

I TUMORI DEL TESTICOLO: UN MALE GUARIBILE, ANCHE CON LA PREVENZIONE

Il cancro al testicolo è il tumore più diffuso tra gli uomini dai 15 ai 40 anni che vivono in paesi industrializzati. In Italia ci sono sei casi su 100.000 abitanti; le ultime stime dicono che attualmente ci sono circa 600-700 malati. Esistono molteplici tipi di tumori del testicolo e sono quasi tutti maligni. Nonostante la loro elevata malignità, i tumori del testicolo sono i tumori più guaribili in assoluto; in mani esperte, le probabilità di guarigione possono superare il 90%, comprendendo tutti i casi, da quelli diagnosticati in fase più precoce a quelli più avanzati. Oggi, infatti, dai tumori del testicolo si guarisce in 9 casi su 10, grazie alle cure e alla diagnosi precoce. Una buona prevenzione, fatta di autopalpazione, controlli costanti e informazione rivolta anche ai genitori, è importante per ridurre interventi chirurgici invasivi e terapie aggressive. Il 95% dei tumori del testicolo deriva dall'epitelio germinale dei tubuli seminiferi; sono riconosciuti diversi istotipi che si possono presentare in forma pura o combinata. Il seminoma costituisce la frazione più numerosa, con un picco di incidenza compreso tra i 30-39 anni, mentre è rarissimo prima dei 16 anni. Altri istotipi (di tipo non semiomatoso) sono: il carcinoma embrionale, il tumore del sacco vitellino, il coriocarcinoma e infine i tumori non germinali che costituiscono meno del 5% di tutte le neoplasie testicolari.

I fattori di rischio

Il fattore di rischio più noto è rappresentato dalla mancata discesa del testicolo nel sacco scrotale indicata come *criptorchidismo*. Un testicolo criptorchide ha una probabilità 10-20 volte maggiore di sviluppare un tumore. Solo un trattamento chirurgico molto precoce e comunque prepuberale sembra poter annullare questo rischio. Anche l'atrofia testicolare, cioè una forte riduzione del volume del testicolo dovuta a mancato sviluppo, pare essere un fattore di rischio. Altri fattori di rischio sono legati all'età, con tre picchi significativi: il primo in età infantile, il secondo tra 15 e 35 anni e il terzo oltre i 50 anni. Non vi è una predilezione di lato; i tumori bilaterali hanno un'incidenza attorno al 2%. Si ipotizza un ruolo importante anche degli ormoni femminili – estrogeni – contenuti principalmente nella carne, in particolare pollame e negli altri elementi tossici presenti nell'ambiente. L'alimentazione dunque gioca un ruolo importante nello sviluppo di tale neoplasia e nella sua prevenzione. Un aspetto interessante è emerso dagli ultimi studi condotti sull'utilizzo delle droghe definite "leggere" di uso comune tra gli adolescenti e l'incidenza di neoplasia testicolare tra gli stessi. Questa pericolosa correlazione tra la [marijuana](#) e la neoplasia testicolare è stata evidenziata da uno studio apparso su "Cancer": i ricercatori hanno studiato un gruppo di 369 uomini, di età compresa fra 18 e 44 anni, dimostrando che quelli fra loro che consumavano questa sostanza stupefacente spesso e per lungo tempo andavano incontro a un rischio di cancro doppio rispetto a chi non si era mai fumato neppure uno spinello.

La prevenzione

I tumori del testicolo sono dunque più frequenti nei portatori di testicolo ritenuto con rischio massimo nella ritenzione addominale e rischio aumentato anche nel testicolo controlaterale a quello ritenuto. Una delle misure preventive è infatti quella di correggere la ritenzione testicolare entro il primo anno di vita sia per ridurre il rischio di cancerizzazione, che per facilitare la diagnosi precoce dopo la riposizione scrotale. L'autoesame è fondamentale per la diagnosi precoce. Di regola un tumore del testicolo si manifesta come un nodulo duro e insensibile, ma nel 20% dei casi può accompagnarsi a dolore acuto e rapido aumento di volume, di regola dovuto ad una emorragia intratumorale. In alcuni casi, un rimpicciolimento del testicolo può precedere la comparsa del tumore. *L'autopalpazione* rappresenta il cardine della prevenzione del cancro del testicolo. Secondo le raccomandazioni del National Cancer Institute l'autopalpazione del

testicolo va effettuata dopo una doccia o un bagno caldo, quando lo scroto è del tutto rilasciato. Bisogna porsi davanti allo specchio, in piedi, e verificare che non siano presenti rigonfiamenti dello scroto; quest'ultimi non dipendono mai da cause testicolari: può trattarsi di una raccolta di liquido nella cavità vaginale del testicolo (idrocele), una dilatazione delle vene del funicolo spermatico (varicocele) o di un'ernia inguinale che ha raggiunto lo scroto (evento molto raro nei giovani). Un testicolo più basso rispetto all'altro non è preoccupante. Il testicolo va esaminato con entrambe le mani, mettendo indice e medio nella zona inferiore e pollice in quella superiore. Un delicato movimento rotatorio e inizialmente superficiale consentirà di esplorarne la superficie esterna che, in condizioni di normalità, si presenta liscia, uniforme e di consistenza teso-elastica. La presenza di una formazione sospetta verrà percepita come un'irregolarità della superficie, aderente e non spostabile rispetto al piano sottostante. L'esplorazione va quindi continuata come prima, ma esercitando una modesta pressione; in questo modo si analizzano le condizioni più interne al testicolo e si può percepire, se presente, un eventuale nodulo all'interno del parenchima testicolare. Esso potrà avere la grandezza di un pisello o di una piccola nocciola e risultare più duro rispetto al tessuto circostante. Non bisogna, invece, allarmarsi se un testicolo risulta un po' più grosso dell'altro. Le dimensioni normali possono variare dai 4 ai 5 cm di lunghezza. Quando effettuata in modo delicato, la palpazione non determina dolore. Un elemento che è sempre opportuno considerare è la presenza dell'epididimo. Si tratta di una struttura morbida tubulare situata dietro e lateralmente al testicolo dall'alto in basso. L'epididimo può risultare doloroso al tatto poiché spesso è sede di infiammazioni (epididimite): a volte vi si possono apprezzare formazioni tondeggianti, non dure, che variano da pochi millimetri a qualche centimetro, ma si tratta di semplici cisti. L'autopalpazione andrebbe sempre eseguita dopo i quindici anni, una volta al mese, in modo da individuare nelle fasi iniziali qualsiasi formazione sospetta.

I campanelli d'allarme

Ecco alcuni segnali da non sottovalutare e da segnalare subito al medico, anche se non necessariamente sono indizi del tumore:

- rigonfiamenti del testicolo sotto forma di un nodulo
- 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

La diagnosi

Individuati dunque i segni che possono far sospettare la presenza di una neof ormazione testicolare si passa ad approfondimenti diagnostici più specifici e peculiari: l'*ecografia* scrotale è l'esame di *imaging* utilizzato per la diagnosi di neoplasia testicolare; essa può rivelare noduli ancora non palpabili o individuare delle microcalcificazioni diffuse all'interno del didimo, che costituiscono un importante segno di allarme per i cosiddetti carcinomi in situ (cioè tumori in fase molto iniziale). Un altro strumento diagnostico utile alla definizione della malattia sono poi i cosiddetti "*markers* specifici". I markers tumorali classici sono l'alfa-

feto proteina e la frazione beta dell'HCG; la loro negatività, è bene ricordarlo, non esclude la presenza di un tumore testicolare. I marcatori (o markers) sono infatti sostanze in grado di segnalare la presenza e lo sviluppo di un cancro. Ecco i più importanti per il tumore del testicolo:

- Alfa-fetoproteina (aFP o AFP): aumenta solo nei tumori non seminomatosi (tumori del sacco vitellino, teratomi, teratocarcinomi. Carcinoma embrionale)
- Beta-gonadotropina corionica (bHGC): non è mai dosabile nell'uomo sano ed aumenta sia nel seminoma che nel non seminoma
- Latticodeidrogenasi (LDH) in particolare è un indice della massa tumorale.

Ogni lesione intratesticolare va considerata di natura neoplastica fino a che non si dimostri il contrario mediante esplorazione chirurgica. L'*orchietomia*, eseguita per via inguinotomica, con legatura dei vasi spermatici e del dotto deferente all'anello inguinale interno, costituisce il primo atto diagnostico e terapeutico nel trattamento dei tumori del testicolo: essa consente di rimuovere il tumore primitivo e di conoscerne con esattezza l'estensione locale e il tipo istologico. Una volta accertata la natura neoplastica della lesione testicolare e definita l'istologia è necessario definire l'estensione della malattia per poter impostare la migliore strategia terapeutica da adottare. In pratica, è necessario differenziare una malattia iniziale, curabile con trattamenti poco invasivi, da una malattia in stadio avanzato dove il trattamento di elezione è costituito dalla chemioterapia sistemica integrata a terapia chirurgica o radioterapia.

Terapia

Attualmente i tumori del testicolo costituiscono il modello di neoplasia guaribile. L'alta percentuale di cura ottenuta negli ultimi 30 anni, unitamente alla definizione dei fattori prognostici di guarigione, ha portato alla riduzione della tossicità dei trattamenti medici e a una riduzione della morbidità dei trattamenti chirurgici, senza alterarne i risultati terapeutici. La terapia dipende dall'istologia, dallo stadio clinico e dai fattori prognostici. La principale distinzione va fatta tra i seminomi puri e i tumori germinali misti (non-seminomi). I *seminomi*, che rappresentano le neoplasie più frequenti, risultano estremamente radiosensibili e chemiosensibili; la radioterapia rappresenta il trattamento di elezione nei casi di malattia poco estesa o localizzata; nella malattia in fase avanzata il trattamento di scelta è rappresentato dalla chemioterapia. Oltre il 90% dei casi di tumori *non seminomatosi* viene guarito con schemi di chemioterapia di combinazione contenenti cisplatino, mentre la radioterapia può trovare indicazione come consolidamento in caso di lesione residua oppure come terapia di salvataggio nei casi non responsivi alla chemioterapia.

Tumore al testicolo e sterilità

L'incidenza del tumore ai testicoli è sicuramente maggiore nell'età giovanile (più frequentemente nei maschi di età inferiore ai 35 anni) e quindi nel periodo fertile; per tale motivo è consigliabile sottoporsi all'esame del liquido seminale prima e dopo le terapie antitumorali, per poter controllare il grado di fertilità. Alcune cure, infatti, in particolare la radioterapia, possono portare ad una diminuzione della fertilità o addirittura alla sterilità. Per questo motivo viene consigliato di sottoporsi, prima delle terapie, oltre all'esame del liquido seminale, anche al congelamento del seme, da conservare nelle apposite banche. Il liquido potrà essere utilizzato per una fecondazione artificiale qualora si volesse avere un figlio (se ovviamente la terapia antiblastica abbia inciso negativamente sulla fertilità). Gli spermatozoi possono essere conservati per numerosi anni in appositi contenitori ad azoto liquido senza rilevante perdita di capacità fecondante. Queste metodiche di assistenza riproduttiva sono ormai una realtà su cui i malati, affetti da quei tumori che compromettono la fertilità, possono contare nell'ambito dei metodi per rendere meno gravi i disagi che la malattia neoplastica porta con sé.