



## IL DOLORE SCROTALE O SCROTOALGIA

*Fabio Ferro*

L'*International Association for the Study of Pain (ASP)* definisce il dolore come “*un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tissutale in atto o potenziale*”. Il dolore è un importante messaggio di allarme che il nostro corpo invia alla coscienza attraverso una rete nervosa che lo percorre, come vie di una mappa, senza che nessun’area resti esclusa. È un fondamentale tratto evolutivo alla base della conservazione dell’individuo e della specie.

Il dolore scrotale, acuto o cronico, è un sintomo frequente, ma non sempre può essere riferito a una causa urologica e non sempre il problema risiede nell’organo da cui sembra aver origine. La gonade maschile migra dalla cavità addominale al sacco scrotale nel corso della gravidanza ma i suoi nervi originano a livello lombare. Dato l’ampio spettro eziopatogenetico e la frequenza con la quale non si perviene alla diagnosi eziopatogenetica della scroto-algia, e di conseguenza non può essere avviata una terapia mira-

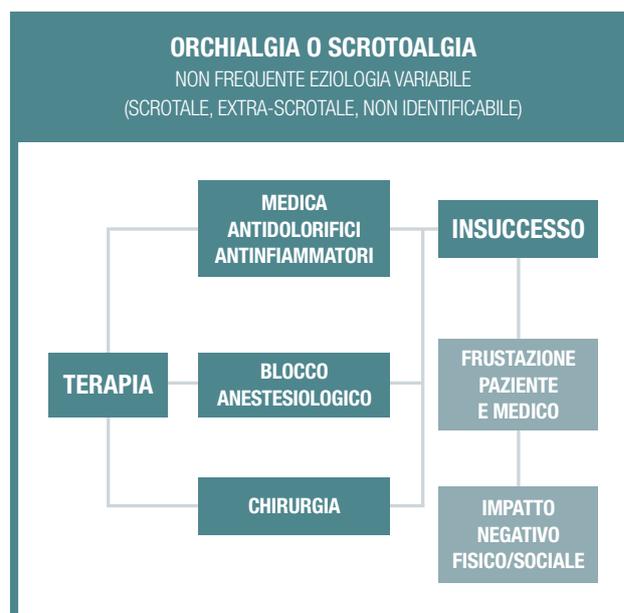
ta, dobbiamo considerarlo un quadro frequente motivo di frustrazione per il paziente e il medico.

L’età può orientare verso quelle patologie tipiche di alcuni periodi della vita. Un’attenta anamnesi deve comprendere la durata dei sintomi (acuti o cronici), la disuria, l’eventuale familiarità per patologie renali (litiasi), la possibilità di infezioni sessualmente trasmesse, i traumi sportivi e i problemi ortopedici (lombalgia), le vasculiti in atto o recenti (porpora di Henoch-Schonlein) e il varicocele.

L’accurata ispezione della regione scrotale e inguinale deve completarsi con lo studio ecografico e la velocimetria Doppler, dirimente per escludere la torsione del testicolo (la sola vera urgenza), il tumore e più rare patologie congenite o acquisite. Se non si scopre la causa della scroto-algia si può intervenire chirurgicamente con l’interruzione delle fibre nervose del cordone spermatico con tecnica microchirurgica o laparoscopica.

Il dolore scrotale, o *scrotoalgia*, può essere acuto o cronico. Mentre per il primo è possibile, almeno nella maggior parte dei casi, giungere alla diagnosi eziopatogenetica e, di conseguenza, indirizzare il paziente alla terapia medica o chirurgica appropriata, per il secondo, nella cui definizione è previsto che deve avere la durata di almeno tre mesi, che può essere continuo o intermittente e interferire con le consuete attività, l'iter clinico è certamente più complesso (1).

Si riporta ciò che scrisse T.B. Curling, presidente del Royal College of Surgeons, nel *“Traité Pratique des Maladies de Testicule, de cordon spermatique et du scrotum”*, nel capitolo *“affections nerveuses du testicule”* (traduzione francese del 1857) destinato ai membri della Società dedicata a J. Hunter. Curling affermò che *“Il soggetto affetto da testicolo doloroso (irritable testis) non può sopportare la minima pressione su quest'organo. Neppure, nella maggior parte dei casi, il contatto con i vestiti; si asterrà anche dalla più leggera palpazione, e i movimenti gli provocano tale dolore da non osare alcun esercizio, vedendosi forzato al costante riposo in posizione orizzontale”*. Aveva anche descritto l'irradiazione del dolore lungo il cordone spermatico fino alla regione lombare, l'accentuarsi del sintomo al passaggio delle feci e del gas nel colon, il peggioramento in posizione verticale, e la maggiore incidenza a sinistra, dove era aveva notato il *“relâchement”* scrotale e la frequente presenza di una lieve dilatazione del plesso venoso spermatico. Riteneva anche che *“disgraziatamente, nella maggior parte dei casi, questa causa non è individuabile”*. Concludeva che *“questa malattia è delle più “tourmentantes”, dura diversi mesi e che colpisce soprattutto coloro che hanno una costituzione irritabile e che sono già ipocondriaci”*. Alcuni pazienti *“desiderano ardentemente la castrazione come il solo rimedio possibile alla loro sofferenza”* (2). La letteratura sulla scrotoalgia ripete oggi gli stessi concetti, conferma l'incertezza dell'eziopatogenesi non identificabile nella metà dei casi (idiopatica). Per questo motivo le terapie proposte, mediche, fisiche, radiologiche o chirurgiche, sono spesso non efficaci con frustrazione sia del paziente che del medico (3).



Quando si parla di dolore scrotale si deve considerare l'intero contenuto dello scroto (testicolo, epididimo, vasi, nervi e le normali o anomale strutture para-testicolari) e la possibile proiezione di un dolore che può avere origine in altra sede e riflettersi nella regione scrotale attraverso i nervi del cordone spermatico. Ne consegue un'eziopatogenesi multiorgano e multifattoriale (4). La *tab.1* illustra le possibili cause della scrotoalgia acuta e cronica. Un dolore "funzionale", tipicamente lamentato dall'adolescente, in rapporto all'attività sessuale senza eiaculazione, è da riferire alla congestione epididimaria e gonadica.

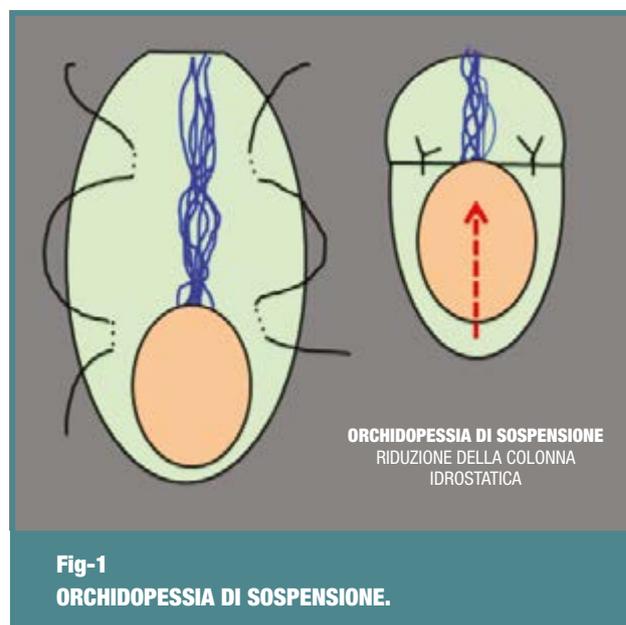
È un quadro sovrapponibile a quello riferito dopo l'intervento di vasectomia (*sindrome dolorosa post-vasectomia*), pratica poco diffusa nel nostro paese ma frequente negli USA. Il trofico parenchima testicolare del giovane circondato dall'anelastica tunica albuginea, che non cede al momentaneo turgore gonadico, risponde con messaggi dolorosi alla compressione. Curling aveva descritto questo quadro e ne aveva identificata la causa: *“... quando i desideri sono molto eccitati senza poter essere soddisfatti, i testicoli sono allora nelle stesse condizioni delle mammelle dolorose e gonfie all'inizio della lattazione”* (2).

La colica renale da litiasi si accompagna frequentemente al dolore irradiato alla regione inguino-scrotale. La distrazione muscolo-tendinea degli adduttori e la nevralgia dei nervi pudendi possono essere la causa

del dolore scrotale, soprattutto negli atleti (5). Anche l'erniazione di un disco intervertebrale che determini la compressione dei nervi sacrali deve essere considerata tra le possibili cause di scrotoalgia (6).

Il dolore scrotale associato al varicocele (*painful varicocele*) sembra attualmente essere riportato dalla recente letteratura con maggiore prevalenza rispetto ai dati storici dell'8-14%. Un atteggiamento conservativo ha successo solo dal 4 al 15% dei casi mentre dopo la correzione del varicocele la scomparsa del sintomo è stata riferita nel 48-87% (7, 8). In una recente Pub Med (13 lavori dal 2000 al 2013) tra le cause di dolore nel varicocele non è riportata la sub-torsione del testicolo. Curling cita un'esperienza di Sir Percival Pott: "Tre pazienti affetti da varicocele lamentarono un improvviso dolore testicolare dal lato del varicocele. In tutti e tre il testicolo è poi andato incontro rapidamente ad atrofia completa" (1). Il quadro descritto è tipico della torsione del cordone spermatico con infarto della gonade. Nell'esperienza di chi scrive il dolore scrotale nei soggetti con varicocele di III grado è stato del 5.4% in 482 pazienti operati consecutivamente nel periodo di 11 anni. In questo caso è stata associata l'orchidopessia alla legatura microchirurgica dei vasi spermatici. All'intervento è stata confermata in tutti i casi, ad eccezione di uno, la predisposizione alla torsione (gonade orizzontale con avvolgimento alto della

vaginale intorno al cordone spermatico (*Bell Clapper Deformity*). L'orchidopessia ha risolto il sintomo dolore in tutti i casi migliorando inoltre il dismorfismo locale per il sollevamento della gonade (Fig. 1).



**Fig-1**  
**ORCHIDOPESSIA DI SOSPENSIONE.**

In conclusione il dolore scrotale cronico rappresenta una sfida clinica, sia per le difficoltà diagnostiche che per l'incerto risultato della terapia. È necessaria una visione multispecialistica del quadro perché la frequenza della mancata risoluzione può determinare conseguenze negative di notevole impatto sul fisico e sulla psiche con ripercussioni sui rapporti sociali da non sottovalutare. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. S.A. Quallich, C. Arsanian-Engoren. Chronic testicular pain in adult men: an integrative literature review. *Am J of Men's Health* (2013) 7:402
2. T.B. Curling. *Traité pratique des maladies du testicule du cordon spermatiche et du scrotum*. LABE Editeur, Paris (1857), Chapitre XVII.
3. P. Granitsiotis, D. Kirk: Chronic pain. An Overview. *Eur Urol* (2004) 45:430
4. L. Levine. Chronic orchilgia: evaluation and discussion of treatment options. *Ther Adv Urol* (2010) 2:209
5. J.E. Leone, S. Middleton. Non traumatic testicular pain due to sacroiliac joint dysfunction: a case report. *J Athletic Training* (2016) 51:651
6. E.J. Wouda, S. Leenstra, A. Vanneste. Scrotal pain as the presenting symptom of lumbar disc herniation: a report of two cases. *Spine* (2005) 15:E47
7. O. Yaman, E. Ozdiler, K. Anafarta, O. Gogus. Effect on microsurgical subinguinal varicocele ligation to trait pain. *Urology* (2000) 55:107
8. C.O. Yenyiol, A. Tuna, H. Yener, N. Zeyrek and A. Tilki. High ligation to trait pain in varicocele. *Intern Urology and Nephrology* (2003) 35:65

**TABELLA 1**

**DOLORE SCROTALE ACUTO**

**TORSIONE DEL TESTICOLO**

- ▶ Monolaterale
- ▶ Esordio acuto
- ▶ Testicolo retratto
- ▶ Assenza del riflesso cremasterico
- ▶ Ecografia e Doppler (arresto del flusso ematico)
- ▶ Esplorazione chirurgica immediata: derotazione e orchidopessia

**EPIDIDIMITE**

- ▶ Unilaterale
- ▶ Dolore gradualmente ingravescente
- ▶ Recenti procedure genitourinarie o attività sessuali non protette
- ▶ Epididimo tumefatto, nodulo palpabile
- ▶ Esame urine, urinocultura, ecografia e Doppler (aumento della circolazione)
- ▶ Antibiotici e antinfiammatori non steroidei

**SINDROME POST-VASECTOMIA**

- ▶ Mono o bilaterale
- ▶ Dolore / dolenzia
- ▶ Epididimo tumefatto, nodulo palpabile
- ▶ Antinfiammatori non steroidei, sollevamento scrotale
- ▶ Blocco del cordone spermatico
- ▶ Epididimectomia
- ▶ Vasectomia “reversal”

**VARICOCELE**

- ▶ Senso di peso, dolenzia o dolore con peggioramento in posizione verticale
- ▶ Eco-Doppler
- ▶ Antinfiammatori non steroidei, sollevamento scrotale, correzione del varicocele
- ▶ Orchidopessia se sospetto di sub-torsione del testicolo

**DOLORE SCROTALE CRONICO**

- ▶ Diagnosi di esclusione (cause extra-scrotali)
- ▶ Blocco del cordone spermatico
- ▶ FANS, sollevamento scrotale, antidepressivi, anticonvulsivanti, blocco dei nervi
- ▶ Radiofrequenza pulsata
- ▶ Epididimectomia, orchietomia, denervazione (laparoscopica, microchirurgica)