

## Mondor's disease

Un atletico ragazzo di 26 anni, mio paziente, ha scoperto un cordone duro e dolente a livello della zona dorsale prossimale del pene. Il dolore, che egli percepiva pulsante, era iniziato una settimana prima della visita ed è poi durato altri 3-4 giorni, prima di sparire. Il paziente non riferiva dolore durante l'erezione e neppure una recente attività sessuale intensa o traumi di alcun tipo al pene; ricordava, però, di aver usato per lavoro, un mese prima, un utensile a cintura che gli aveva addirittura causato ematomi all'addome. L'esame clinico era quello di un uomo giovane e sano, a prescindere dall'evidenza di quel cordone superficiale sul dorso del pene con una porzione dilatata di circa 1,5 cm di diametro che pareva estendersi nella regione pubica per almeno 2 cm. La pelle sovrastante non presentava eritema e non era presente linfadenopatia inguinale. L'ho inviato dallo specialista per un'eco Doppler penieno, che ha confermato la tromboflebite della vena dorsale superficiale del pene che io sospettavo, per averne appreso l'esistenza dalla letteratura, ma senza nessuna esperienza personale.

Non è facile fare esperienza diretta della malattia di Mondor peniena: è sicuramente un evento raro (42 casi documentati in letteratura), ma forse in parte non diagnosticato, per la riluttanza a ricorrere alle cure mediche per i disturbi che si pensano correlati al comportamento sessuale. Nel caso narrato, l'esame obiettivo era già suggestivo per una tromboflebite della vena dorsale superficiale del pene, patologia benigna che richiede solo un'adeguata terapia (eparina a basso peso molecolare e FANS) e l'astensione dall'attività sessuale fino alla risoluzione. L'eponimo di questa condizione è stato mutuato dall'originale diagnosi di Henri Mondor del 1939 di una trombosi della vena toraco-epigastrica nelle donne. Nella diagnosi differenziale devono essere prese in considerazione la linfoangite sclerosante (ispessimento e dilatazione dei vasi linfatici) e la malattia di Peyronie (ispessimento della tunica albuginea, con placca fibrotica ben definita sul pene). Le cause predisponenti allo sviluppo della malattia di Mondor del pene sono quelle che comportano stasi ematica, alterazione della parete vascolare, variazione dell'assetto emocoagulativo: nell'anamnesi spesso vi sono un'intensa attività sessuale nella settimana precedente la comparsa di sintomi o l'iniezione di sostanze illegali nella vena dorsale; altre cause possono essere la compressione venosa causata da un tumore o da una distensione vescicale, infezioni, bendaggi o dispositivi sessuali. Nel caso in questione l'utensile lavorativo a cintura potrebbe aver prodotto la compressione. Anche la cicatrice da intervento chirurgico ricostruttivo dell'ipospadia congenita può facilitare la comparsa di trombosi precoce.

Gli eventuali fattori di rischio vanno rimossi per evitare episodi ricorrenti. Nel caso proposto andrebbe bandito qualsiasi oggetto pesante ad appoggio sulla zona sovrapubica (utensili a cintura, borse a marsupio, chitarre elettriche).

- ◆ Al Mwalad M. et al. Subcutaneous penile vein thrombosis (penile Mondor's disease): pathogenesis, diagnosis, and therapy. *Urology* 2006; 67: 586.

**Massimo Bognesi** Medicina generale - Cesena

## Terapie endo oculari

Una mia paziente ottantenne, affetta da glaucoma, ipertensione e fibrillazione atriale, scandisce le ore della sua giornata sull'assunzione dei farmaci. In particolare la mettono in una vera apprensione i colliri, che instilla più volte al giorno con un rituale cui mi è capitato di assistere, durante una visita domiciliare. La signora mantiene l'orario indicato dall'oculista senza sgarrare di un secondo; in compenso ho potuto constatare che il riflesso di chiusura della palpebra interviene mentre la goccia cade, tanto che, dopo, le guance erano bagnate. Mi sono fatto l'idea che la terapia con colliri risenta non poco della scarsa manualità dei vecchietti. Sbaglio?

I colliri sono un veicolo farmacologico efficaci patto che il paziente:

- ◆ lavi le mani per rimuovere lenti a contatto;
- ◆ agiti il flacone (per i farmaci in sospensione);
- ◆ non appoggi il tappo sul tavolo con la parte interna, che potrebbe contaminarsi;
- ◆ non tocchi l'occhio con il bordo del boccettino (rischio di abrasioni corneali e di contaminare il liquido rimanente);
- ◆ tenga il flacone con la mano dominante e abbassi con l'altra (o con il mignolo della stessa) il bordo della palpebra inferiore;
- ◆ rilasci una singola goccia (una seconda laverebbe via la prima, oppure aumenterebbe l'assorbimento sistemico del farmaco);
- ◆ dopo l'instillazione, tenga l'occhio chiuso, premendone l'angolo interno verso il naso per ridurre il quantitativo di farmaco che raggiunge il nasofaringe e, di quindi, l'assorbimento sistemico;
- ◆ aspetti tre minuti per instillare un secondo collirio e almeno quindici per rimettere le lenti a contatto;
- ◆ non usi il collirio oltre la scadenza della confezione aperta.

- ◆ Steiner M. On the correct use of eye drops. *Australian Prescriber* 2008; 31: 16.