

IL TESTICOLO RITENUTO

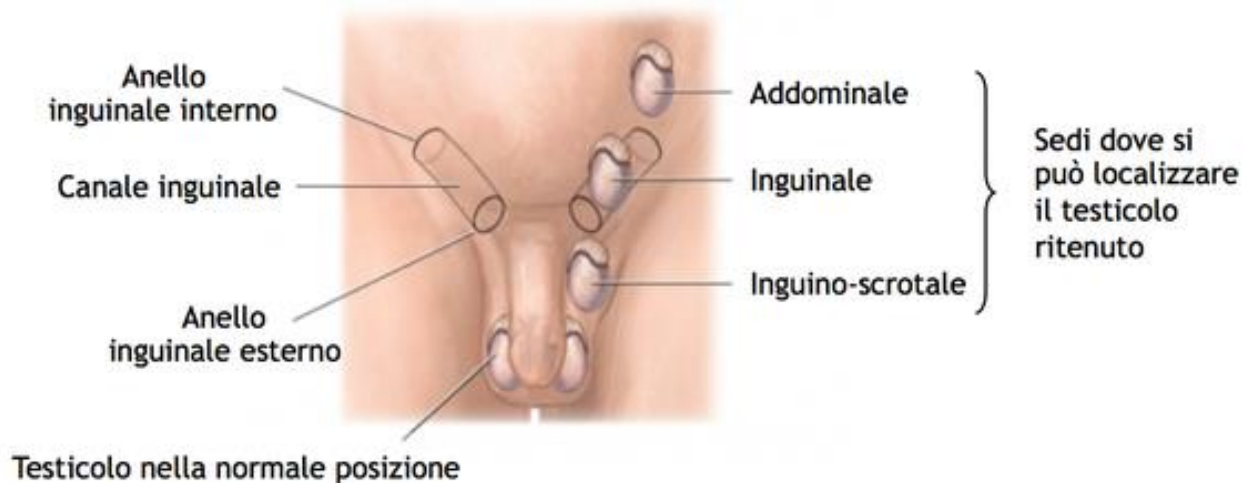
Il testicolo ritenuto è un difetto anatomico dello sviluppo dei genitali esterni del vostro bimbo che consiste nel mancato raggiungimento da parte del testicolo della sua normale posizione a livello della sacca scrotale.

È un difetto molto comune, che riguarda circa 1-2 % di tutti i bambini e che può riguardare anche entrambi i testicoli.

Vi sono vari tipi di testicoli ritenuti. Questi possono essere riscontrati a livello della regione inguinale (più frequentemente) o non essere riscontrati alla visita clinica perché rimasti all'interno della pancia o perché non formati (agenesia o residuo testicolari).

Si parla di testicoli retrattili invece quando i testicoli del bimbo sono presenti, alla visita clinica si palpano e si conducono manualmente nello scroto ma dove tendono a non restare a causa di un vivace riflesso di strutture muscolari ad esso collegate.

Fig.1 Il testicolo ritenuto nelle sue varie localizzazioni



COSA SI FA IN CASO DI TESTICOLO RITENUTO?

È consigliata una valutazione urologica pediatrica o chirurgica pediatrica.

Nella maggioranza dei casi la diagnosi avviene al momento della visita clinica o volte può essere utile eseguire anche un'ecografia.

I testicoli ritenuti retrattili non necessitano inizialmente di un trattamento chirurgico ma solo di un monitoraggio con visite cliniche perché in gran parte tenderanno a rimanere nello scroto con la crescita del ragazzo e dei testicoli. In caso questi tendessero a non restare nello scroto con la crescita del ragazzo può essere necessario un intervento chirurgico in regime di day surgery di fissazione dei testicoli con due piccoli tagli a livello scrotale.

Il testicolo ritenuto richiede invece un trattamento chirurgico che può essere eseguito a partire circa dai 6-12 mesi di età del bimbo e che viene definito orchipessi o orchidopessi testicolare.

L'intervento è necessario in quanto il testicolo ritenuto è sottoposto in posizioni non opportune (nell'inguine o in pancia) a temperature che possono alterarne la sua crescita e sviluppo e che potrebbero far sviluppare patologie testicolari nel futuro.

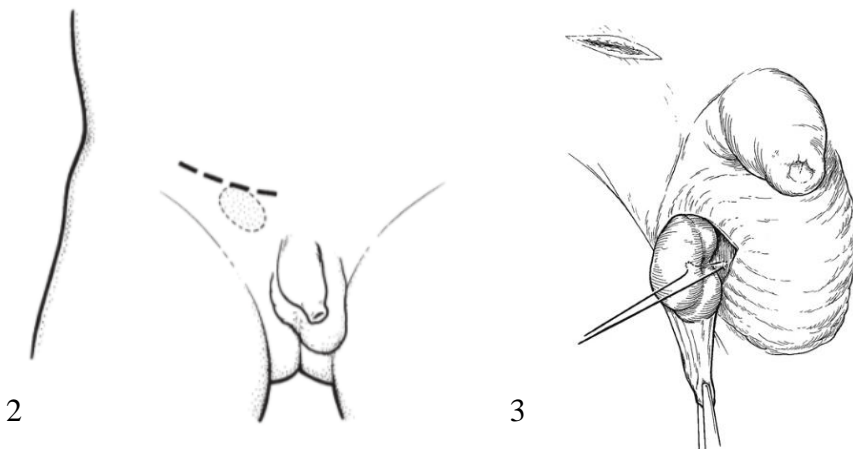
COME AVVIENE L'INTERVENTO?

L'intervento varia a seconda della posizione del testicolo.

L'intervento tradizionale di orchipessi consiste in un taglietto a livello inguinale, da cui il testicolo viene liberato da tutte quelle strutture che lo tengono in alto, ed un altro taglietto a livello scrotale, dove il testicolo viene fissato con dei punti riassorbibili (Fig.2-3).

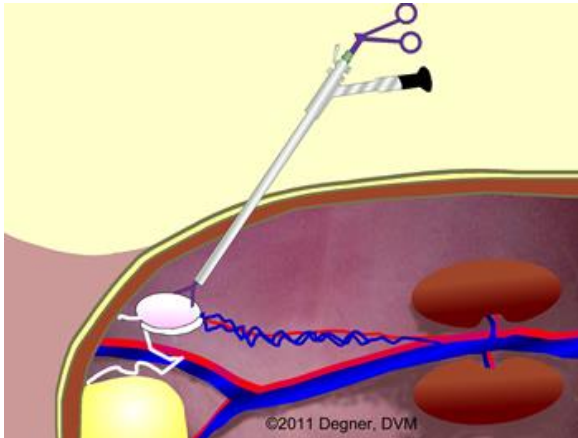
Qualora il testicolo fosse in una posizione abbastanza bassa potrebbe essere sufficiente il taglietto sullo scroto per liberare il testicolo e fissarlo nella sacca scrotale.

Fig.2-3 intervento di orchipessi per via inguinale (il più frequente)



In caso di testicoli non presenti alla visita l'approccio è differente. Per questi viene eseguita un'esplorazione che può avvenire attraverso una laparoscopia, ovvero introducendo una piccola telecamera dall'ombelico (Fig.4), o attraverso un'incisione a livello inguinale, per valutare se il testicolo è presente.

Fig.4 Esplorazione per via laparoscopica



In caso il testicolo non fosse presente viene fissato con un taglietto sullo scroto il testicolo controlaterale per impedire una sua possibile torsione in futuro e garantendo una possibile fertilità e livelli di ormoni del bimbo e poi del ragazzo.

In caso fosse presente solo un piccolo residuo testicolare questo viene asportato attraverso un taglietto a livello inguinale perchè tale residuo può portare a patologie testicolari in futuro, e come in precedenza viene fissato il testicolo controlaterale.

Qualora il testicolo fosse invece presente nella pancia o nei pressi dell'inguine questo può essere portato nello scroto attraverso un singolo intervento (per via laparoscopica, ovvero attraverso altri piccoli buchini sulla pancia, o con taglietti a livello inguinale e scrotale) o con due interventi a distanza di circa 6 mesi (intervento secondo Fowler-Stephens).

Tale intervento in due tempi consiste in un primo intervento in cui vengono sezionati i vasi (vena ed arteria) che portano la maggior parte del sangue al testicolo, per via laparoscopica o con un taglietto a livello dell'inguine, ed un secondo intervento dopo circa 6 mesi in cui il testicolo ha avuto il tempo di far sviluppare altri vasi in precedenza più piccoli e che può essere portato nello scroto sempre per via laparoscopica o con taglietti inguinale e scrotale.

Tutti i punti di sutura utilizzati sono in materiale riassorbibile per cui non necessitano di rimozione.

QUANTO DURA IL RICOVERO? [L] [SEP]

L'intervento tradizionale di orchipessi per via inguinale o scrotale viene generalmente condotto in regime di Day surgery, ovvero con ingresso la mattina dell'intervento, l'intervento in mattinata e la dimissione nel pomeriggio ovviamente se il bimbo/ragazzo è in buone condizioni generali, ha fatto pipì, si è mobilizzato ed il dolore è ben controllato.

Il ricovero può prevedere invece di restare una notte in ospedale in caso di interventi in laparoscopia, o di interventi bilaterali più impegnativi o ad esempio in caso di altre patologie del bimbo in cui è preferibile monitorarlo durante la notte.

CI POSSONO ESSERE COMPLICANZE? [L] [SEP]

Sì, così come ogni procedura chirurgica possono esservi delle complicanze, che nel caso dell'intervento di orchipessi sono inferiori al 5%.


Le complicanze più frequenti possono essere infezione, sanguinamento o deiscenza (apertura) della/e ferita/e chirurgiche.

Altre complicanze possono essere la recidiva, ovvero la risalita del testicolo dovuta alla retrazione dei tessuti con la cicatrizzazione, o raro è il danneggiamento delle strutture vascolari del testicolo con conseguente atrofia (mancato sviluppo) del testicolo stesso, rischio meno raro (circa il 5%) per gli interventi in due tempi.

SI FARANNO CONTROLLI DOPO L'INTERVENTO?

Sì. Viene eseguito inizialmente una visita dopo 7-10 giorni per controllare soprattutto le ferite chirurgiche, e poi a distanza di 6-12 mesi e con cadenza annuale/biennale se necessarie per monitorare che non vi siano complicanze tardive quali atrofia o risalita del testicolo.

BIBLIOGRAFIA

- European Association of Urology/European Society for Paediatric Urology Guidelines (2022);
-  Operative Pediatric Surgery, 8th Edition, 2021, Davenport M., Geiger J.D.;

DOCUMENTO REDATTO DA

Dr. Andrea Zulli

SOC Urologia Pediatrica

Andrea.zulli@meyer.it