

Esami diagnostici in Urologia: quali sono veramente utili?

L'urologia è branca che integra aspetti importanti e affascinanti della medicina, dalla chirurgia all'oncologia, dall'andrologia ai problemi di statica pelvica. Negli ultimi anni enormi sono stati i progressi in ambito diagnostico e tecnologico e sono ormai numerosi gli strumenti diagnostici a disposizione dello specialista e del medico in genere. Nella scelta degli esami veramente utili al processo diagnostico e terapeutico, il sanitario deve però essere sempre guidato dal principio base di eseguire solo indagini "mirate", che servano cioè a confermare o a escludere un sospetto che si è avuto all'anamnesi grazie ai sintomi e segni guida. Nessuna indagine va pertanto avviata "alla cieca", senza un corretto inquadramento clinico anamnestico e obiettivo.

In misura schematica e sintetica e per necessità di sintesi non esaustiva, suggeriamo ora alcune indicazioni "chiave" alla richiesta ed esecuzione di alcuni esami, indicazioni che si sono nel tempo modificate sulla base della letteratura, delle linee guida e dell'esperienza clinica. Si potrà notare come alcuni esami siano progressivamente passati in secondo piano o siano addirittura desueti, mentre altri, in misura inversamente proporzionale, sono saliti "alla ribalta" e altri sono al momento da considerarsi investigazionali.

- Sul "principe degli esami urologici", ovvero il **PSA**, si potrebbero scrivere volumi interi. Nonostante alcune voci si siano levate in direzione contraria, vi è ancora una forte indicazione all'esecuzione di questo esame data dall'importanza della diagnosi precoce di un tumore prostatico significativo o "aggressivo" (ma potenzialmente curabile) all'interno di una popolazione relativamente giovane. Recentemente si è tornato a discutere sul controverso ruolo di screening del marcatore, che potrebbe portare al trattamento non necessario di tumori indolenti, per tale motivo l'esame non va pertanto utilizzato aprioristicamente in tal senso, ma all'interno di una corretta (e in ultima analisi specialistica) valutazione. Questa impone un'analisi della dinamica del valore nel tempo e l'attribuzione di un mirato limite inferiore (2,5 vs 4) che consideri età del paziente, fattori di rischio e obiettività clinica. In linea di massima è ancora vero che un valore di PSA compreso tra 4 e 10 è sempre meritevole di attenzione (si considerino comunque i numerosi falsi positivi associati a iperplasia benigna o flogosi) e che valori superiori a 10 sono sospetti. L'indicazione all'esecuzione di una biopsia prostatica e successivamente a marker di seconda linea (attualmente ancora investigazionali, quali PCA 3, phi-proPSA) è prettamente specialistica.

- Per la valutazione della funzionalità renale, la **creatininemia** resta esame di primo livello, ma per una maggior accuratezza (e per classificare più precisamente un'insufficienza renale) è più corretto affidarsi alle clearance o quantomeno alla formula MDRD.

- Il semplice **esame urine** può rivelare la presenza di microematuria, proteinuria, leucocituria e indirizzare all'esecuzione di un'urocoltura per dimostrare un'IVU.

- Una semplice **radiografia** a vuoto dell'addome permette di individuare nefro(uretero)litiasi ed è inoltre utile nel controllo della corretta applicazione di stent ureterali

- L'**ecografia** è un esame non invasivo che permette di valutare l'apparato urinario con buona sensibilità e specificità, per tale motivo è richiesta routinariamente, persino con un certo abuso. Ecograficamente è possibile valutare lo spessore e la morfologia del parenchima renale, individuando masse anomale (negli ultimi anni sono in aumento le diagnosi incidentali di carcinomi renali, proprio per il largo utilizzo dell'ecografia) ed è possibile rilevare la presenza di dilatazione delle vie escrettrici (si ricordi che un "falso positivo" bilaterale può essere dovuto a sovradistensione vescicale), nefro-ureterolitiasi, litiasi vescicale. L'ecografia permette una buona valutazione del

basso apparato consentendo di misurare lo spessore delle pareti vescicali in un quadro da sforzo e individuare neoformazioni aggettanti. È possibile misurare i diametri prostatici e la presenza di un lobo medio e infine valutare il residuo postminzionale (che andrebbe preferibilmente misurato dopo minzione spontanea e non dopo sovradistensione, quando può apparire aumentato per tale motivo).

- **L'ecografia prostatica transrettale**, come esame diagnostico, sta gradualmente occupando un posto di nicchia, riservato alla valutazione precisa dei diametri prostatici, mentre non è di aiuto nella diagnosi di carcinoma in quanto è ormai dimostrato come molte delle aree ipoeogene tradizionalmente associate a neoplasia siano falsi positivi. È utilizzata routinariamente durante l'esecuzione di una biopsia per guidare il prelievo.
- La **citologia urinaria** è un esame di alta sensibilità in presenza di neoplasie uroteliali di alto grado, va richiesta in prima battuta per pazienti con esposizione professionale a rischio per l'urotelio o in forti fumatori, e in tutti i casi di (micro)ematuria. È esame fondamentale nel follow-up di pazienti trattati per carcinoma vescicale.
- La **cistoscopia** è obbligatoria nel dubbio di neoplasia vescicale (ematuria, sintomatologia minzionale irritativa, citologia positiva).
- **L'urografia** consente una completa valutazione morfofunzionale dell'apparato urinario; al suo posto è attualmente più utilizzata l'UROTC che andrebbe però sempre completata con pose urografiche/ricostruzione 3D perché è molto utile la visione coronale dell'apparato. La RM è preferibile (con le stesse indicazioni dell'UROTC) nei casi di accertate allergie al mezzo di contrasto e nelle pazienti giovani. L'esame con bobina endorettale sta conquistando spazio nella valutazione (soprattutto nel follow-up) del carcinoma prostatico.
- La **cistouretrografia minzionale** è un esame validissimo nella diagnosi di stenosi uretrali e del collo vescicale (o del "neo"collo in pazienti prostatectomizzati), nonché nella diagnosi di reflussi vescico-uretrali.
- La **scintigrafia renale sequenziale e dinamica** consente un'ottima valutazione morfofunzionale dell'alto apparato urinario, misurando precisamente clearance e contributi funzionali per singolo emuntore, esame indispensabile preoperatoriamente a nefrectomie semplici (reni esclusi/grinzi) o plastiche del giunto-pieloureterale.
- **L'uroflussometria** è un esame semplice, non invasivo e altamente consigliabile nei pazienti che riferiscono disuria, come primo gradino che permetta una diagnosi di ostruzione.
- **L'urodinamica** è un esame di insostituibile efficacia nella diagnosi e nell'inquadramento dei (più spesso delle) pazienti con disturbi funzionali, incontinenza, iperattività vescicale, vescica neurologica; consente inoltre una precisa valutazione del grado di ostruzione vescicale in pazienti con IPB candidati a chirurgia.

In ambito andrologico vanno ancora ricordati l'importanza dell'esame seminale nella valutazione dell'infertilità (con le indicazioni corrette suggerite dalla WHO) e il suggerimento di dosare, come primo livello in un paziente con DE, l'assetto metabolico (glicemico e lipidico) insieme a testosterone e prolattina, riservando l'ecodoppler penieno dinamico dopo farmacoerezione a un secondo livello in caso di insuccesso (o controindicazione) della terapia con inibitori della PDE5. Un'ecografia scrotale è mandatoria in caso di massa scrotale dubbia, soprattutto nel giovane.

Integrata con un esame (color)doppler dei funicoli spermatici è di importanza nella valutazione del varicocele.

I marker tumorali "testicolari" non sono diagnostici (la positività "afferma", ma la negatività non esclude, come nel caso del seminoma), mentre sono utilissimi nella stadiazione e nel follow-up dei tumori non seminomatosi.

Fonte: Giornale del Medico online, 6 giugno 2011