

## Semeiotica dell'apparato urogenitale maschile

### RIASSUNTO

La semeiotica è la disciplina che analizza i sintomi raccolti durante l'anamnesi ed i segni clinici evidenziabili all'esame obiettivo. "Lasciate parlare il paziente: egli vi dirà la diagnosi": è proprio in questa celebre frase di Osler che viene rappresentato il significato dell'intervista al paziente con la quale il medico, ascoltando con attenzione clinica, riesce a delineare già il sospetto diagnostico.

L'anamnesi rappresenta la raccolta di informazioni riguardanti vari aspetti della storia clinica del paziente considerando, per esempio, gli interventi chirurgici pregressi o le malattie internistiche di cui è stato od è affetto. L'anamnesi patologica prossima, in particolare, ha il fine di delineare i sintomi che riferisce il paziente, ed anche quelli di cui lo stesso potrebbe essere affetto, ma che spontaneamente non riferisce. A tale proposito lo specialista deve guidare nell'anamnesi il paziente, il quale potrebbe non considerare come importanti o non correlabili al suo problema urologico, alcuni elementi della sua storia clinica. La patologia urologica è caratterizzata da un insieme di sintomi che possono essere variamente sovrapposti gli uni agli altri e che talvolta possono essere patognomonici di uno specifico quadro clinico-patologico, ma che spesso vanno ulteriormente approfonditi. Oltre alla valutazione fisica del paziente, l'urologo contemporaneo si avvale anche di un "sesto senso", che è rappresentato dall'ecografia, la quale è oramai parte integrante della visita urologica. Questa non è da intendersi come un esame radiologico specialistico, bensì come uno strumento che l'urologo utilizza per orientarsi, esplorare e confermare i sospetti clinici. Per questo motivo l'urologo deve acquisire dimestichezza con tale apparecchiatura, dato che questa si dimostra un aiuto prezioso non solo dal punto di vista diagnostico, ma anche per la pianificazione dell'iter terapeutico o come guida indispensabile per determinate procedure diagnostiche e terapeutiche.

Per riassumere brevemente il principio di funzionamento dell'indagine ecografica, essa sfrutta l'effetto piezoelettrico di un cristallo inserito in una sonda a contatto con la pelle del paziente per generare onde ultrasonore. La stessa sonda è in grado di captare il segnale di ritorno ("eco" generato dalla riflessione dell'onda contro gli organi indagati) che verrà opportunamente rielaborato e presentato come immagine ecografica. Tale meccanismo d'azione le permette di essere una metodica versatile, non invasiva, indolore e scevra da effetti collaterali, comunemente impiegata, come indagine di primo livello, per la valutazione di reni, vescica, prostata, testicoli e pene. Tuttavia, bisogna considerare che l'interpretazione delle immagini è fortemente operatore-dipendente.

In questo capitolo verrà descritta in dettaglio la semeiotica dell'apparato uro-genitale per organo di cui riportiamo di seguito un breve riepilogo.

La sintomatologia legata alle patologie renali varia dalla totale asintomaticità sino al dolore intenso accompagnato o meno da segni aspecifici come l'ematuria. Il rene, essendo un organo retroperitoneale, è per definizione di difficile esplorabilità; all'ispezione normalmente esso non è valutabile ma in condizioni patologiche, come in presenza di voluminose masse renali (neoplasie o rene policistico), si può visualizzare

una tumefazione del profilo cutaneo addominale. Attraverso manovre specialistiche (palpazione bimanuale, manovra di Guyon e di Giordano) si possono cercare di identificare quadri patologici organici tipici (masse, quadri infiammatori). L'ecografia permette di visualizzare il rene ed eventuali patologie ad esso associate come le sospette neoplasie o la calcolosi, valutare la vascolarizzazione per mezzo del color/power Doppler o visualizzare la dilatazione delle vie escretrici. La vescica rappresenta un viscere impari e mediano la cui funzione riguarda l'accumulo, lo stoccaggio e l'eliminazione dell'urina proveniente dalle alte vie escretrici. Proprio per questo forte connotato funzionale i sintomi di origine vescicale sono molto variabili e vanno dal dolore, all'urgenza minzionale, alla frequenza minzionale oppure all'ematuria. Normalmente la vescica non è palpabile ma in situazioni come la ritenzione acuta di urina essa può essere percepita visivamente come globo vescicale in corrispondenza dell'ipogastrio, palpata come massa tondeggiante spesso dolorabile e dal suono ottuso alla percussione. Anche in questo caso l'ecografia ha permesso di visualizzare l'organo in maniera del tutto non invasiva potendo far diagnosi di calcolosi, diverticolosi, neoplasia e residuo post-minzionale. I cosiddetti sintomi del basso apparato urinario sono spesso riferibili alla patologia prostatica che il più delle volte è rappresentata da un incremento volumetrico della ghiandola con conseguenze ostruttive sull'uretra da cui viene attraversata. L'esplorazione rettale rappresenta ancora la metodica primaria per la valutazione di questo organo di cui si possono delineare due dimensioni, i margini, la superficie onde individuare la presenza di noduli sospetti per neoplasia. Anche in questo caso l'ecografia, ed in particolare quella con sonda transrettale, permette di valutare la ghiandola nella sua totalità e nelle sue componenti anatomiche tanto da permettere di fungere da guida per eventuali procedure invasive (biopsia prostatica). Infine, il testicolo ed i suoi annessi possono essere valutati tramite l'ispezione con l'evidenza di aumenti volumetrici dello scroto (idrocele, varicocele, ascesso, cisti o neoplasie). Alla palpazione si possono percepire il didimo e l'epididimo i quali possono essere interessati da varie patologie che spesso sono identificabili già a questo livello diagnostico; per esempio, una massa dura intratesticolare è spesso sospetta per tumore del testicolo, un epididimo voluminoso e dolorabile è segno di una probabile epididimite. L'ecografia anche in questo caso permette di visualizzare gli organi endoscrotali in maniera esaustiva ed è particolarmente utile nel confermare la diagnosi di una dilatazione patologica delle vene spermatiche (vericocele) potendo anche visualizzare le dinamiche del flusso sanguigno e supportare la diagnosi e l'indicazione alla correzione di tale patologia.

## CENNI DI ANATOMIA DELL'APPARATO URINARIO

---

L'apparato urogenitale maschile è un complesso sistema anatomico-funzionale caratterizzato, da una parte, dagli organi atti alla produzione (reni) e l'escrezione (ureteri, vescica ed uretra) dell'urina e, dall'altra, dagli organi atti alla produzione dei gameti ed alla funzione riproduttiva nel maschio (testicolo, deferente, prostata, pene).

Il **rene** è un organo pari retroperitoneale posto in sede toraco-lombare (T12-L3) anche se esistono possibili varianti anatomiche di sede, numero, forma e rotazione. Le normali dimensioni del rene nell'adulto sono di circa 10-12 cm di lunghezza con una forma grossolanamente a fagiolo. Il rene è l'organo deputato alla produzione dell'urina, ma ha anche importanti funzioni di regolazione dell'equilibrio idro-elettrolitico, acido-base e della pressione sanguigna. Esso è circondato da una capsula, tenacemente adesa al parenchima, avvolta da un tessuto adiposo perirenale che è circoscritto dal sottile foglietto fibroso detto *fascia di Gerota*. Lo stiramento della capsula renale produce un dolore al fianco tipico delle affezioni renali. Essendo questa incompleta al polo inferiore del rene, eventuali processi suppurativi, nonché emorragici, possono propagarsi lungo il muscolo psoas ed in seguito lungo il muscolo ileo-psoas fino alla radice della coscia. Un altro strato di tessuto adiposo, pararenale, è posto dorsalmente alla fascia di Gerota. Il rene ha importanti rapporti con gli organi circostanti: a destra si trova caudalmente al fegato ed al surrene e si pone indirettamente in contatto anteriormente con il colon ascendente. Dal lato sinistro il rene è in rapporto con la milza, il surrene di sinistra e cranialmente con la coda del pancreas nonché con la flessura colica sinistra ed il colon discendente. Questi

rapporti sono importanti nella diagnosi differenziale delle patologie inerenti uno di questi organi attigui, dato che possono portare a sintomi algici simili. La vascolarizzazione del rene è garantita dall'arteria renale e dalla vena renale.

L'**uretere** è posto in sede retroperitoneale e congiunge la pelvi renale alla vescica. Nell'adulto è lungo circa 22-30cm. Esso non è una struttura tubulare inerte, ma ha capacità peristaltica. L'uretere ha importanti rapporti anatomici con gli organi che incontra lungo il suo decorso. Caudalmente incrocia i vasi gonadici a livello del polo inferiore del rene. Prosegue seguendo l'andamento del muscolo psoas ed entrando nel suo tratto pelvico, entra in contatto con i vasi iliaci. In questi punti di incrocio vascolare, spesso i calcoli ureterali rimangono impattati con conseguenze ostruttive. L'uretere termina nel contesto della parete vescicale decorrendo nella cosiddetta *guaina di Waldeyer* fino a sboccare in vescica attraverso l'orifizio ureterale.

La **vescica** è un organo impari e mediano sotto-peritoneale, deputato alla raccolta dell'urina proveniente dai reni attraverso gli ureteri. La forma e le dimensioni della vescica sono variabili in funzione del suo grado di riempimento e distensione. La vescica quando raggiunge la sua capacità massima, ha una forma sferoidale e solitamente contiene una quantità di urina pari a 300-400 mL prima che avvenga lo stimolo urinario. È formata da una parte contenitiva, detta fondo, e da una parte giunzionale con l'uretra, detta collo. Nell'uomo, la vescica è posta cranialmente alla prostata con cui entra in stretto rapporto anatomico, e posteriormente con le vescichette seminali, le ampolle dei canali deferenti ed il retto. Il rapporto con il retto è stretto a tal punto, che nel corso delle ritenzioni acute di urina, la compressione del viscere può portare alla sensazione di tenesmo rettale (stimolo defecatorio continuo senza effettiva presenza di feci in ampolla rettale). Nella donna la vescica contrae rapporti stretti con l'utero e la vagina. Per tale motivo il peso dell'utero gravidico produce degli effetti compressivi sulla vescica che non potendo distendersi liberamente determina un aumento della frequenza minzionale a fronte di bassi volumi di urina. La vascolarizzazione della vescica è affidata ad una rete arteriosa anastomotica, che origina dalle arterie vescicali superiori, dalle arterie vescicali medie e dalle arterie vescicali inferiori. Il deflusso venoso avviene attraverso il plesso venoso pelvico.

La **prostata** è un organo maschile impari e mediano, che produce il secreto prostatico, nutrimento e veicolo degli spermatozoi. La prostata ha la forma di una castagna con l'apice rivolto verso il basso e la base in alto, tenacemente adesa al collo vescicale. Essa, in condizioni fisiologiche, misura all'incirca 3 cm di lunghezza, 4 cm di larghezza e 2 cm di profondità ed è attraversata dall'uretra. La faccia anteriore è congiunta con la sinfisi pubica dai legamenti pubo-prostatici, ed è in rapporto con il plesso venoso del Santorini. Lateralmente è in rapporto con i muscoli elevatori dell'ano, posteriormente è separata dal retto dalla *fascia di Denonvilliers* e postero-lateralmente è in stretto contatto con due fasci neuro-vascolari, che portano l'innervazione all'uretra e ai corpi cavernosi, responsabili della funzione erettile del pene. La prostata è racchiusa da una capsula composta principalmente da collagene. Il tessuto ghiandolare si può dividere classicamente in tre zone: una zona transizionale, che circonda l'uretra, una zona centrale, che contiene i condotti eiaculatori e una zona periferica. La superficie posteriore della prostata è valutabile tramite l'esplorazione rettale, per cui si possono percepire, per esempio, i noduli sospetti per neoplasia. Grazie a questi stretti rapporti anatomici, la sonda ecografica endorettale si dimostra uno strumento estremamente utile per valutare non solo la zona periferica, ma anche il resto della ghiandola. La vascolarizzazione arteriosa è affidata a rami collaterali dell'arteria iliaca interna.

L'**uretra** trae la sua origine anatomica dal meato uretrale interno in continuità con il collo vescicale. Essa ha una lunghezza variabile a seconda dei sessi: circa 18-20 cm nel maschio e 3-4 cm nella femmina. L'uretra nel maschio è suddivisibile cranio-caudalmente in differenti segmenti: l'uretra prostatica, l'uretra membranosa, l'uretra bulbare, l'uretra peniena e l'uretra navicolare. L'uretra bulbare e peniena è caratterizzata da tessuto spongioso altamente vascolarizzato in diretta continuità con il glande.

Il **testicolo** è un organo pari di forma ovoidale con le dimensioni di circa 4 x 3 x 2,5 cm ed è deputato alla funzione riproduttiva ed endocrina. Esso si presenta avvolto da una tunica fibrosa detta albuginea, ed è segmentato in lobuli. È formato dai tubuli seminiferi, che convergono nei dotti efferenti testicolari che, a loro volta, comunicano direttamente con l'epididimo. Il testicolo è sovrastato posteriormente e superiormente dall'epididimo, che si distingue in tre porzioni: la prima anteriore detta testa (aderente al testicolo), la seconda

intermedia detta corpo, e la terza posteriore detta coda, che è in diretta continuità con il dotto spermatico o deferente. Queste strutture sono apprezzabili distintamente alla palpazione. Il dotto deferente, di calibro sottile, risale insieme ad altri elementi del funicolo verso il tragitto inguinale ed è sin qui apprezzabile come un cordoncino di consistenza più dura rispetto alle strutture circostanti. Superato l'anello inguinale interno, il deferente percorre la faccia laterale della vescica dilatandosi nelle ampolle deferenziali. La via deferenziale termina quindi nell'uretra prostatica dove sbocca nei dotti eiaculatori. La vascolarizzazione del testicolo e dell'epididimo è affidata alle arterie spermatiche interne e al plesso pampiniforme per quanto riguarda la componente venosa. Quest'ultimo usualmente non è palpabile, ma in talune affezioni, come il varicocele, viene percepito dal medico come un conglomerato di vene ectasiche (sensazione di sacco di vermi o intestini di pollo).

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### CALCOLOSI RENALE e CALCOLOSI URETERALE SINTOMATICA

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

STORIA DI CALCOLOSI IN FAMIGLIA  
STORIA DI COLICHE RENALI E/O CALCOLOSI DELLE VIE URINARIE  
SITUAZIONI CLINICHE PREDISponentI LA CALCOLOSI (MORBO DI CROHN, IPERPARTIROIDISMO, RESEZIONI INTESTINALI ETC.)

##### Sintomi

DOLORE AL FIANCO  
DOLORE ADDOMINALE  
SANGUE E/O COAGULI NELLE URINE  
ESPULSIONE DI FRAMMENTI DI CALCOLO

#### ISPEZIONE

IL PAZIENTE INDICA CARATTERISTICAMENTE IL DOLORE AL FIANCO CON LA MANO  
DOLORE IRRADIATO ALL'EMIADDOME ANTERIORE E/O AI GENITALI  
IL PAZIENTE IN COLICA RENALE NON TROVA UNA POSIZIONE ANTALGICA

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

DOLORABILITÀ ALLA PERCUSSIONE DEL FIANCO (MANOVRA DI GIORDANO POSITIVA)

#### SEGNI ECOGRAFICI

LESIONE IPERCOGENA CON CONO D'OMBRA POSTERIORE  
CALICECTASIA E/O PIELECTASIA E/O DILATAZIONE URETERALE

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### PIELONEFRITE

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

STORIA RECENTE DI SINTOMI DEL BASSO APPARATO URINARIO  
STORIA DI CALCOLOSI DELLE VIE URINARIE  
RECENTI INTERVENTI UROLOGICI

##### Sintomi

DOLORE AL FIANCO  
DOLORE ADDOMINALE  
BRIVIDO

#### ISPEZIONE

IL PAZIENTE INDICA CARATTERISTICAMENTE IL DOLORE AL FIANCO CON LA MANO  
P'OSSIBILE GONFIORE DEI TEGUMENTI AL FIANCO E/O TRAMITE CUTANEO CON SECREZIONE URINOSA E/O PURULENTA

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

DOLORABILITÀ ALLA PERCUSSIONE DEL FIANCO (MANOVRA DI GIORDANO POSITIVA)  
P'OSSIBILE IMPRONTA CUTANEA DOPO DIGITOPRESSIONE IN SEDE DI FIANCO DOLORANTE

#### SEGNI ECOGRAFICI

AUMENTO DELLE DIMENSIONI DEL RENE  
PARENCHIMA RENALE IPOECOGENO  
COMPRESSIONE DEI CALICI RENALI

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### NEOPLASIE RENALI

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

ESPOSIZIONE AL TABACCO  
FAMILIARITÀ PER NEOPLASIE RENALI  
PREGRESSE NEOPLASIE RENALI

##### Sintomi

DOLORE AL FIANCO  
DOLORE ADDOMINALE  
SANGUE E/O COAGULI NELLE URINE  
INAPPETENZA, SENSO DI RIPIENEZZA ADDOMINALE, DIMAGRIMENTO  
MASSA ENDOADDOMINALE PALPABILE  
SEGNI E SINTOMI RICONDUCEBILI AD UNA SINDROME  
PARANEOPLASTICA  
(GINECOMASTIA, DIMINUZIONE DELLA LIBIDO, IRSUTISMO,  
AMENORREA, GALATTORREA, SINTOMATOLOGIA COMPATIBILE CON  
LA SINDROME DI CUSHING, NEUROPATIA ED ALTRE SINDROMI  
NEUROLOGICHE, PER ESEMPIO L'ATASSIA CEREBELLARE, SINTOMI DA  
IPERTENSIONE COME LA CEFALEA)

#### ISPEZIONE

ASIMMETRICITÀ DEL PROFILO ADDOMINALE PER PROTRUSIONE DI MASSA ENDOADDOMINALE

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

MASSA PALPABILE A LIVELLO ADDOMINALE (MANOVRA DI GUYON POSITIVA)

#### SEGNI ECOGRAFICI

ALTERAZIONE DEL NORMALE PROFILO RENALE (BOZZATURA, PROTUSIONE)

AREA A PROFILI BOZZUTTI/IRREGOLARI AD ECOGENICITÀ DISOMOGENEA SPESSE IPERVASCOLARIZZATA AL CONTROLLO POWER DOPPLER

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### RITENZIONE VESCICALE ACUTA

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

STORIA DI DISURIA E DISFUNZIONE MINZIONALE  
TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER L'IPERTROFIA PROSTATICA  
PATOLOGIE NEUROLOGICHE

##### Sintomi

DOLORE INTENSO IN SEDE SOTTOMBELICALE  
NECESSITÀ DI URINARE SENZA POSSIBILITÀ DI MINGERE IN MANIERA EFFICACE  
INCONTINENZA URINARIA DA SOVRADISTENSIONE VESCICALE (ISCURIA PARADOSSA)  
DIARREA E/O INCONTINENZA FECALE

#### ISPEZIONE

PAZIENTE DOLORANTE ED AGITATO  
GLOBOSITÀ IN SEDE SOTTOMBELICALE

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

ALLA PALPAZIONE SI APPREZZA LA VESCICA REPLETA IN SEDE SOTTOMBELICALE  
DOLORABILITÀ ALLA PALPAZIONE DELL'AREA RETROPUBICA  
OTTUSITÀ IN SEDE SOTTO-OMBELICALE ALLA PERCUSSIONE

#### SEGNECOGRAFICI

VESCICA REPLETA A CONTENUTO ANECOGENO



## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### NEOPLASIE VESICALI

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

ESPOSIZIONE AL FUMO DI TABACCO  
ESPOSIZIONE A SOSTANZE CHIMICHE

URGENZA MINZIONALE E/O INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA

##### Sintomi

STORIA DI NEOPLASIE DELL'ALTA VIE ESCRETRICE E/O DELL'URETERE

SANGUE E/O COAGULI NELLE URINE

#### ISPEZIONE

##### MACROEMATURIA

AREA ADDOMINALE E/O OMBELICALE INTERESSATA DA INFILTRAZIONE DI TESSUTO NEOPLASTICO (RARO)  
FUORIUSCITA DI SANGUE DALL' OMBELICO

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

ALLA PALPAZIONE BIMANUALE (TRANSVAGINALE O RETTALE) AREA A CONSISTENZA AUMENTATA IN CORRISPONDENZA DELLA PARETE VESICALE POSTERIORE

#### SEGNI ECOGRAFICI

ISPESIMENTO CIRCOSCRITTO DELLA PARETE VESICALE

AREA ESOFITICA ENDOVESICALE SENZA CONO D'OMBRA POSTERIORE LA CUI POSIZIONE NON VARIA CON LA POSTURA

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### ADENOMATOSI PROSTATICA SINTOMATICA

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

STORIA DI RITENZIONE ACUTA DI URINA  
TERAPIA FARMACOLOGICA PER IL TRATTAMENTO  
DELL'ADENOMATOSI PROSTATICA SINTOMATICA

##### Sintomi

ASINTOMATICITÀ  
ESITAZIONE MINZIONALE, DISURIA, POLLACHIURIA, MITTO  
IPOVALIDO, SENSO DI MANCATO SVUOTAMENTO, GOCCIOLAMENTO  
TERMINALE, MINZIONE IN PIÙ TEMPI, URGENZA MINZIONALE +/-  
INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA

#### ISPEZIONE

ASSENZA DI SEGNI ISPETTIVI SPECIFICI

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

ALL'ESPLORAZIONE RETTALE: DIMENSIONI PROSTATICHE AUMENTATE RISPETTO ALLA NORMA PER ETÀ, LOBI PROSTATICI ESUBERANTI

#### SEGNI ECOGRAFICI

VOLUME PROSTATICO AUMENTATO PER ETÀ, ADENOMA PROSTATICO, TERZO LOBO PROTRUENTE IN VESCICA  
ISPESIMENTO DELLA PARETE VESCICALE DA IPERTROFIA DEL DETRUSORE  
PRESENZA DI DIVERTICOLI VESCICALI

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### NEOPLASIA PROSTATICA

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

FAMILIARI DI PRIMO GRADO CON NEOPLASIA DELLA PROSTATA  
VALORI DI PSA ALTI E/O IN AUMENTO

##### Sintomi

ASINTOMATICITÀ  
ESITAZIONE MINZIONALE, DISURIA, POLLACHIURIA, MITTO  
IPOVALIDO, SENSO DI MANCATO SVUOTAMENTO (MALATTIA  
LOCALMENTE AVANZATA)  
DOLORE OSSEO OD ALTRI SINTOMI DOVUTI A RIPETIZIONI  
(MALATTIA METASTATICA)

#### ISPEZIONE

ASSENZA DI SEGNI ISPETTIVI SPECIFICI

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

ALL'ESPLORAZIONE RETTALE: NODULO/SUPERFICE A CONSISTENZA DURA, MARGINI PROSTATICI SFUMATI, APPIANAMENTO DEL SOLCO  
MEDIANO, MANCATO SCORRIMENTO DELLA MUCOSA RETTALE SULLA SUPERFICE PROSTATICA PER INFILTRAZIONE TUMORALE.

#### SEGNI ECOGRAFICI

AREE IPOECOGENE NEL CONTESTO DEL PARENCHIMA PROSTATICO; POSSIBILE IPERVASCOLARIZZAZIONE AL POWER DOPPLER  
(IL REPERTO DI LESIONI IPOECOGENE NON È PATOGNOMONICO, ESISTENDO ANCHE LESIONI TUMORALI ISO OD IPERECOGENE)

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### NEOPLASIA DEL TESTICOLO

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

##### Sintomi

STORIA DI PREGRESSO TUMORE DEL TESTICOLO  
PREGRESSA EVIDENZA DI MICROCALCIFICAZIONI TESTICOLARI  
ALL'ECOGRAFIA

MASSA TESTICOLARE PALPABILE  
DOLORE SCROTALE

#### ISPEZIONE

ASIMMETRICITÀ SCROTALE CON VOLUME AUMENTATO DAL LATO AFFETTO

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

MASSA PALPABILE NEL CONTESTO DEL TESTICOLO A CONSISTENZA DURA ASSOCIATA O MENO A DOLORABILITÀ

#### SEGNI ECOGRAFICI

AREA IPOECOGENA CIRCOLARE OD IRREGOLARE AD ECOGENICITÀ DISOMOGENEA DI ORIGINE TESTICOLARE CON SEGNI DI  
IPERVASCOLARIZZAZIONE AL POWER DOPPLER

## EPIDIDIMITE

### ANAMNESI

#### Storia clinica

#### Sintomi

STORIA DI PREGRESSO TUMORE AL TESTICOLO  
PREGRESSA EVIDENZA DI MICROCALCIFICAZIONI TESTICOLARI  
ALL'ECOGRAFIA

AREA A CONSISTENZA AUMENTATA PARA-TESTICOLARE  
FEBBRE  
ARROSSAMENTO DELLA CUTE SCROTALE  
DOLORE SCROTALE

### ISPEZIONE

ASIMMETRICITÀ SCROTALE CON VOLUME AUMENTATO DAL LATO AFFETTO  
ARROSSAMENTO DELLA CUTE SCROTALE

### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

EPIDIDIMO AUMENTO DI VOLUME, CONSISTENZA E DOLORABILE  
IPERESTESIA CUTANEA DELLO SCROTO

### SEGNI ECOGRAFICI

AUMENTO DELLE DIMENSIONI DELL'EPIDIDIMO IN UN CONTESTO DI EDEMA ED IPERVASCOLARIZZAZIONE AL POWER DOPPLER

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### IDROCELE

### ANAMNESI

#### Storia clinica

#### Sintomi

STORIA DI INTERVENTI SCROTALI  
INTERVENTO DI ERNIOPLASTICA INGUINALE  
PROGRESSO IDROCELE ASPIRATO OD OPERATO

PROGRESSIVO AUMENTO DEL VOLUME SCROTALE  
SOLITAMENTE ASSENZA DI DOLORE  
INGOMBRO CON SENSO DI RIPIENEZZA SCROTALE

### ISPEZIONE

AUMENTO DEL VOLUME SCROTALE  
CUTE SCROTALE TESA CON APPIANAMENTO DELLE RUGHE CUTANEE  
DIRADAMENTO OD ASSENZA DI ANNESSI PILIFERI  
TRANSILLUMINAZIONE SCROTALE CON DIFFUSIONE DELLE LUCE

### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

SCROTO A CONSISTENZA TESO-ELASTICA  
ASSENZA, SOLITAMENTE, DI DOLORABILITÀ

### SEGNI ECOGRAFICI

RACCOLTA ANEKOGENA ALL'INTERNO DELLO SCROTO NON ASSOCIABILE AL TESTICOLO OD ALL'EPIDIDIMO

# ALGORITMO DIAGNOSTICO

---

## VARICOCELE

---

### ANAMNESI

#### Storia clinica

#### Sintomi

---

PREGRESSO INTERVENTO PER TRATTAMENTO DI VARICOCELE

ASINTOMATICITÀ

SENSO DI PESO SCROTALE

DOLORE SCROTALE

---

### ISPEZIONE

AUMENTO DEL VOLUME ALLA BASE DELLO SCROTO E CRANIALMENTE AL TESTICOLO

MATASSA VENOSA ECTASICA CHE IMPRONTA LA CUTE SCROTALE

TESTICOLO IPOTROFICO RISPETTO AL CONTROLATERALE

---

### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

PERCEZIONE DELLA MATASSA VENOSA ECTASICA

AUMENTO DEL VOLUME DELLA MATASSA VENOSA IN ORTOSTATISMO E CON IL PONZAMENTO

---

### SEGNI ECOGRAFICI

DILATAZIONE DEI VASI VENOSI DEL PLESSO PAMPINIFORME

REFLUSSO VENOSO VERSO IL TESTICOLO CON LA MANOVRA DI VALSALVA (PONZAMENTO)

---

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### PRIAPISMO

#### ANAMNESI

##### Storia clinica

##### Sintomi

STORIA DI ANEMIA FALCIFORME  
STORIA DI NEOPLASIA EMATOLOGICA  
STORIA DI INSUFFICIENZA RENALE  
USO DI PSICOFARMACI O SOSTANZE PSICOATTIVE  
INIEZIONE DI FARMACI A LIVELLO PENIENO

EREZIONE PROLUNGATA E DOLOROSA OLTRE LE 4 ORE DOPO  
RAPPORTO SESSUALE  
EREZIONE PROLUNGATA E DOLOROSA IN ASSENZA DI RAPPORTI  
SESSUALI

#### ISPEZIONE

PAZIENTE SOFFERENTE  
PENE IN EREZIONE RIGIDA  
ASPIRAZIONE DI SANGUE SCURO (VENOSO) ALLA PUNTURA DEI CORPI CAVERNOSI

#### AUSCULTAZIONE

ASSENZA DI SEGNI AUSCULTATORI SPECIFICI

#### PALPAZIONE E PERCUSSIONE

INTENSA DOLORABILITÀ ALLA PALPAZIONE PENIENA  
NOTEVOLE RIGIDITÀ PENIENA A LIVELLO DEI CORPI CAVERNOSI  
CORPO SPONGIOSO E GLANDE COMPRIMIBILI

#### SEGNI ECOGRAFICI

ASSENZA DI FLUSSO NELLE ARTERIE CAVERNOSI (PRIAPISMO ISCHEMICO)  
NORMALE FLUSSO OD IPERAFFLUSSO ARTERIOSO (PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO)



## AUTOVALUTAZIONE

---

### 1 La fascia di Gerota è:

- a. la struttura che circonda il testicolo e ne costituisce il supporto
- b. la capsula del rene che ricopre strettamente l'organo
- c. il tessuto adiposo perirenale
- d. una fascia che circonda il tessuto adiposo perirenale

### 2 La guaina di Waldeyer è:

- a. un sottile strato di tessuto che circonda l'uretere lungo il suo decorso
- b. una struttura anatomica che circonda l'uretere nel suo tratto vescicale
- c. una guaina che viene utilizzata per l'esplorazione ecografica dell'uretere
- d. una struttura anche detta fascia endopelvica

### 3 Il Giordano è:

- a. una manovra utile alla valutazione della patologia prostatica
- b. una manovra di percussione al fianco a paziente seduto
- c. un famoso anatomico che ha studiato la vascolarizzazione renale
- d. un segno di dilatazione dell'uretere

### 4 I tumori del rene:

- a. sono sempre sintomatici
- b. possono presentarsi con l'ematuria
- c. possono presentarsi con una difficoltà ad urinare
- d. non sono visibili con l'ecografia

### 5 I calcoli dell'apparato urinario:

- a. si vedono all'ecografia come aree anecogene
- b. danno sempre idroureteronefrosi
- c. si vedono in ecografia come iperecogeni con cono d'ombra posteriore
- d. rendono le urine torbide

### 6 La pielonefrite è:

- a. una patologia del rene su base autoimmune
- b. caratterizzata da febbre, brivido e dolore
- c. caratterizzata sempre da dolore al fianco irradiato all'emiaddome omolaterale
- d. associata invariabilmente ad un ascesso perirenale

### 7 Con globo vescicale si intende:

- a. l'aspetto ecografico della vescica piena in condizioni normali
- b. il termine in semeiotica che descrive una vescica sovra-distesa
- c. il tessuto adiposo che circonda la vescica nello spazio sottoperitoneale
- d. una cisti della vescicola seminale

**8 I tumori della vescica:**

- a. sono sempre asintomatici
- b. si presentano sempre con l'ematuria
- c. si possono presentare anche solo con urgenza minzionale
- d. si vede in ecografia come una massa iperecogena mobile

**9 La prostata:**

- a. non è esplorabile per la sua posizione anatomica
- b. ha la consistenza dell'eminenza tenar
- c. si può visualizzare con una sonda ecografica transuretrale
- d. dà sempre dolore osseo quando infiammata

**10 L'adenomatosi prostatica è:**

- a. un tumore maligno della prostata
- b. un'evoluzione para-fisiologica che può portare sintomi disurici
- c. un ingrandimento dei linfonodi che drenano la prostata
- d. spesso presente negli adolescenti

**11 Il varicocele è:**

- a. un accumulo di liquido nel contesto delle tuniche che circondano il testicolo
- b. spesso percepibile come un "sacco di vermi"
- c. una patologia sempre asintomatica
- d. una tipologia di tumore del testicolo

**12 Il priapismo è:**

- a. sempre associato ad infiltrazione di cellule tumorali
- b. una emergenza urologica se a basso flusso
- c. un'erezione patologica del pene sempre associata agli atti sessuali
- d. tipicamente associata alla talassemia

*Risposte esatte: 1/d - 2/b - 3/b - 4/b - 5/c - 6/b - 7/b - 8/c - 9/b - 10/b - 11/b - 12/b*

## BIBLIOGRAFIA

---

- Rocca Rossetti S. Semeiotica Urologica ambulatoriale ragionata non strumentale (bed side). Milano: Surgery; 2018
- Polascik TJ, Mouraviev V. The rise of ablative technologies for treating the small renal mass. *EurUrol.* 2007;52:636–638.
- Cantisani V, Bertolotto M, Weskott HP, et al. Growing indications for CEUS: the kidney, testis, lymph nodes, thyroid, prostate, and small bowel. *Eur J Radiol* 2015;84:1675–84.
- Vijayakumar M, Ganpule A, Singh A, et al. Review of techniques for ultrasonic determination of kidney stone size. *Res Rep Urol.* 2018 Aug 10;10:57-61
- Sunna TP, Westwick HJ, Zairi F, et al. Successful management of a giant anterior sacralmeningocele with an endoscopic cutting stapler: casereport. *J Neurosurg Spine.* 2016;24:862–6.