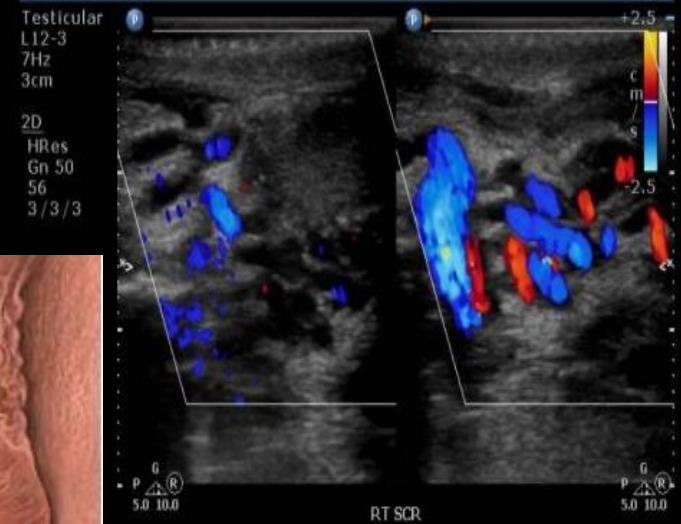


IL VARICOCELE



Dott. CARMINE DI PALMA

Andrologia, Urologia, Chirurgia Andrologica e Urologica,
Ecografia

Che cos'è il varicocele?

Il varicocele (dal latino varix = varice e dal greco kele = gonfiore) consiste nella dilatazione delle vene che circondano il testicolo. I testicoli ricevono il sangue dall'arteria testicolare che è situata all'interno dell'addome; il sangue viene quindi trasportato via attraverso una serie di piccole vene localizzate nello scroto (plesso pampiniforme). Da qui il sangue refluisce nella vena spermatica interna (vena testicolare), che a sua volta trasporta il sangue indietro sino al cuore. In alcuni uomini le vene attorno al testicolo possono allargarsi o dilatarsi; le vene dilatate sono definite come varicocele.

Qual è la frequenza?

Insorge solitamente tra i 15 e 25 anni, eccezionalmente prima, assai di rado nella vecchiaia. Presenta un'incidenza elevata (circa il 15% dei giovani visitati alla leva); nell'85% dei casi è localizzato a SN, nell'11% è bilaterale e solo nel 4% a DX.

Quali sono le cause?

La patogenesi del Varicocele non è chiaramente conosciuta; il fatto più probabile è che sia determinato da una congenita debolezza delle pareti venose associata a un'incontinenza delle valvole; la pressione del sangue determinata dalla posizione eretta a lungo andare determina la dilatazione delle vene.

Come ci si accorge di avere un varicocele?

Molte persone ammalate di varicocele non accusano nessun sintomo (molto spesso si accorgono di averlo perché non riescono ad avere figli!); questo dipende spesso dalle sue dimensioni. Quando le dimensioni siano sufficienti a causare sintomi questi sono sostanzialmente due.

- dolore
- problemi di infertilità

Il dolore associato al varicocele è dovuto all'eccessiva pressione del sangue all'interno delle vene dilatate. Tale aumento pressorio così come il dolore aumenta quando si sta in piedi per lunghi periodi di tempo,

nell'attività sportiva o sollevando pesi.

Quali le conseguenze?

Le vene dilatate determinano un innalzamento di pochi gradi della temperatura del testicolo che se si mantiene per lungo tempo, può causare infertilità. Infertilità significa difficoltà alla riproduzione. Nei maschi è di solito dovuta alla produzione di spermatozoi. Gli spermatozoi sono prodotti nei testicoli e la produzione degli stessi è molto sensibile anche a piccole variazioni di temperatura. Perciò se la produzione di spermatozoi è disturbata la funzionalità, il numero e la densità degli spermatozoi può subire notevoli alterazioni. Se lo sperma non è normale la gravidanza può essere impossibile. Dopo la cura

del varicocele (che sia chirurgica o radiologica) la funzionalità e il numero degli spermatozoi mostra un netto miglioramento con una crescita significativa della probabilità di gravidanza. Il Varicocele può anche interferire con la produzione di sperma causando un'atrofia del testicolo. Anche questa situazione patologica è in relazione all'innalzamento della temperatura.

Come si diagnostica?

Generalmente la diagnosi di Varicocele non è difficile; si diagnostica facilmente con una semplice visita. E' comunque indispensabile una corretta e approfondita valutazione delle cause e dell'entità per le quali non è sufficiente la sola visita clinica. Un esame del Liquido Seminale e un

Eco-Doppler sono necessari. L'Eco-Doppler è un esame non-invasivo che impegna gli ultrasuoni molto simile all'Ecografia. L'Eco-Doppler viene solitamente eseguito con il paziente in piedi in modo tale che le vene ripiene di sangue sono più agevolmente visibili. L'intero esame non richiede più di 20 minuti.

Qual è la terapia?

Molte sono le tecniche per eliminare le varicosità delle vene spermatiche a) embolizzazione transfemorale b) sclerotizzazione scrotale c) legatura chirurgica d) legatura microchirurgica e) legatura laparoscopica. L'embolizzazione transfemorale (procedura mini-invasiva) consiste nel raggiungere la vena spermatica partendo dalla vena femorale alla piega della coscia. in

anestesia locale si incide la cute alla piega dell'inguine per 1 centimetro, si penetra nella vena femorale con una sottile sonda flessibile che risalendo fino alla vena spermatica, ne interromperà il lume per mezzo di una soluzione sclerosante iniettata nella vena. Prevede un ricovero di poche ore e la sola anestesia locale alla cute dell'inguine. Viene eseguita dai radiologi sotto visione radiologica. Può succedere che particolari angolazioni della vena spermatica rendano difficile o impossibile il suo incannulamento. La sclerotizzazione scrotale è simile alla prima, l'incisione è però alla cute scrotale e le vene sclerotizzate sono quelle del funicolo. E' eseguita dai chirurghi urologi. Il ricovero è di poche ore e l'anestesia è locale alla radice dello scroto. La legatura

chirurgica della vena spermatica è stata la tecnica più usata nel passato, con un'incisione addominale simile a quella per togliere l'appendice infiammata si arriva alla vena spermatica e la si lega. L'anestesia è generale e il ricovero di uno-due giorni. La legatura microchirurgica prevede l'accesso inguino-scrotale in anestesia locale e un ricovero breve. La legatura laparoscopica è riservata ai varicoceli bilaterali, si penetra nell'addome con tre tubi da laparoscopia e sotto visione si legano le vene spermatiche di destra e di sinistra. La scelta tra queste varie tecniche dipende dalle preferenze del chirurgo.