Le orchiepididimiti

Data 03 aprile 2011
Categoria urologia

Una breve panoramica sulle cause, sulla diagnosi e sulla terapia delle orchiepididimiti.

Le orchiti sono infiammazioni dei testicoli, mentre quando la flogosi riguarda l'epididimo si parla di epididimiti. Generalmente l'orchite si associa sempre ad una epididimite, mentre quest'ultima può anche essere isolata.
Le orchiepididimiti vengono classificate in vario modo:
1) infettive e non infettive
2) acute (durata dei sintomi inferiore alle sei settimane), subacute e croniche (se durano da più di tre mesi).
L'età più colpita è quella compresa tra i 18 e i 70 anni, anche se la maggior parte dei casi si osserva attorno ai 30-40 anni.

Come si manifestano?
Nelle forme acute i sintomi principali sono il dolore testicolare, l'aumento di volume del testicolo interessato e, talora, la febbre. Le forme croniche sono caratterizzate soprattutto dal dolore.
Dal punto di vista clinico le forme acute sono le più importanti e devono essere differenziate dalla torsione testicolare. I segni clinici che distinguono una torsione sono l'inizio acuto con dolore importante, il testicolo orientato verso l'alto e trasversalmente, il dolore che si accentua con la sopraelevazione del testicolo, l'abolizione del riflesso cremasterico; può essere presente eritema scrotale ed idrocele che, tuttavia, non sono caratteristici in quanto possono essere presenti anchenell'orchite.
Nell'orchiepididimite il dolore può essere ad inizio graduale o anche acuto, ma spesso si riduce con l'elevazione del testicolo, il riflesso cremasterico è presente e l'epididimo e il testicolo sono ingrossati o si può palpare una massa. Ricordiamo che il riflesso cremasterico, caratterizzato dalla contrazione del muscolo cresterico con elevazione del testicolo, può essere risvegliato accarezzando la parte alta mediale della coscia, vicino all'inguine, preferibilmente con un movimento dall'alto verso il basso.
Nell'orchiepididimite possono essere presenti febbre e sintomi riferibili alle basse vie urinarie (disuria, stranguria, etc.). Questi sintomi sono rari in caso di torsione.
Un altro elemento che può aiutare nella diagnosi differenziale è l'età del paziente: la torsione del testicolo infatti avviene di solito fra i 12 e i 20 anni ed è rara dopo i 35 anni.
In caso di dubbio è opportuno comunque richiedere una valutazione urologica urgente ed un ecocolordoppler che evidenzierà, nella torsione, un testicolo di aspetto normale con una riduzione del flusso sanguigno. Nell'orchite il testicolo di presenta ipoecogeno e con aree ipervascolarizzate.

Quali sono le cause?
L'epididimite e l'orchite nei soggetti più giovani è di solito causata da un germe a trasmissione sessuale come la Clamidia trachomatis o la Neisseria gonorrhoeae. Ci possono essere però forme batteriche non specifiche, spesso favorite da alterazioni anatomiche. In questi casi entrano in gioco i comuni patogeni delle vie urinarie come per esempio l'Escherichia coli o altri coliformi. Questi germi sono i responsabili dell'infezione anche negli uomini che praticano rapporti anali. Altri germi isolati sono i proteus, la Klebsiella, l'emofilo, l'ureoplasma, lo pseudomonas. Da non dimenticare infine il micobatterio, vari tipi di funghi e i virus, soprattutto nei pazienti con infezione da HIV. L'orchite virale più frequente è quella che complica il 20-30% dei casi di parotite.
Fra le forme non infettive vanno menzionate quella da farmaci (amiodarone) e quelle secondarie a vasculiti.

Quali sono i fattori di rischio?
Fra i fattori di rischio riportati acquistano importanza l'attività sessuale, un' attività fisica intensa, l'uso della bicicletta o del motorino, la posizione seduta mantenuta per lunghi periodi, una recente infezione urinaria, un recente intervento chirurgico sulle vie urinarie, anomalie anatomiche delle vie urinarie, ostruzione prostatica, stenosi uretrali.

Ci sono test diagnostici da richiedere?
Se vi è una secrezione uretrale è opportuno richiedere un esame colturale ed un tampone uretrale.
Di solito si prescrivono pure un esame urine ed una urinocoltura. Il test alla PCR permette di identificare clamidia o neisseria presenti nella secrezione uretrale o nell'urina.
Per differenziare una flogosi da una torsione, in caso di scroto acuto, possono essere utili anche la VES ed il dosaggio della proteina C reattiva.
Nel caso di infezioni da clamidia o neisseria è opportuno ricercare altre infezioni sessualmente trasmesse (sifilide, HIV, HBV, HCV) ed estendere tali ricerche anche ai partners sessuali del paziente.
L'ecocolordoppler è utile, come si è detto, per differenziare una orchite o una epididimite da una torsione testicolare; inoltre esclude la presenza di masse (cisti, tumori).

Qual è la terapia dell'orchiepididimite?

Il trattamento dell'orchiepididimite può essere empirico ed essere prescritto anche senza avere il risultato degli esami di laboratorio.
Se si sospetta che siano in gioco una clamidia o una neisseria gonorrhoeae (età 14-35 anni) può essere somministrata una singola dose di 250 mg per via IM di ceftriaxone oppure doxiciclina per os (100 mg due volte al giorno per 10 giorni) o, ancora, azitromicina (una singola dose di 1 g per os).
Se invece si sospetta un coliforme (età inferiore ai 14 anni o superiore ai 35) viene consigliato un chinolonico per os per 10 giorni (per esempio ciprofloxacina 250 g due volte al giorno o levofloxacina 500 mg una volta al giorno).
La terapia sintomatica è volta a ridurre il dolore e si basa su analgesici, elevazione dello scroto, riposo e impacchi freddi.
Il ricovero viene raccomandato in caso di dolore molto intenso e non responsivo alla terapia, vomito persistente, se si sospetta la formazione di un ascesso oppure in caso di segni sistemici che fanno pensare ad una sepsi.
Per valutare l'efficacia della terapia e l'evoluzione clinica è necessario rivedere il paziente a distanza di 3-5 giorni. I sintomi, di solito, migliorano entro questo periodo anche se possono essere necessarie alcune settimane perchè l'indurimento del testicolo scompaia del tutto.

Quando è necessaria una valutazione specialistica?
Oltre ai casi in cui si sospetta una torsione testicolare, una valutazione urologica è necessaria se il paziente non mostra alcun miglioramento dopo 3-5 giorni di terapia, nei bambini in età prepuberale (per escludere una anomalia delle vie urogenitali) e dopo i 45-50 anni per escludere una stenosi uretrale (ipertrofia prostatica o altro).

RenatoRossi