



tumore del testicolo

I carcinomi del testicolo costituiscono solo l'1%
di tutti i tumori negli uomini,
ma sono i più frequenti tra i 20 e i 40 anni ▶▶

▶▶ Quasi tutti i tumori testicolari che colpiscono persone giovani originano dalle cellule germinali.

Negli ultrasessantacinquenni, invece, la neoplasia più frequente è il linfoma.



L'IMPORTANZA DEI GENI

Sembra che alcuni tumori del testicolo abbiano un'origine genetica. In particolare sarebbe un'imperfezione del recettore degli ormoni maschili ad aumentare il rischio di cancro. Questa scoperta avvalorata ulteriormente l'approccio terapeutico attuale che spinge sulla prevenzione: le persone che presentano alterazioni testicolari esterne dovrebbero sottoporsi a controlli periodici andrologici a cominciare dai 15 anni di età. Individuare precocemente l'insorgenza della malattia consente infatti di raggiungere livelli di **sopravvivenza nel 95% dei casi.**



Un unico nome, tanti tipi

Il termine carcinoma del testicolo comprende diversi sottotipi con caratteristiche, opzioni terapeutiche e prognosi diverse. Vengono individuate nello specifico neoplasie di origine germinale e stromale. Quelli rimanenti (molto rari) vengono definiti tumori non germinali.

1. TUMORI DI ORIGINE GERMINALE

Costituiscono il 95% circa dei tumori testicolari. Si pensa che ciascun tipo di neoplasia germinale rappresenti la controparte maligna del normale sviluppo embrionale. Vengono distinti in due grossi gruppi per il differente andamento clinico e approccio terapeutico:

► **Seminomi**

Costituiscono la frazione più numerosa, derivano dallo spermatozoo, cioè quella cellula che darà origine allo spermatozoo. Rappresentano il 40-50% dei tumori testicolari. Colpiscono dopo i 30 anni. Hanno una buona sensibilità alla radioterapia e alla chemioterapia.

► **Non seminomi**

Sono l'equivalente tumorale dei tessuti embrionali alle prime fasi di sviluppo: queste cellule sono molto immature e possono dare origine sia all'embrione sia alla placenta. Colpiscono i ragazzi tra i 20 e 30 anni. Rispondono bene alla chemioterapia ma sono poco sensibili alla radioterapia.

► **Forme miste**

Seminomi/non seminomi.

2. TUMORI DI ORIGINE STROMALE

(cioè dalle cellule non specializzate del testicolo).

► **Linfomi maligni**

Hanno origine dalle cellule del sistema immunitario presenti nel testicolo.

► **Fibromi**

Derivano dal tessuto connettivo.

► **Mesoteliomi**

Hanno origine dalla tonaca albuginea, cioè la membrana che riveste il testicolo.

3. TUMORI TESTICOLARI NON DI ORIGINE GERMINALE (molto rari)

► **Tumori delle cellule interstiziali di Leydig** (derivano dalle cellule deputate alla produzione di androgeni). Si osservano più frequentemente in bambini tra i 5 e i 10 anni.

► **Tumori delle cellule del Sertoli**

Derivano da cellule che sostengono e nutrono gli spermatozoi in via di sviluppo.

► **Androblastomi**

Hanno origine anch'essi dalle cellule del Sertoli.

Fattori di rischio

I pazienti con **criptorchidismo** (testicolo che non discende nello scroto durante lo sviluppo) hanno un rischio di sviluppare una neoplasia testicolare (in particolare di tipo seminomatoso) tra 10 e 40 volte superiore rispetto a un uomo normale. Se l'intervento di orchipessia (fissazione chirurgica del testicolo allo scroto) è stato eseguito prima dei 6 anni, il rischio si riduce. Vi è un rischio aumentato se vi sono parenti di primo grado affetti da tumore del testicolo.

LE "COLPE" DELLE MAMME

Secondo alcuni studi epidemiologici, l'utilizzo degli estrogeni durante la gravidanza può aumentare il rischio di insorgenza della neoplasia. Anche l'abitudine della madre all'alcool e ai sedativi è un fattore di rischio. Per quanto riguarda i traumi, non è mai stato dimostrato con sicurezza che possano causare direttamente il cancro; spesso però è proprio l'evento traumatico che consente di arrivare alla diagnosi.



LA BANCA DELLO SPERMA

La chemioterapia può deprimere la spermatogenesi e non tutti i pazienti recuperano autonomamente la funzione procreativa. In particolare nel tumore del testicolo si compiono spesso interventi addominali che possono determinare incapacità alla procreazione. Proprio in questi tumori, per i quali le percentuali di guarigione sono ormai alte, è necessario rivolgere un'attenzione maggiore alle possibilità procreative, e quindi un forte invito ai pazienti verso lo "sperm-banking", ossia al deposito del seme. Purtroppo il Sistema Sanitario non copre ancora la spesa, ma i pazienti giovani vengono di prassi mandati alla banca dello sperma.

Il problema cancro è talmente enorme che non si pensa al dopo: nella pianificazione del trattamento del malato giovane bisognerebbe invece includere una discussione su questo tema con il paziente e anche con i genitori. Guarire deve volere dire ritornare alle attività complete e normali, fra le quali la paternità.

I campanelli d'allarme

Generalmente i sintomi non sono mai eclatanti e precoci e per questo motivo possono passare anche diversi mesi prima di giungere alla diagnosi. Spesso infatti la tumefazione (cioè l'ingrossamento del testicolo), avviene senza dolori acuti. Il paziente può accorgersi che qualcosa non va notando un testicolo un po' più grosso o un po' più duro facendo la doccia.

Il pudore può essere fatale!

Ogni tumefazione del testicolo che nel giro di pochi giorni non regredisce con le cure mediche (in genere antinfiammatori o antibiotici) deve essere considerata sospetta. Non abbiate timore a parlare di irregolarità testicolari (dolore, tumefazione) ai genitori o al medico. Il falso pudore può costare caro!

I SEGNALI DA NON SOTTOVALUTARE!

Ecco alcuni segnali che non devono essere sottovalutati e che devono essere riportati tempestivamente al medico, anche se non necessariamente sono indizi del tumore:

- ▶ rigonfiamenti del testicolo
- ▶ perdita di volume di un testicolo
- ▶ sensazione di pesantezza nello scroto
- ▶ dolore sordo nella parte inferiore dell'addome o all'inguine
- ▶ improvvisa formazione di liquido nello scroto

- ▶ dolore o senso di disagio nel testicolo o nello scroto
- ▶ sangue nelle urine
- ▶ rigonfiamento o rammollimento delle mammelle.

QUANDO NON SERVE PREOCCUPARSI!

I segni che seguono, invece, di solito non sono collegati a un tumore testicolare:

- ▶ presenza di foruncoli o arrossamenti esterni del testicolo
- ▶ masse libere all'interno dello scroto, non collegate ad alcuna struttura interna
- ▶ masse nell'epididimo che danno l'idea di avere un terzo testicolo
- ▶ dolore o sensazione di calore avvertiti durante la minzione.





La diagnosi

L'esame clinico è fondamentale. In particolare nei casi sospetti il medico procederà inizialmente alla **palpazione del testicolo**. Altri esami di verifica sono:

- ▶ **l'ecografia testicolare.** Permette di distinguere una forma cistica (in genere benigna) da una solida.
- ▶ **inguinotomia esplorativa.** Viene eseguita dopo l'atto operatorio e permette una diagnosi definitiva
- ▶ **RX torace.** Viene eseguito prima dell'intervento chirurgico e consente di escludere la presenza di metastasi polmonari
- ▶ **marcatori sierici circolanti.**

Come combatterlo

LA PREVENZIONE PRIMA DI TUTTO

È consigliata l'autopalpazione del testicolo a partire dalla pubertà. Inoltre, per persone con una storia di criptoorchidismo, atrofia testicolare (perdita della funzione testicolare), precedente tumore testicolare o familiari di primo grado affetti, è indicata una visita urologica specialistica annuale.

Le terapie. Come per tutti i tumori, i trattamenti (chirurgico radio e chemioterapeutico) variano a seconda dello stadio della malattia e delle caratteristiche istologiche della neoplasia. Particolarmente importante, risulta la distinzione tra seminomi e non seminomi. Le percentuali di guarigione per pazienti con seminoma confinato al testicolo sfiora infatti il 100%. Il tumore del testicolo viene trattato preferenzialmente con la chirurgia ed è estremamente sensibile alla chemioterapia, soprattutto in combinazione (polichemioterapia).



La chirurgia

Nel caso venisse confermata la presenza di un tumore, si procede all'**asportazione del testicolo** (orchifunicolectomia) **con legatura del funicolo spermatico nell'anello inguinale interno**. Dopo l'asportazione del testicolo, viene posizionata una protesi. L'asportazione del testicolo è sempre indicata qualunque sia il tipo di tumore testicolare e indipendentemente dallo stadio di malattia perché serve sia per fare una diagnosi precisa, sia a scopo curativo. Attualmente, nei centri specializzati, la linfoadenectomia durante l'intervento chirurgico viene effettuata con una tecnica che permette di evitare complicanze nervose (problemi di eiaculazione).

NO ALLA BIOPSIA!

La biopsia (che consiste nella rimozione di una piccola porzione di tessuto) non viene solitamente praticata.

Si ritiene infatti che possa causare la diffusione del tumore.

LA RESEZIONE LINFONODALE

In alcuni casi, che dipendono dallo stadio e dal tipo di tumore, si può decidere per il prelievo dei linfonodi retroperitoneali, che vengono poi analizzati alla ricerca di eventuali cellule neoplastiche.

LINFONODI RETROPERITONEALI

Il tumore del testicolo tende a diffondersi nell'organismo attraverso il sistema linfatico e quindi i linfonodi, in particolare verso i polmoni, e poi verso il fegato, il cervello e altrove. I linfonodi coinvolti sono denominati retroperitoneali e sono localizzati dietro gli organi principali a livello addominale, tra i reni e lungo la vena cava e aorta.

GLI EFFETTI COLLATERALI

L'intervento chirurgico causava in passato la sterilità. Negli ultimi anni i notevoli passi in avanti ottenuti nel campo delle terapie hanno permesso ai medici di dedicarsi alla qualità di vita, alla ricerca di trattamenti sempre meno invasivi. Oggi, grazie a più sofisticate tecniche chirurgiche, è possibile evitare, nella grande maggioranza dei casi, l'effetto collaterale più sentito, **l'eiaculazione retrograda.**



L'eiaculazione retrograda non intacca il piacere sessuale. Può però causare disagi dovuti al liquido seminale che, invece di fuoriuscire, viene spinto in vescica ed eliminato poi insieme all'urina. Oggi le tecniche chirurgiche permettono di preservare i fasci nervosi anteriori e di mantenere una corretta eiaculazione nell'80-90% dei casi.

Radioterapia

La radioterapia, scelta in base al tipo e allo stadio del tumore, può essere:

- ▶ **esterna:** le radiazioni sono erogate da una macchina esterna all'organismo e orientate sulla zona interessata dal tumore
- ▶ **intracavitaria:** la sostanza radioattiva viene immessa direttamente (o in prossimità) nella lesione.

GLI EFFETTI COLLATERALI

I sintomi tipici della radioterapia sono:

- ▶ **stanchezza.** Ai pazienti è consigliato il massimo riposo. A chi volesse continuare a lavorare durante la terapia è consigliato fissare le sedute nel tardo pomeriggio. I trattamenti eseguiti al mattino possono prostrare i pazienti per tutto il giorno
- ▶ **diarrea**
- ▶ **nausea e vomito.**



Questi effetti collaterali sono temporanei e possono essere tenuti sotto controllo grazie alla somministrazione di farmaci.

- ▶ **Reazioni cutanee.** È opportuno usare prodotti delicati. Le lozioni e le creme non dovrebbero essere utilizzati nelle aree trattate se non sotto consiglio medico.

La radioterapia non incide sulla sessualità del paziente. Può interagire però con la produzione spermatica. Si tratta solitamente di un effetto temporaneo che scompare a pochi mesi dal termine dei trattamenti.

La chemioterapia

Varia a seconda del tipo e dello stadio del tumore. Può essere somministrata oralmente oppure per via endovenosa o intramuscolare. Oggi i chemioterapici possono essere iniettati direttamente negli organi o nella colonna spinale agendo così solo sulle cellule tumorali presenti nell'area trattata. Si predilige la polichemioterapia, l'associazione cioè di più chemioterapici. Nei tumori non in fase iniziale (e in particolare nei non seminomi) si può decidere di sottoporre il paziente a chemioterapia preoperatoria per cercare di ridurre la massa tumorale ed eventuali metastasi prima dell'intervento chirurgico.



DI TUMORE DEL TESTICOLO SI GUARISCE!

Per ipotizzare la prognosi di un paziente si valutano:

- ▶ **lo stadio (che dipende dall'estensione del tumore e dai livelli dei marker tumorali)**
- ▶ **il tipo**
- ▶ **le dimensioni**
- ▶ **il numero e le dimensioni dei linfonodi retroperitoneali.**

Nei tumori diagnosticati ad uno stadio iniziale le *chance* di guarigione sono altissime (intorno al 100%). Il trattamento chirurgico è infatti in questi casi risolutivo e non necessita di ulteriori terapie (radio e chemioterapia). Anche nei pazienti che hanno bisogno di ulteriori trattamenti, la percentuale di guarigione resta alta (intorno al 90%), soprattutto grazie alla polichemioterapia.



DOPO LA TERAPIA

Al termine del programma terapeutico, i pazienti vengono seguiti con visite, esami strumentali e dosaggio dei marcatori circolanti nel siero (follow-up). Si consigliano visite di controllo per 10 anni consecutivi, anche se la maggior parte delle recidive di malattia avvengono nei primi 2 anni.

Se mi tolgono un testicolo posso ancora fare l'amore?

Ogni testicolo è in grado di funzionare autonomamente. Dopo l'intervento di orchietomia, il giovane paziente può continuare la sua attività sessuale come prima.

Che conseguenze posso avere dalla chemioterapia?

Il vomito e la nausea fino ad una decina di anni fa erano lo spauracchio dei pazienti che si sottoponevano alla chemioterapia. Oggi, grazie ai nuovi farmaci antivomito, coloro che "soffrono" durante la chemioterapia sono una ristretta minoranza. Anche in questi pazienti il vomito non perdura comunque più di un giorno.



Perderò i capelli?

Purtroppo anche le moderne chemioterapie per i tumori testicolari hanno il lato negativo di fare perdere i capelli. La caduta (si chiama alopecia) è comunque assolutamente temporanea e dopo la chemioterapia i capelli ricominciano a crescere come prima. La caduta inizia dopo circa tre settimane.

La radioterapia fa male?

Frasi come la radioterapia "brucia", o "asciuga" appartengono ad un passato ormai scomparso. Le moderne tecniche di radioterapia permettono di guarire e all'esterno si vede soltanto un piccolo tatuaggio sulla pelle, più piccolo della capocchia di uno spillo.

Posso continuare a lavorare o studiare?

Tranne ovviamente i pochi giorni per l'intervento sul testicolo, già dopo una settimana si può riprendere il lavoro o lo studio. Se il lavoro è faticoso (muratore, autista, ecc.) si può aspettare qualche giorno in più.



L'ASSISTENZA PSICOLOGICA

Molte persone non hanno una famiglia a cui appoggiarsi durante la malattia, altre preferiscono parlare della propria esperienza di malattia direttamente con un "esperto", capace di ascoltare e offrire nuove chiavi di lettura della vicenda.

A volte parlare con uno specialista abituato a gestire la malattia oncologica può aiutare a superare le difficoltà comunicative e relazionali.

I recapiti e gli orari di ricevimento degli psicologi sono reperibili presso il centro informazioni dell'ospedale.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Per conoscere la documentazione da presentare per ottenere l'assistenza domiciliare bisogna rivolgersi all'ASL. Possono richiederla le persone di qualunque età, non deambulanti, affette da malattia temporaneamente o permanentemente invalidanti e impossibilitate ad accedere ai servizi o strutture ambulatoriali. In particolare vengono valutati requisiti medici ed economici.



I diritti del malato*

Chi è colpito da un tumore ha diversi diritti. Tra i più importanti:

PENSIONE DI INABILITÀ E ASSEGNO DI INVALIDITÀ CIVILE

Lo Stato assiste i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia per mezzo del riconoscimento dell'“invalidità civile” a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo. Secondo le tabelle ministeriali di valutazione (D.M. Sanità 5/2/1992), tre sono le percentuali di invalidità civile per patologia oncologica:

- ▶ 11%: prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale
- ▶ 70%: prognosi favorevole, ma grave compromissione funzionale
- ▶ 100%: prognosi infausta o probabilmente sfavorevole, nonostante l'asportazione del tumore.

La domanda di riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap deve essere presentata – da voi o da un vostro familiare – all'Ufficio Invalidi Civili della ASL della vostra zona.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Se a causa della malattia il paziente ha problemi di deambulazione o non è più autonomo nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestizione), può richiedere il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988).

PERMESSI DI LAVORO

Secondo quanto stabilito dalle leggi 104/1992 e 53/2000 e dai decreti legislativi 509/1988 e 151/2001, una volta ottenuto il riconoscimento dello stato di invalidità o di "handicap in situazione di gravità", potrete usufruire di permessi lavorativi per curarvi e la stessa facoltà è concessa anche al familiare che vi assiste.

L'art. 33 della L. 104/1992 fissa i limiti di permesso retribuito come segue:

- per il lavoratore con disabilità: 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili
- per il familiare: 3 giorni mensili.

Se vi è stata riconosciuta un'invalidità superiore al 50%, avrete diritto a 30 giorni all'anno (anche non continuativi) di congedo retribuito per cure mediche connesse con il vostro stato di invalidità (art. 26 L. 118/1971 e art. 10 D. lgs. 509/1988).

Tali permessi si sommano ai giorni di malattia previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicato alla vostra categoria. Per ottenere il permesso è sufficiente la semplice richiesta al datore di lavoro.

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

I lavoratori dipendenti a tempo pieno e con una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, ottenuto l'accertamento delle loro condizioni di salute da parte dalla Commissione medico-legale della ASL, possono richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto di lavoro e a ritornare a orario e stipendio pieni nel momento in cui si sentiranno in condizione di lavorare di nuovo per l'intera giornata.

CONTRASSEGNO DI LIBERA CIRCOLAZIONE E DI SOSTA

Il Comune di residenza riconosce al malato di cancro in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta, che consente:

- il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (delimitati con le strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento.

La domanda per il rilascio del contrassegno deve essere presentata al Comune di residenza (normalmente presso l'ufficio della Polizia Municipale).

Per ulteriori informazioni: info@fondazioneaiom.it



via Nöe, 23
20133 Milano
tel. +39 02 70630279
fax +39 02 2360018

Sede legale:
Via G. Mameli, 3/1
16122 Genova

info@fondazioneaiom.it
www.fondazioneaiom.it



Intermedia editore

Via Malta 12B, 25124 Brescia
Tel. 030.226105
Fax. 030.2420472
mediabs@tin.it

Via C. Morin 44, 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant
della Fondazione Sanofi-Aventis