

## **Dal Congresso Scientifico Nazionale FIMP, Paestum 16-19 ottobre 2019**

### **SESSIONE ANDROLOGIA - Siamo sicuri che non riguardi il Pediatra?**

*Hanno condotto: Marta Betta e Rosalba Leuzzi*

*Relatori: Silvano Bertelloni e Rossella Cannarella*

#### **A cura di Marta Betta, segretario provinciale FIMP Trento**

Nella sessione dedicata all'andrologia pediatrica il **dott. Silvano Bertelloni**, endocrinologo pediatra ha sottolineato l'importanza del ruolo del pediatra di famiglia per la sorveglianza dello sviluppo dell'apparato genitale maschile, verificando nel tempo la sede e la dimensione dei testicoli e inviando precocemente ai chirurghi la patologia più frequente, il criptorchidismo che deve essere operata entro i 9-12 mese. Nel caso di bilateralità di criptorchidismo la percentuale di rischio di infertilità è maggiore e il follow up deve essere frequente anche avvalendosi dell'ecografia a 10 anni. Infatti, il volume testicolare misurato manualmente e con l'orchidometro può essere sovrastimato rispetto ad un accurato controllo ecografico. Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo puberale il primo segno di pubertà maschile è l'ingrandimento del volume testicolare che inizia ad essere di 4 ml ed arriverà fino ai 20-25 dell'età adulta. L'aumento del volume è indotto dalle cellule del Sertoli, responsabili della spermatogenesi, mentre la secrezione di testosterone dalle cellule di Leydig, che contribuiscono poco o nulla alle dimensioni delle gonadi. E' un parametro importante per valutare esordio, progressione della pubertà ed è marcatore di disfunzione delle cellule del Sertoli, di sindromi genetiche come Klinefelter..Nel caso di testicoli piccoli sotto i 4 ml primo segnale es di un ipogonadismo ipogonadotropo è utile far eseguire anche una valutazione genetica con esame del cariotipo. Altra patologia da intercettare è il varicocele che colpisce il 10-20% dei ragazzi e il pediatra deve eseguire la palpazione testicolare verso i 10 anni in concomitanza alla manovra di Valsalva. L'incremento del volume testicolare e della presenza di varici può però anche essere transitorio dovuto principalmente all'iperafflusso venoso per poi regredire verso i 18 anni. Nel bilancio di salute dei 11-13 anni il pediatra può e deve parlare direttamente all'adolescente insegnando la manovra dell'autopalpazione testicolare. Attualmente purtroppo vi è una zona grigia nell'assistenza nell'età di transizione 14-18 anni, periodo fondamentale per lo sviluppo genitale maschile quando il ruolo del pediatra è anche quello di rispondere a dubbi e preoccupazioni e informare su stili e abitudini di vita che possono influenzare la salute riproduttiva.

La **dott.ssa Rossella Cannarella**, androloga, ha confermato il ruolo del pediatra di famiglia nell'identificare precocemente disfunzioni andrologiche che potrebbe mettere in pericolo la capacità riproduttiva del maschio adulto. Le cellule di Sertoli, principale componente cellulare testicolare in epoca prepuberale secernono ormone antimülleriano (AMH) sotto stimolo del FSH e Inibina B. Il

testosterone alla fine della pubertà riduce la secrezione di AMH. Il contemporaneo controllo del volume testicolare e il controllo dei valori di AMH durante la fase di transizione puberale possono essere utili indicatori di ipogonadismo. Inoltre, il pediatra deve sorvegliare disfunzioni andrologiche che potrebbero essere indicatori di ipogonadismo come criptorchidismo, micropene, ipoglicemia protratta e fattori di comobirdità quali il varicocele, l'obesità, il diabete e l'ipotiroidismo. Questi casi potrebbero essere selezionati e valutati dal punto di vista sierologico ormonale (AMH e Inibina 1) al fine di una possibile crioconservazione del liquido seminale a 18 anni con l'obiettivo di preservare la fertilità futura del singolo.