

Cosa pretendere nel referto di una buona ecografia testicolare

Carlotta Pozza & Andrea M. Isidori
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma

Un referto ecografico deve contenere informazioni in grado di descrivere adeguatamente il quadro clinico valutato per l'intera durata dell'ecografia, e deve riportare eventuali difficoltà riscontrate nell'eseguire l'esame, per stimarne il valore diagnostico.

Nello stilare il referto di un'ecografia testicolare, generalmente si inizia descrivendo le tonache scrotali e di rivestimento dei testicoli, andando ad evidenziare eventuali alterazioni (per es. "ispessimento delle tonache per aumentato riflesso cremasterico; segni di pachivaginalite").

Quindi si descrive la quantità di falda liquida, normale o patologica, e se aumentata è utile riportarne la quantità e la presenza eventuale di materiale corpuscolato al suo interno.

Nella descrizione dei testicoli, va riportata la sede (scrotale, scrotale alta, inguinale), la mobilità (per es. testicoli tendenti alla risalita in canale inguinale) e la volumetria di ciascun testicolo (con la formula dell'ellissoide a partire dai tre diametri principali), fornendo informazioni circa la normalità o meno delle dimensioni (per es. volume prepubere, ridotto, nei limiti, aumentato) e va riportata l'eventuale presenza di dismetria. Si procede quindi a descrivere l'ecostruttura di ciascun didimo, segnalando in maniera accurata la presenza di alterazioni diffuse (per es. aspetto linciato, maculato, aree a differente ecogenicità, etc) o focali. In presenza di lesioni focali, è necessario precisare se la formazione è intratesticolare o extratesticolare, quindi descriverne la natura (solida, mista, liquida), la localizzazione, l'ecostruttura (ipoecogena, disomogenea, iperecogena), i margini, la vascolarizzazione, la presenza di calcificazioni intralesionali, e se le strutture circostanti (per es. tuniche, epididimo) sono interessate dal processo o meno. E' necessario sia riportata nel referto anche l'assenza di lesioni focali. In presenza di microlitiasi è importante stimarne il grado (per es. lieve, moderato, severo, "a cielo stellato"). Bisogna valutare l'ecoriflettenza dei didimi, anche in confronto al controlaterale, e segnalare se sono presenti eventuali differenze di ecogenicità.

Si procede quindi alla descrizione degli epididimi, riportandone la sede, la volumetria e l'ecostruttura e segnalando qualsiasi tipo di alterazione osservata (per es. finemente disomogenei, con aspetto cribrato come per ostruzione/subostruzione, esiti flogistici, etc). Nel caso in cui si riescano a visualizzare i dotti deferenti, ne va descritto il calibro ed il decorso.

Tramite lo studio Doppler, va studiata e riportata nel referto la vascolarizzazione intraparenchimale di entrambi i didimi e degli epididimi.

Si procede quindi a descrivere la presenza di eventuali alterazioni del plesso pampiniforme, riportando la localizzazione delle eventuali ectasie venose (funicolare, sovratesticolare, peritesticolare), la dimensione (piccole, medie, grandi), il numero (rare, diverse, numerose). Con lo studio Doppler si indica se il reflusso è presente in condizioni basali o durante manovra di Valsalva, descrivendo il fenomeno sia in clino-che in ortostatismo. Le classificazioni del varicocele sono state per lungo tempo soggettive e incomplete, per fare maggiore chiarezza si riporta uno schema che propone una sinossi tra le scale più frequentemente utilizzate per stimare il varicocele (Tabella 1)

		Classificazione Rivisitata* (Dubin-Solbiati)	Corrispondente alla classificazione secondo Dubin	Classificazione di Solbiati (1995)	Corrispondente alla classificazione secondo Dubin
	B-Mode	Reflusso		Reflusso	
Grado 1	Vasi venosi ectasici (>2.5 mm) a livello della regione inguinale.	Reflusso inguinale solo durante la manovra di Valsalva, della durata <3 secondi	Grado 1	Reflusso inguinale solo durante manovra di Valsalva.	Grado 1
Grado 2	Ectasie venose (>3.0 mm) a livello soprastesticolare.	Reflusso soprastesticolare solo durante manovra di Valsalva, della durata >3 secondi.		Reflusso soprastesticolare solo durante manovra di Valsalva.	
Grado 3	Ectasie venose (>3.0 mm) a livello soprastesticolare e peritesticolare.	Reflusso sopra- e peritesticolare a riposo che aumenta durante manovra di Valsalva, della durata >3 secondi	Grado 2	Reflusso peritesticolare solo durante manovra di Valsalva.	
Grado 4	Ectasie venose peritesticolari con ulteriore dilatazione durante la manovra di Valsalva; ipotrofia testicolare.	Reflusso peritesticolare a riposo che può aumentare o non aumentare durante manovra di Valsalva.	Grado 3	Reflusso testicolare a riposo che aumenta durante manovra di Valsalva.	Grado 2
Grado 5	Ectasie venose peritesticolari che non si dilatano ulteriormente durante la manovra di Valsalva, o varicocele intrastesticolare; atrofia testicolare.	Reflusso peritesticolare a riposo che aumenta minimamente durante manovra di Valsalva o ectasie intrastesticolari che mostrano segnale colore durante manovra di Valsalva.		Reflusso peritesticolare a riposo che aumenta minimamente durante manovra di Valsalva.	Grado 3

Tabella 1. La classificazione rivisitata integra la classificazione clinica (Dubin) e quella ecografica (Solbiati) del varicocele testicolare. Modificata da *Scrotal Ultrasound. Morphological and functional atlas. A.M. Isidori, A. Lenzi. Forum Service, 2011, ISBN: 9788889620465

In base all'esperienza dell'ecografista, può essere utile fornire delle conclusioni che siano di ausilio per il clinico che leggerà il referto ed è opportuno allegare al referto le immagini delle scansioni principali effettuate sia per i riferimenti normali che patologici, per dimostrare che l'esame è stato eseguito in maniera appropriata e tecnicamente corretta, e per avere un raffronto nei follow-up successivi.

Letture consigliate:

- 1) Scrotal Ultrasound. Morphological and functional atlas. A.M. Isidori, A. Lenzi. Forum Service, 2011, ISBN: 9788889620465
- 2) Scrotal ultrasound in adults. Appelbaum L, Gaitini D, Dogra VS. Semin Ultrasound CT MR. 2013 Jun;34(3):257-73. doi: 10.1053/j.sult.2013.01.008.
- 3) Oyen RH. Scrotal ultrasound. European radiology. 2002;12(1):19-34.