

Download dal sito del Prof. Alessandro Natali - www.profnatali.it

TRAUMI GENITALI

A cura del Prof. Giovanni Colpi Unità di Andrologia Ospedale San Paolo Polo Universitario - Milano Purtroppo in letteratura non sono riportati dati che correlino patologie andrologiche con gli esiti da trauma sportivo, come ad esempio i traumi da caduta.

Analizzeremo qui le più frequenti patologie andrologiche associabili o imputabili a traumi genitali.

I traumi del pene possono essere distinti in aperti o chiusi, a seconda che si verifichi la rottura o meno della tunica albuginea. Si può avere la formazione di voluminosi ematomi, che diffondono seguendo i piani fasciali, con iperpigmentazione cutanea che può interessare il perineo e anche l'addome. Importante per la diagnosi è, oltre all'esame obiettivo, l'indagine ecografica, la cavernosografia, l'uretrografia retrograda o la risonanza magnetica in caso di intervento chirurgico. Nei traumi chiusi l'atteggiamento terapeutico, nella maggior parte dei casi, è astensionistico in fase acuta. I traumi aperti del pene sono più rari e vanno dalla semplice lacerazione cutanea sino allo scuoiamento od all'amputazione del pene. In tutte queste situazioni si impone una terapia chirurgica riparativa o ricostruttiva.

Molte volte però anche lesioni traumatiche o microtraumatiche del pene che all'inizio possono non allarmare il medico possono dare origine, anche a distanza di tempo molto variabile, alla induratio penis plastica nota anche come malattia di La Peyronie. La malattia si presenta come una fibrosi localizzata, associata o meno a calcificazioni, della tunica albuginea del pene, con interessamento del tessuto erettile adiacente. Questo comporta un'alterazione della normale elasticità della tunica albuginea che durante l'erezione si manifesta come una curvatura anomala del pene, che può comportare da un semplice fastidioso inestetismo sino all'impossibilità di penetrazione. Oltre alla visita, indispensabile è l'esecuzione di una ecografia dinamica del pene. La terapia può essere di tre tipi: medica, fisioterapica e chirurgica.

Altre volte invece i traumi delle fibre nervose del perineo o del tessuto cavernoso possono portare a deficit erettile, definito come l'incapacità a ottenere e mantenere l'erezione per un tempo sufficiente a espletare un rapporto sessuale soddisfacente per entrambi i partners.

Traumi contusivi a livello del perineo possono portare alla formazione di fistole arterocavernose che si manifestano con episodi di priapismo. Il priapismo non trattato può dar luogo all'insorgenza di necrosi di tessuto erettile, alla quale segue fibrosi delle strutture trabecolari del corpo cavernoso con conseguente perdita della funzionalità erettile. Per la diagnosi differenziale tra priapismo a basso e ad alto flusso è utile eseguire l'emogasanalisi del sangue dei corpi cavernosi, la flussimetria doppler ed eco-color-doppler e l'arteriografia selettiva della pudenda interna. Il trattamento del priapismo a basso flusso è chirurgico, con creazione di shunts di diverso tipo. La terapia del priapismo ad alto flusso può essere meccanica (impacchi di ghiaccio e bendaggio compressivo), farmacologia (alfa-agonisti), radiologica (embolizzazione selettiva o superselettiva), chirurgica (chiusura dell'arteria cavernosa, chiusura della fistola).

I traumi chiusi dello scroto possono limitarsi alla superficie cutanea (con contusioni ed ematomi superficiali), ma possono anche coinvolgere le strutture gonadiche, con lacerazione dell'albuginea

e conseguente fuoriuscita della polpa testicolare, fino al vero e proprio "scoppio" del testicolo, Molte volte si può avere una semplice contusione parenchimale con formazione di un ematoma intratesticolare. Importante per la diagnosi è l'indagine ecografica. La terapia può consistere nel solo monitoraggio o nella chirurgia evacuativa dell'ematoma e riparazione dell'albuginea.

I traumi aperti dello scroto sono caratterizzati da una soluzione di continuo della parete scrotale, con la messa allo scoperto delle strutture endoscrotali, fino alla lacerazione del funicolo spermatico od all'amputazione del/dei testicoli e del pene. Può essere utile la diagnostica ecografica, mentre la terapia chirurgica riparativa rimane sempre necessaria.

Inoltre in soggetti predisposti, mancanti di strutture atte a fissare il testicolo, si può verificare dopo esercizio fisico la torsione del funicolo spermatico sul proprio asse, che ha come risultato l'ostruzione venosa, con edema ed emorragia secondaria intratesticolare e dolore acuto, improvviso, anche in pieno benessere, con il testicolo richiamato verso l'alto a livello inguinale, l'emiscroto interessato aumentato di volume, la sintomatologia esacerbata della deambulazione, con facies sofferente del paziente. Per la diagnosi può essere utile lo studio eco-color-doppler del flusso ematico intratesticolare, anche se questa indagine non è sempre dirimente ai fini diagnostici. E' possibile tentare la detorsione manuale, ma, se questa non dà esito positivo, bisogna effettuare un'esplorazione chirurgica scrotale, obbligatoria se la diagnosi è dubbia. L'intervento chirurgico dovrebbe essere eseguito entro le prime ore dalla comparsa dei primi sintomi, onde evitare danni al testicolo.