

Il Varicocele

Che cosa è ?

“ La denominazione di varicocele si applica a qualsiasi dilatazione e tortuosità abnorme delle vene del plesso pampiniforme all'interno dello scroto”

Campbell M.F. – Harrison J.H.

“ Varici del plesso pampiniforme”

Bezzi E.

“ Varicocele is a varicose condition of the veins of the pampiniform plexus”

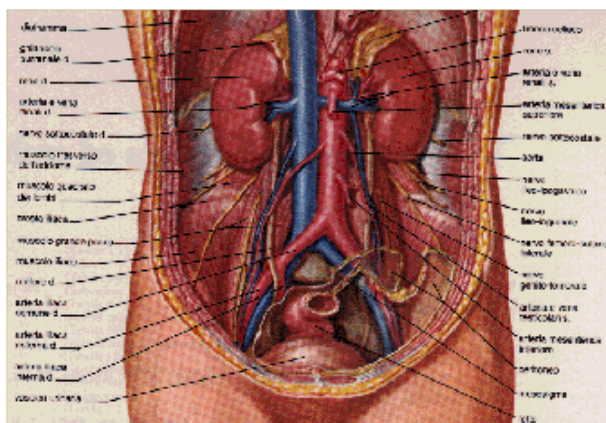
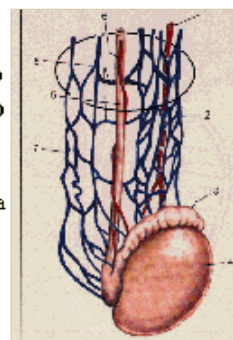
Blady J.

“ Per varicocele si intende quello stato morboso caratterizzato da allungamento, dilatazione e tortuosità delle vene del plesso pampiniforme”

Enciclopedia Medica Italiana

Si definisce Varicocele (dal latino varix-icis e dal greco ke'le= gonfiore) la dilatazione delle vene del plesso pampiniforme.

Plesso pampiniforme: è quel ricco plesso venoso che circonda il testicolo nella borsa scrotale



Nella maggior parte dei casi il Varicocele è definito come idiopatico o primario e colpisce quasi sempre il lato sx.

Questa netta prevalenza di lato è attribuita al fatto che la vena spermatica interna di sinistra si getta ad angolo retto nella vena renale omolaterale.

L'etiologia del Varicocele idiopatico rimane in pratica sconosciuta in analogia ad altre manifestazioni "varicose".

Si tratta nella maggior parte dei casi di una patologia congenita, sebbene esistano anche forme acquisite, correlate a patologie retroperitoneali.

All'esame obiettivo un paziente con Varicocele, in posizione eretta, rivela una massa di vene dilatate e tortuose che si trovano posteriormente e superiormente al testicolo.

Si suol dire che alla palpazione un varicocele dia la sensazione tattile di un sacchetto di vermi.

Che problemi può dare ?

Dal punto di vista sintomatologico, il Varicocele di 3° grado può portare ad un senso di pesantezza nell'emiscroto omolaterale .

L'interesse dell'Urologo per il Varicocele è dovuto, però, soprattutto ai rapporti tra varicocele e subfertilità maschile.

Il varicocele è infatti una delle cause più frequenti di infertilità maschile chirurgicamente correggibile in quanto spesso associato ad alterazioni delle caratteristiche morfo-funzionali del liquido seminale e ad alterazioni istologiche testicolari.

Le ipotesi patogenetiche che legano il varicocele alla subfertilità sono molteplici, ma tutte sembrano convergere verso il danno alle gonadi, che si evidenzerebbe sul piano clinico con una alterazione del liquido seminale.

Incidenza del varicocele nella popolazione maschile:

4-22%

Incidenza varie forme:

Sx	78-93%
Bilaterale	2-20%
Dx	1-7%

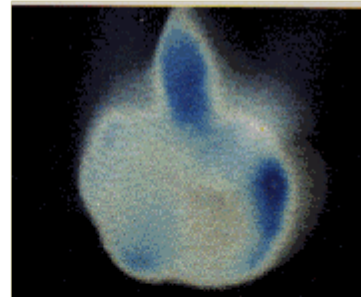
Ipotesi fisiopatologiche del danno da varicocele :

1) **Insufficiente ossigenazione del testicolo:** la stasi venosa che si viene a determinare a li livello della gonade nel varicocele ha indotto a ipotizzare che la conseguente ipossia tissutale potesse svolgere un ruolo nella genesi delle alterazioni morfo funzionali testicolari. (Non dimostrato)

2) **Reflusso di cataboliti surrenalici:** dimostrato il reflusso di sangue venoso dalla vena renale nella vena testicolare si è ipotizzato che metaboliti renali e/o surrenalici potessero raggiungere il testicolo con successiva alterazione della funzione. (Non dimostrato)

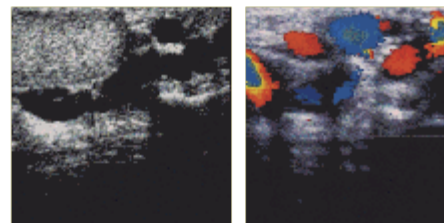
3) **Ipertermia:** la spermatogenesi è sensibile alla temperatura. Studi sperimentali sembrano dimostrare che un aumento della temperatura testicolare, come si è visto si verifica in soggetti con varicocele, può rappresentare uno stimolo per l'attivazione di sostanze (prostaglandine) lesive per la gonade.

4) **Alterazioni endocrine:** si è ipotizzato che nei soggetti con varicocele vi sia un'alterata attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-testicolo.



Temografia di soggetto con varicocele sx:

l'area colorata in blu evidenzia una ipertermia in sede emiscrotale sx



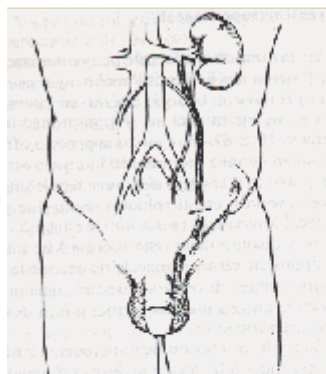
Aspetto ecografico e color-doppler di un varicocele

NON TUTTI I SOGGETTI CON VARICOCELE SONO SUBFERTILI, NE' ESISTE UNA CHIARA CORRELAZIONE TRA GRAVITÀ' DEL VARICOCELE E GRAVITÀ DELLA DISFUNZIONE TESTICOLARE, NÈ TUTTI I SOGGETTI SUBFERTILI CON VARICOCELE MIGLIORANO DOPO CHIUSURA DELLA VENA SPERMATICA.

C. Pavone - N. Cavallo - M. Pavone Macaluso

Elenco delle piu' comuni opzioni terapeutiche in caso di varicocele

1) Legature retroperitoneali



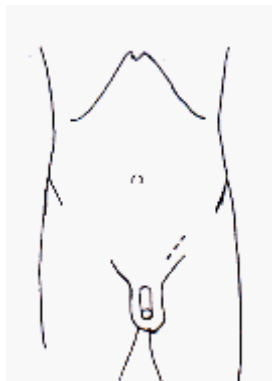
- **Tecnica di Ivanissevich (1960)** : prevede l'incisione orizzontale del piano cutaneo circa 2 cm al di sopra della spina iliaca anterosuperiore. Individuato il fascio vascolare spermatico, si isola e risparmia l'arteria spermatica, si procede a sezione tra due legature della vena spermatica interna.

- **Tecnica di Palomo (1949)**: legatura in blocco di arteria e vena spermatica con incisione cutanea 4-5 cm al di sopra della spina iliaca anterosuperiore.

Vantaggi: permettono di isolare le vene spermatiche in alto, vicino al punto di drenaggio della vena renale sx, quindi ci sono meno vene da legare e l'intervento richiede minor tempo.

Svantaggi: elevata incidenza di recidive (15-45%). Difficile identificazione dell'arteria testicolare e suo risparmio. Difficoltà nell'identificare i linfatici con elevata percentuale di idrocele postoperatorio (7-33%)

2) Legature inguinali :



nette l'esposizione delle strutture del cordone spermatico vicinale interno dove l'arteria testicolare può essere più facilmente risparmiata. Diminuzione della percentuale di recidive rispetto agli peritoneali.

non effettuati con ingrandimento ottico e tecniche di microchirurgia un'incidenza di idrocele postoperatorio variabile (3-15%) e da i dell'arteria spermatica.

di esecuzione per presenza di un maggior numero di vene da legare e atezza da parte dell'operatore per non ledere le strutture del funicolo.

subinguinali

Vantaggi: mancata incisione del piano fasciale, minima incisione cutanea.

Svantaggi: possibile tumefazione locale che tarda a guarire. Maggior fastidio nel post-operatorio.

4) Interventi di sclerotizzazione :

- Sclerotizzazione anterograda secondo Tauber
- Trattamento percutaneo (trans femorale, transbrachiale, transgiugulare)



Vantaggi: intervento in anestesia locale in Day Hospital.

Svantaggi: Incidenza di recidive. Esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti. Possibili reazioni al mezzo di contrasto.