere i criptorchidismi bilaterali (insufficiente stimolazione ormonale?) e i testicoli

molto bassi (gruppo che sconfinava nei testicoli dubbi).

7. Molto si è detto e si dice sui possibili vantaggi della terapia ormonale nel criptorchidismo anche nei casi in cui il testicolo in realtà non scenda e la chirurgia non venga evitata. La terapia ormonale, ad esempio, faciliterebbe la orchidopessi chirurgica (la mia impressione è che *non* sia così); oppure la terapia ormonale faciliterebbe comunque un buono sviluppo testicolare dopo l'intervento (è un'ipotesi senza dati di conferma, per quanto ne sappia).

Terapia chirurgica

1. Comporta un "ricovero breve". Il bambino entra in reparto il giorno dell'intervento e viene dimesso il giorno stesso o il giorno successivo.

2. Prima del ricovero il bambino viene visitato in ambulatorio dal chirurgo che, confermata la diagnosi di criptorchidismo, programma la data del ricovero. A Padova l'attesa oscilla dei 2 ai 3 mesi.

3. Una decina di giorni prima del ricovero il bambino viene rivisto in ambulatorio dall'anestesista che lo ricontrolla per quanto di sua competenza, e che richiede eventuali esami preoperatori. In più del 95% dei casi non viene richiesto nessun esame preoperatorio.

4. Dopo la dimissione il bambino necessita di un paio di medicazioni molto semplici; possono essere fatte dal pediatra di base o in qualunque ambulatorio chirurgico.

5. Il risultato della orchidopessi va valutato ambulatorialmente dopo 1 mese dall'intervento (risultato immediato), dopo 1 anno (risultato tardivo) e alla pubertà (sviluppo del testicolo).

6. Il chirurgo riesce a posizionare e a fissare correttamente nello scroto la grandissima maggioranza dei testicoli criptorchidi palpabili. Risalite del testicolo sono possibili ma insolite: se il testicolo risultasse sicuramente risalito ai controlli programmati, si impone il reintervento (assurda la terapia ormonale!).

7. Nei testicoli palpabili molto alti (di solito sono anche i più piccoli) e, a maggior ragione, in quelli non palpabili, i risultati della chirurgia sono i più problematici. Il chirurgo può avere obiettivi difficili ad ottenere un allungamento dei vasi spermatici tale da consentire al testicolo di raggiungere lo scroto: in questi casi varie opzioni tecniche sono state proposte (sezione dei vasi spermatici, intervento in due tempi ecc.). In circa il 15% dei testicoli non palpabili il

testicolo risulta assente alla laparoscopia (atrofia da torsione? agenesia?).

8. Complicanze chirurgiche dopo orchidopessi tradizionale abbastanza importanti da danneggiare gravemente il testicolo fino all'eventuale atrofia sono segnalate nella letteratura con una frequenza inferiore al 5% se l'intervento è eseguito da un chirurgo esperto. Il rischio di atrofia appare tanto più alto quanto più precoce è l'orchidopessi: l'attuale tendenza ad anticipare l'intervento alla fine del primo anno di vita per prevenire i danni istologici da malposizione dovrebbe tener conto dell'aumentato rischio di danni chirurgici a questa età (su questa questione ne sappiamo per ora poco). Assai delicata per i rischi di atrofia testicolare è l'orchidopessi eseguita nei primissimi mesi di vita in concomitanza con un'ernia inguinale: va davvero fatta da un esperto.

Considerazioni (personali!) sulla scelta terapeutica

C'è chi ritiene che la terapia ormonale debba essere tentata in tutti i testicoli palpabili o non palpabili (esclusi solo i testicoli ectopici o con ernia inguinale concomitante) qualunque sia l'età del bambino; e che solo gli insuccessi della terapia ormonale (eventualmente anche ripetuti!) debbano essere affidati al chirurgo. E c'è chi, all'opposto, considera il criptorchidismo una patologia essenzialmente chirurgica nella quale la stimolazione ormonale ha così poco da offrire da apparire non giustificata. Fra queste due posizioni estreme ci sono i vari "distinguo" di chi propone gli ormoni solo nei testicoli palpabili, oppure solo nei testicoli molto bassi ecc., ma non in tutti i casi. Io mi schiero fra chi ritiene che nel criptorchidismo "vero" (testicoli dubbi esclusi) la terapia debba essere chirurgica e non (o solo eccezionalmente) ormonale. Quando vedo un bambino con criptorchidismo, faccio presente ai genitori che esiste la possibilità di far scendere il testicolo con gli ormoni, precisando che la terapia ormonale non è dannosa (molti genitori ne hanno paura!) ma che i successi sono pochi (intorno al 10%) e che anche il testicolo sceso può poi risalire di nuovo. Illustro quindi ai genitori l'efficacia e l'assoluta sicurezza della chirurgia e dell'anestesia, la brevità del ricovero, la semplicità del decorso, l'assenza di dolore postoperatorio ecc.; ed esprimo la (discutibile) convinzione che (a parte ogni considerazione sulla efficacia) potrebbero riuscire tutto sommato più

stressanti per il bambino le iniezioni intramuscolari di ormoni che l'intervento di orchidopessi gestito nei termini illustrati.

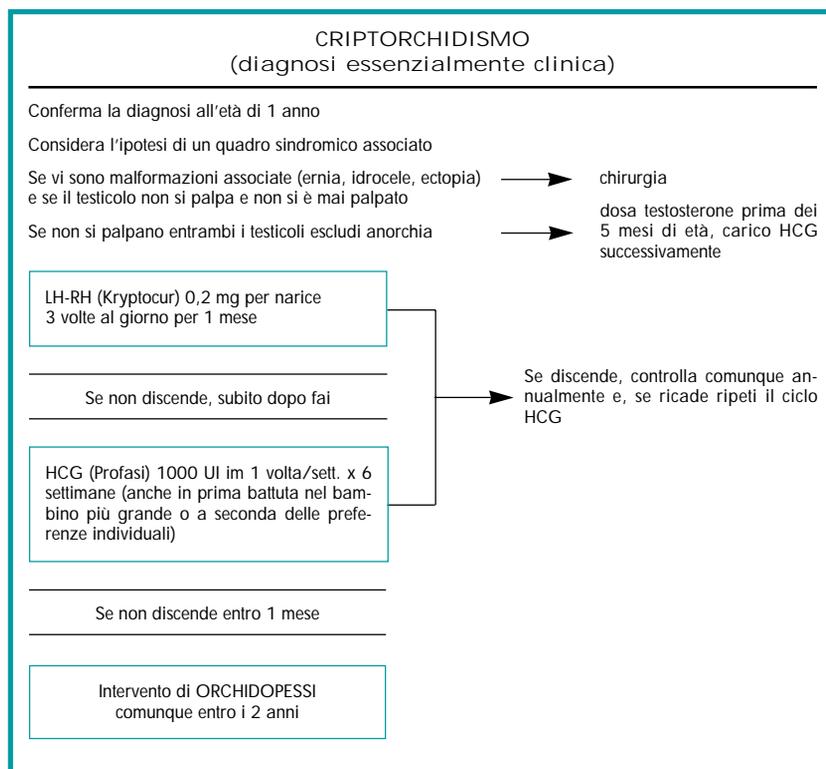
È davvero vantaggioso cercare di evitare con la terapia ormonale un intervento chirurgico ormai così tranquillo?

Seconda voce: Mauro Pocecco

Tutto quello che ha detto Guglielmi è giusto; ma lasciatemi dire una parola in difesa della terapia ormonale. Quello che Guglielmi non ha detto, e che forse non è noto a tutti, è che il criptorchidismo è comunque una manifestazione di ipoandrogenismo. Fin dalla nascita, anzi da prima della nascita, c'è, in questi bambini, una ridotta iniezione di ormoni sessuali. Le evidenze dirette sono che nei primi 3 mesi di vita il gruppo dei criptorchidi fabbrica meno gonadotropine del gruppo di controllo; la stessa cosa si ritrova al momento della pubertà. Questi bambini fabbricano anche meno testosterone, anzi nascono con una relativa atrofia delle cellule che fabbricano testosterone. Quindi i giochi sono già fatti alla nascita; è vero. Anzi, l'ipoandrogenismo è prenatale, perché sono gli androgeni che fanno discendere il testicolo.

La risposta al trattamento ormonale? Ha ragione Guglielmi nel dire che non c'è troppo da aspettarsi da questa terapia, se non l'aiuto nella definizione diagnostica, l'eliminazione dei dubbi, la discriminazione, sul testicolo dubbio, tra cripto e testicolo retrattile.

Però la terapia ormonale fa qualcosa di più: supplisce all'ipoandrogenismo di cui abbiamo parlato; favorisce lo sviluppo dell'epididimo e forse rende più agevole l'intervento. E forse fa qualcosa ancora. In fondo, anche Guglielmi si aspetta troppo dall'intervento chirurgico: le lesioni istologiche ci sono nel testicolo non disceso; e ci sono anche nel testicolo controlaterale, che l'intervento certamente non cura. Riporre in sede il testicolo è necessario per il suo trionfo, tanto più se è già compromesso prima di essere ritenuto. E anche su questo "salvataggio" (e su questa necessità e precocità del "salvataggio") da parte dell'intervento, non ci sono poi tante prove. È vero che nell'ex-criptorchide il liquido seminale è più povero di spermatozoi; ma l'indice di fertilità non cambia certo moltissimo. Ecco perché, anche se non mi aspetto molto per quel che attiene al mero problema "discesa del testicolo" dalla terapia ormo-



nale, sono convinto che l'associazione ormoni+chirurgia corrisponda all'impostazione teoricamente ed empiricamente più giusta. La terapia con RH-LH (Kryptocur) serve apparentemente poco; ma è la più fisiologica (oltre che la più costosa), e non dà effetti collaterali. La terapia con HCG è più misurabilmente efficace e poco costosa, ma non va assolutamente sovradosata (500 UI/sett. x 6 sett. < 3 anni; 1000 UI/sett. > 3 anni e dà più spesso irrequietezza, ginecomastia, edemi, virilismo).

Torno su alcuni punti già toccati da Guglielmi: gli esami (non servono); il criptorchidismo dubbio (esiste); il cripto acquisito, o la risalita secondaria del testicolo (esistono, non sono eventi rari, richiedono un controllo annuale).

FIMOSI

Prima voce: Maurizio Guglielmi

Nella mia clinica si fanno circa 10 fimosi all'anno, su circa 1600-1800 interventi. Questo vuol dire che la fimosi esiste; e questo vuol dire che la fimosi è molto rara.

Alcune cose da ricordare.

La prima: la circoncisione è un vero intervento chirurgico; deve essere motivato da ragioni mediche, non da ragioni familiari. La giustificazione medica alla circoncisione è la fimosi. Le altre indicazioni proposte (la prevenzione dell'infezione urinaria, del cancro nel pene del maschio e del cancro della cervice nella moglie del maschio) hanno giustificazioni debolissime che per me non hanno senso.

La seconda: che cosa è la fimosi? È la stenosi del meato prepuziale che non permette di scoprire il glande. È essenziale precisare che non è fimosi il prepuzio esuberante (a proboscide), e non sono fimosi le aderenze balano-prepuziali fisiologiche dei primi anni di vita. Anche tali aderenze impediscono o rendono difficoltoso lo scorrimento del glande, ma il meato prepuziale non è stenotico. Per effetto delle aderenze balano-prepuziali fisiologiche il prepuzio resta fissato al glande in almeno un quinto dei maschi anche dopo i primi due anni di vita, e si libera solo negli anni successivi, di norma prima dell'età scolare. Tutti i pediatri ormai sanno che le aderenze balano-prepuziali fisiologiche vanno rispettate, che le manovre di scopertura forzata del glande staccando le aderenze sono da condannare, che il

risultato di tali manovre, pratica comune fino a non molti anni fa, è quello di ottenere, oltre al dolore, il sanguinamento del prepuzio inducendo una reazione fibrosa locale, causa frequente di fimosi cicatriziale vera e propria.

La fimosi meno rara è la fimosi cicatriziale: qualche volta da dermatite ammoniacale; più spesso secondaria al tentativo di scollamento delle aderenze prepuziali. Qualcuno usa la pomata cortisonica. Forse serve, ma serve per un problema che non c'è. Anche qui, come per la terapia ormonale del cripto, userei le pomate cortisoniche nei casi dubbi, che anche qui esistono (ma non ha senso domandarsi se esistono prima dell'età della scuola; perché già il domandarselo è produrre patologia "da esplorazione"). Se il prepuzio si scolla con la pomata cortisonica, non è fimosi; se non si scolla, allora (forse) lo è.

Indicazione sicura alla circoncisione è la fimosi cicatriziale. La presenza di stenosi cicatriziale del prepuzio è molto facile da riconoscere con il semplice esame obiettivo. Si deve retrarre delicatamente il prepuzio fino a vedere il meato uretrale: se non c'è cicatrice non c'è fimosi; non è necessario (anzi è dannoso) scoprire tutto il glande per averne la certezza.

Seconda voce: Mauro Pocerco

Tra fimosi ed endocrinologia non ci sono molti rapporti. Nella fimosi, o nell'adesione balano-prepuziale, non c'è un'alterazione degli androgeni, né un'iposensibilità agli androgeni, che si incontra invece nelle ipospadie. C'è un'analogia con la coalescenza delle piccole labbra, che invece trattiamo con estrogeni in pomata.

Colgo però, non da endocrinologo ma da pediatra, l'occasione per ricordare la grande efficacia della EMLA, la pomata anestetica entrata di recente in commercio e in Ospedale in Italia, una delle cui indicazioni (negli USA, dove 2 milioni di bambini vengono circoncisi ogni anno) è per l'appunto la circoncisione rituale (o sociale, o medico-indotta) del neonato.

È giusto un'occasione: non dimenticare che anche il neonato ha capacità di

soffrire; non dimenticare che il dolore ha un effetto sconvolgente sull'equilibrio, stavolta sì, ormonale dell'organismo; non dimenticare che il ricordo anche inconsapevole della violenza ricevuta dal bambino si accumula e pesa nella costruzione della personalità.

VARICOCELE

Prima voce: Maurizio Guglielmi

Vi dico subito che è un argomento di cui parlo molto malvolentieri: è un argomento su cui ho pochissime certezze e molti dubbi.

Io sono nato come chirurgo generale negli anni '60; allora i varicoceci venivano operati quando erano francamente sintomatici. L'urologo di Padova ci diceva che ne operava un paio all'anno.

Poi abbiamo imparato che il varicocele poteva essere causa di infertilità; e le carte in tavola sono cambiate.

Si tratta di una patologia (di una variante della norma?) presente nel 10-20% della popolazione maschile: ma nel maschio infertile questa proporzione sale al 30-40%.

Dunque, il varicocele è davvero, verosimilmente, causa di infertilità. Il portatore adulto di varicocele con problemi di infertilità e con uno spermogramma povero ha il 50% di probabilità di miglioramento (dello spermogramma) dopo intervento chirurgico. Nel maschio adulto con problemi di infertilità, dunque, l'indicazione all'operazione di varicocele è legittima. Diverso è trasferire il problema in termini di prevenzione: qui le evidenze sono tutt'altro che certe. Infatti almeno la metà degli adulti con infertilità e varicocele hanno probabilità di guarire dopo intervento; non tutti gli adulti infertili con varicocele sono infertili per il varicocele, e la maggior parte dei portatori di varicocele è comunque fertile.

Devo confessare che nella mia Clinica stiamo accettando di intervenire su pazienti inviati con questa indicazione, quindi qualcuno mi potrà dire che predico in un modo e razzolo in un altro; ma almeno non sono io che vado a cer-

carli. Vi porto queste frasi per rinforzare i miei (e spero i vostri) dubbi.

Cosa vi devo dire? Si deve presumere che, se si operassero tutti gli adolescenti con varicocele, l'intervento servirebbe a non più del 20% degli operati. Allora le indicazioni devono almeno essere restrittive, almeno allo stato attuale delle conoscenze: va operato il varicocele di classe 3: un varicocele visibile a bambino in piedi; oppure il varicocele di classe 2, cioè il varicocele palpabile, ma solo se il testicolo omolaterale è piccolo. Credo anche che non si debba operare un varicocele sotto i 18 anni, e che il ragazzo deva essere coinvolto nella decisione e informato con la massima obiettività.

Quanto al tipo di intervento, questo deve essere il meno invasivo possibile. Io penso che debba essere laparoscopico.

Seconda voce: Mauro Pocerco

L'associazione tra varicocele e infertilità esiste. A Trieste ho fatto un'indagine epidemiologica nelle scuole. È molto più frequente di quanto io ritenessi prima della ricerca; lo troviamo, di grado 2 o 3, nel 10% dei bambini nella scuola media e nell'adolescente nel 12-13% dei casi. Operarli tutti sarebbe fuori senso; ma come facciamo a sapere il suo potenziale riproduttivo senza studiare il liquido seminale? Abbiamo provato a studiare la situazione ormonale; e abbiamo selezionato 100 casi di varicocele severo con atrofia testicolare: effettivamente, anche se il singolo individuo presenta valori nell'ambito della normalità, il gruppo dei portatori di varicocele, nel suo insieme, presenta un picco più alto di gonadotropine, come se effettivamente avesse un minimo di ipogonadismo. Forse la risposta alla decisione se operare o non operare la potrebbe dare l'endocrinologo; e l'indicazione potrebbe essere proprio data dalla clinica (dimensioni del testicolo, come diceva Guglielmi) e dal laboratorio (picco di gonadotropine elevato, al di sopra di 20 UI/ml al test da carico di RH-LH).

