

IL TUMORE DEL TESTICOLO

Cos'è il tumore del testicolo?

Il cancro del testicolo è una forma rara di tumore maschile, in cui le cellule tumorali si formano a partire dai tessuti di uno o di entrambi i testicoli.

Qual è la funzione dei testicoli?

I testicoli sono gli organi in cui nell'uomo avviene la formazione degli spermatozoi e di alcuni ormoni maschili.

I testicoli sono due, contenuti nello scroto, una borsa di pelle situata direttamente sotto il pene

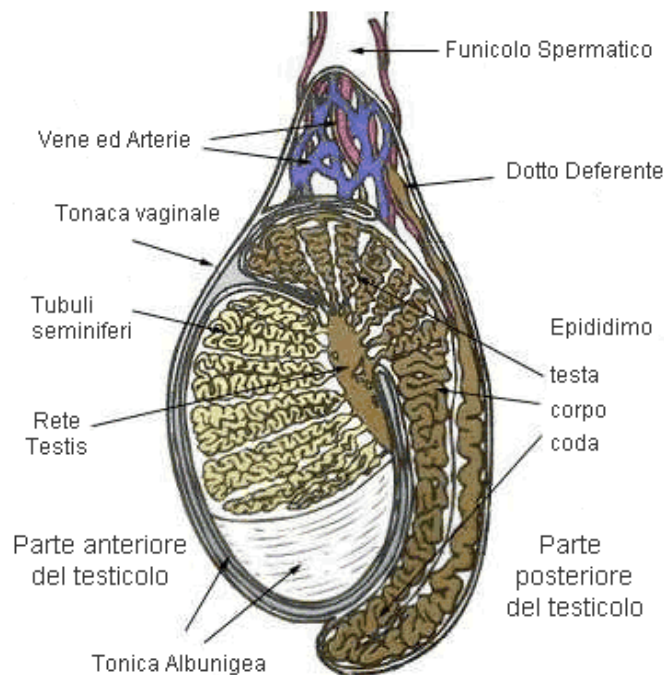


Fig1: il testicolo e i suoi componenti principali

I tumori del testicolo sono circa l'1% del totale e il 3-10% di quelli che colpiscono l'apparato urogenitale maschile. Sono rari e colpiscono soprattutto la popolazione giovane (in genere tra i 15 e i 45 anni).

Negli Stati Uniti, negli ultimi 30 anni, c'è stato un aumento della frequenza di tumore testicolare di circa il 45%, ma la mortalità è diminuita del 70%, a testimonianza dei significativi progressi raggiunti nella terapia di questo specifico tumore: nel 1970 il 90% dei pazienti con cancro testicolare moriva, mentre dagli anni novanta, grazie all'introduzione di nuovi farmaci, la situazione si è invertita, e oggi il 90% degli uomini con cancro diffuso possono essere curati. Nel 2012 in Italia si sono registrati poco più di 2.000 casi

Tipologie di cancro testicolare

I tumori testicolari si dividono in due tipi: **seminomi e non seminomi**. I primi sono circa la metà dei casi e consistono nella trasformazione maligna delle cellule germinali, cioè di quelle che danno origine agli spermatozoi; sono frequenti nella quarta decade di vita e si associano spesso a una variante che coinvolge anche cellule non seminali (in questo caso si parla di forme germinali miste). Gli altri, i non seminomi, includono quattro differenti forme: i carcinomi embrionali, i coriocarcinomi, i teratomi e i tumori del sacco vitellino, quella parte associata all'embrione che contiene materiale di riserva per il suo nutrimento.

La prognosi e il trattamento sono diversi a seconda del tipo di tumore.

Classificazione

Il cancro del testicolo è classificato nei seguenti stadi:

- stadio I – tumore circoscritto al testicolo;
- stadio II – tumore diffuso ai linfonodi dell'addome;
- stadio III – tumore diffuso oltre i linfonodi anche con metastasi a distanza in organi quali polmone e fegato

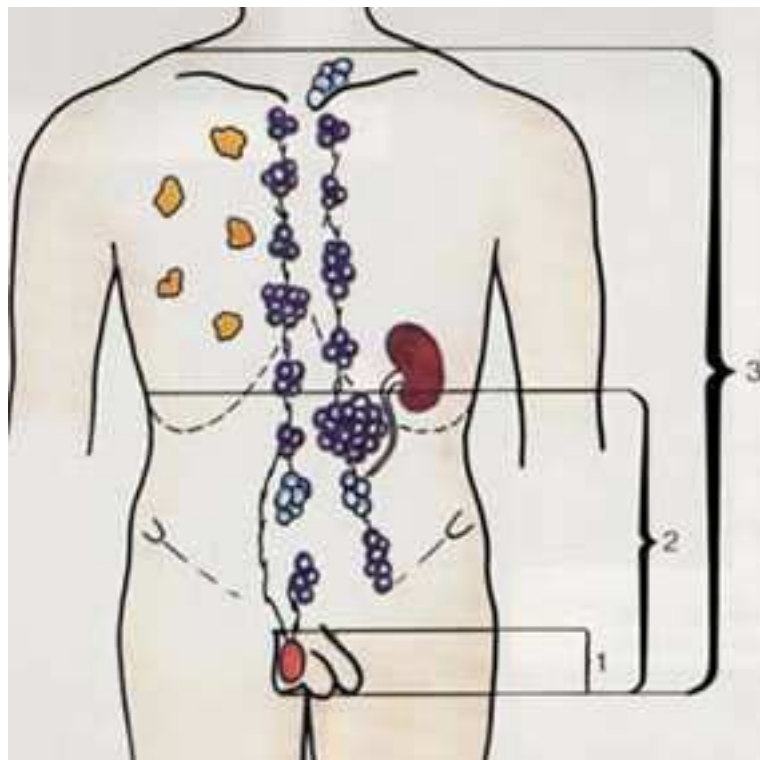


Fig2: la classificazione del tumore testicolare secondo i tre stadi

Sintomi

Di solito il tumore esordisce con un nodulo, un aumento di volume, un gonfiore o un senso di pesantezza del testicolo.

Per questo è importante che gli uomini imparino a fare l'**autopalpazione del testicolo** (così come le donne fanno l'autoesame del seno) palpando l'organo di tanto in tanto per scoprire precocemente eventuali anomalie.

Anche la brusca comparsa di un dolore acuto al testicolo può svelare la presenza di questo tumore, assieme a un rapido aumento del volume che può essere provocato da un'emorragia all'interno del tumore. Viceversa, anche il rimpicciolimento del testicolo può essere un segnale di esordio della malattia.

Infine, è importante che i genitori facciano controllare i bambini dal pediatra di fiducia, poiché una correzione dell'eventuale discesa incompleta del testicolo entro il primo anno di vita riduce il rischio di cancro e facilita la diagnosi precoce del tumore.

Diagnosi

La diagnosi del tumore viene effettuata tramite una **ecografia** dello scroto. L'ecografia scrotale è un procedura diagnostica non invasiva, che fornisce tantissime informazioni utili. Essa, infatti, mostra la posizione e la misura dell'anomalia testicolare e chiarisce se si tratta di una raccolta di liquidi o di una massa solida. Si sospetta un tumore ai testicoli se la massa è solida, mentre si considera l'ipotesi di una cisti se c'è un accumulo di fluido.

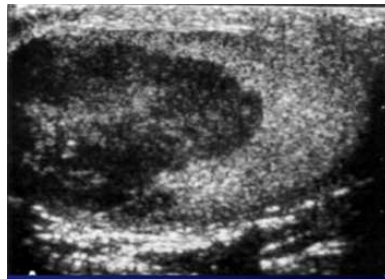


Fig.3: reperto ecografico di massa testicolare

Altro momento importante nella diagnosi del tumore testicolare è il dosaggio di alcuni **marcatori**, cioè sostanze presenti nel sangue prodotte dalle cellule tumorali o indotte dalla presenza del tumore. Tali marcatori sono:

- la alfa-fetoproteina
- la beta-HCG
- lattatodeidrogenasi (LDH)

In caso di sospetta positività si procede con una biopsia e, se anche questa è positiva, con l'asportazione del testicolo per esaminare il tumore nella sua estensione locale e sottoporre il paziente ad ulteriori accertamenti per verificare se le cellule tumorali si sono diffuse ad altre parti dell'organismo. Ciò è importante per la scelta del trattamento più indicato.

Altri test

Se si teme una diffusione del tumore nel resto del corpo, è molto utile sottoporre il paziente a diversi controlli radiologici che chiariscano se le metastasi hanno raggiunto i linfonodi, i polmoni, il fegato ecc.

Gli esami praticati, in questi frangenti, sono:

- **radiografia del torace**
- **risonanza magnetica nucleare (RMN)**
- **tomografia assiale computerizzata (TAC).**

Cosa devo fare se temo di avere un tumore del testicolo?

Se con l'autopalpazione avverte un aumento di consistenza di un testicolo o la presenza di un nodulo duro del testicolo deve rivolgersi immediatamente a un urologo.

Il suo urologo potrà così verificare con la visita le sue condizioni cliniche ed eventualmente approfondire immediatamente il quadro mediante l'esecuzione di un'ecografia dello scroto e dei testicoli.

Se il suo urologo sospetterà la presenza di un tumore le consiglierà di eseguire un prelievo per il dosaggio dei marcatori specifici e successivamente di sottoporla ad un intervento di biopsia con eventuale asportazione del testicolo stesso qualora vi fosse la conferma del cancro.

Fattori di rischio per il tumore del testicolo

Le cause del cancro al testicolo restano sconosciute, anche se diversi fattori di rischio possono favorirlo. Tra questi il principale è il criptorchidismo, cioè la mancata discesa nello scroto di uno dei testicoli che resta nell'addome o nell'inguine. Questa condizione aumenta le probabilità di trasformazione maligna delle cellule fino a 40 volte rispetto alla popolazione generale, con un rischio variabile a seconda della sede del criptorchidismo: elevata se il testicolo è nell'addome e più bassa se è nell'inguine. Le probabilità si riducono ulteriormente se l'anomalia viene corretta chirurgicamente prima dei sei anni di età.

Un altro importante fattore di rischio è la sindrome di Klinefelter, un difetto dei cromosomi.

Infine, gli uomini che hanno avuto un tumore al testicolo hanno dal 2% al 5% di probabilità di sviluppare lo stesso tumore nell'altro testicolo nei 25 anni successivi alla diagnosi.

Sono importanti anche: una storia familiare positiva per questo tumore, l'esposizione a sostanze che interferiscono con l'equilibrio endocrino (per esempio l'esposizione professionale e intensa a pesticidi), l'infertilità (gli uomini infertili hanno un rischio di sviluppare il tumore tre volte superiore agli uomini fertili) e il fumo, che ne raddoppia il rischio.

Trattamento

Grazie ai progressi degli ultimi anni, oggi 9 casi di tumore del testicolo su 10 si curano con successo.

Quando il tumore è diagnosticato in fase iniziale ed è limitato al testicolo, la **chirurgia** (orchifunicolectomia) con o senza **radioterapia** è la prima scelta.

Nelle forme più avanzate, invece, è necessario ricorrere alla **chemioterapia**, considerando che questo tipo di tumore è molto sensibile agli effetti dei farmaci, con cui si ottengono quindi ottimi risultati.

Con i farmaci guarisce anche il 60-70% dei casi di malattia già disseminata, a cui va aggiunto un 10-20% di pazienti guariti definitivamente dopo l'asportazione di tumori rimpiccioliti precedentemente con la chemioterapia.

In entrambi i casi, comunque, è necessario farsi controllare molti anni dopo la cura.

Nello stadio I per i seminomi è opportuno completare il trattamento con una radioterapia. Negli stadi più avanzati, invece, con metastasi ai linfonodi dell'addome oppure in altri organi, la chemioterapia consente un buon controllo della malattia. La fertilità può essere preservata conservando campioni di liquido seminale, raccolto prima dell'intervento, in una banca del seme.

Quindi qualora vi fosse stato diagnosticato un tumore del testicolo, l'urologo vi proporrà, nella maggior parte dei casi, un intervento di orchifunicolectomia (asportazione di testicolo e funicolo spermatico). Contestualmente a tale asportazione vi sarà proposto di procedere al posizionamento di una protesi testicolare in silicone a sostituzione del vostro testicolo originario.

Per tale procedura sarete sottoposti a un'anestesia loco-regionale che interesserà solo la parte inferiore dell'addome e gli arti inferiori in quanto l'intervento verrà eseguito praticando un'incisione a livello inguinale attraverso la quale si asporta, dallo scroto, l'intero testicolo malato.

Prima si svolge l'operazione, minore è il rischio che la neoplasia invada l'altro testicolo e gli altri organi. Ecco per quale motivo è fondamentale una diagnosi precoce della patologia.

L'asportazione di un testicolo non riduce e non influenza la libido e la fertilità del paziente; queste rimangono invariate.

Le cose sono diverse se vengono rimossi entrambi i testicoli; in tale situazione vengono meno la produzione di testosterone e degli spermatozoi (sterilità)

Asportazione chirurgica dei linfonodi malati

Quando i linfonodi addominali vengono contaminati dal tumore (stadio 2), devono essere rimossi con un intervento chirurgico (prima o dopo la chemioterapia), per scongiurare il pericolo di una ricomparsa della neoplasia. In genere, l'asportazione di questi piccoli organi, che si può eseguire con diverse tecniche chirurgiche, non ha effetti collaterali particolari. Tuttavia, in alcuni casi, può provocare un disturbo noto come eiaculazione retrograda (l'eiaculazione viene definita "retrograda" perché l'emissione di sperma avviene al contrario, non verso l'esterno ma verso la vescica, e successivamente eliminato con l'urina).

Follow-up

Secondo alcuni studi statistici, il 25-30% dei pazienti guariti da un tumore ai testicoli va incontro a una ricaduta, ovvero a una ricomparsa della neoplasia. Questo accade, di solito, entro i primi due anni dalla conclusione della terapia. Pertanto, in questo intervallo di tempo, si consiglia caldamente di sottoporsi a test e controlli diagnostici periodici

- Quattro controlli, durante il primo anno post-intervento
- Due controlli, durante il secondo anno post-intervento
- Un controllo annuale, a partire dal terzo anno post-intervento