

Il tumore del testicolo



Prof Carlo Trombetta

di Trombetta, Chiriaco
Clinica Urologica
Università degli studi di Trieste

Una patologia diffusa in tutti i Paesi industrializzati del nord America, Europa e Oceania. Chi è più soggetto ad avere questo tipo di tumore: decalogo per la prevenzione precoce.

Il tumore del testicolo costituisce l'1% di tutte le neoplasie che colpiscono l'uomo, con un picco di incidenza intorno ai 20 ed ai 50 anni. L'incidenza si è più che triplicata (3-4 volte maggiore) negli ultimi 50 anni, rappresentando uno dei più frequenti tumori del maschio tra i 15 e 35 anni dopo leucemia e linfoma. Già nel decennio 1970-80 si era osservata una maggiore diffusione di questa forma tumorale in Nord Europa e, soprattutto nei Paesi Scandinavi. Oggi questa patologia è diffusa in tutti i Paesi industrializzati del Nord America, in Europa ed Oceania con sorprendenti differenze di prevalenza rispetto ad altri Paesi, anche limitrofi. Maggiormente a rischio sono gli uomini di razza bianca anche se, ultimamente, l'incidenza è in aumento anche tra uomini di razza nera. Solo nell'1-2% dei casi il tumore è bilaterale ovvero coinvolge entrambi i testicoli.



La presenza di aree intratesticolari di dimensioni sempre più piccole si evidenzia bene grazie all'ecografia. Questo consente oggi la diagnosi di tumori del testicolo sempre più iniziali e spesso non palpabili.

Il **rischio** di sviluppare un tumore del testicolo è **maggiore nei soggetti** che hanno:

- precedenti anamnestici, in tal senso, in parenti di primo grado (il padre o i fratelli);
- storia di criptorchidismo, ovvero la mancata discesa di uno o di entrambi i testicoli nel sacco scrotale.

Il testicolo anomalo si colloca in un punto qualsiasi del tragitto che, normalmente, compie durante la vita fetale e cioè dal polo inferiore del rene allo scroto. L'interruzione di questo cammino fisiologico porta ad avere il testicolo allocato in una sede diversa dallo scroto. Il rischio di cancerizzazione è ritenuto essere del 2-5% ed è, paradossalmente, aumentato anche nel testicolo contro-laterale normalmente in sede. Inoltre l'orchidopessi, ovvero l'intervento di correzione non lo riduce:

- sindromi genetiche predisponenti come la sindrome di Klinefelter;
- infertilità.

Fattori di rischio ipotizzati sono: il fumo di sigaretta, l'assunzione di estrogeni, elevato indice di massa grassa della madre durante la gravidanza ed esposizione ad alcuni pesticidi.

Nella maggior parte dei casi il tumore del testicolo si manifesta come un nodulo palpabile di consistenza dura rispetto al tessuto circostante e viene riscontrato, accidentalmente, dal paziente stesso. Solo nel 20% dei casi, si può manifestare con dolore scrotale localizzato o diffuso. Talvol-

ta invece i sintomi, specie nelle fasi iniziali di malattia, possono essere del tutto assenti o mimare dei quadri clinici differenti come ad esempio una orchiepididimite (infezione di testicolo ed epididimo).

Altre volte, una massa scrotale può essere rivelata in seguito ad un trauma testicolare.

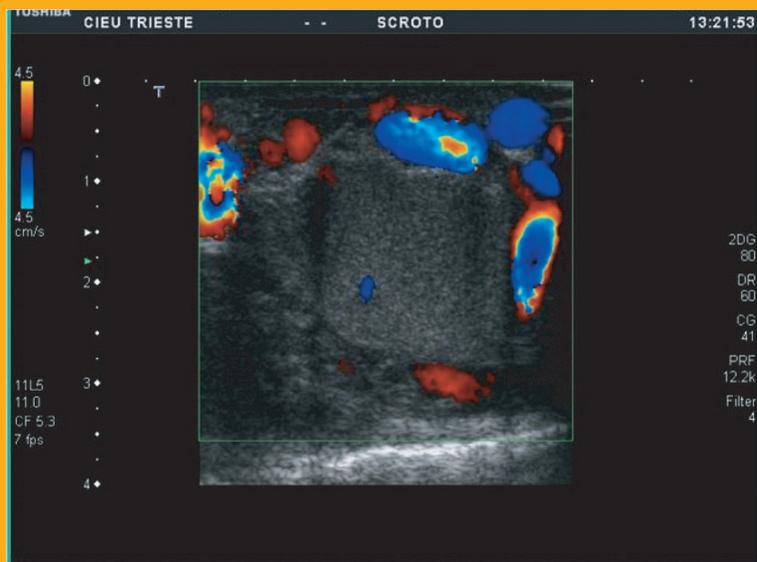
Più raramente (nel 7% circa dei casi) può essere rivelata da una ginecomastia secondaria (aumento bilaterale della ghiandola mammaria) che si verifica a causa della secrezione patologica di ormoni sessuali. La diagnosi nella maggioranza dei casi è semplice, in quanto è sufficiente un'ispezione ed una palpazione del testicolo.

L'ecocolor-Doppler scrotale ci consentirà di confermare il sospetto insorto all'esame obiettivo. Sempre l'Eco-Color-Doppler scrotale potrà evidenziare la presenza di neoplasie intra-testicolari non palpabili, permetterà di valutare l'entità dell'estensione locale e di controllare il testicolo contro laterale.

I fattori prognostici che contribuiranno a confermare la diagnosi e la stadiazione del tumore stesso saranno, poi, i markers sierici tumorali AFP, BetaHCG ed LDH, valori, da ricercare nel sangue periferico.

In altri casi quando la diagnosi è dubbia si deve procedere ad esplorazione chirurgica e biopsia testicolare a funicolo clampato.

Negli ultimi decenni si è osservata una notevole riduzione dei tempi diagnostici, cui sono conseguiti interventi altrettanto precoci e tassi di successo intorno all'85%.



L'ecocolorDoppler del testicolo consente di valutarne la circolazione arteriosa e venosa.

Il tumore al testicolo

che, si può ricorrere preventivamente alla crio-preservazione del liquido seminale e, successivamente, alla procreazione medicalmente assistita (PMA).

La Società Italiana di Andrologia (SIA) ha stilato un **Decalogo per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore al testicolo** che riportiamo qui di seguito:

1. i tumori del testicolo ogni anno colpiscono circa 5 maschi ogni 100.000 abitanti. Esistono molteplici tipi di tumori del testicolo e sono quasi tutti maligni. L'età più colpita è quella compresa fra i 20 ed i 40 anni.

2. 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.

3. i tumori del testicolo sono più frequenti nei portatori di testicolo ritenuto (criptorchidismo) con:
- rischio massimo nella ritenzione addominale;
- rischio aumentato anche nel testicolo controlaterale a quello ritenuto.

4. in presenza di un testicolo ritenuto è bene intervenire entro il secondo anno di vita sia per ridurre il rischio di cancerizzazione, sia per facilitare la diagnosi precoce da adulto mediante autopalpazione.

5. l'autoesame è fondamentale per la diagnosi precoce.

6. di regola un tumore del testicolo si manifesta come un nodulo duro, pesante e insensibile, ma...

7. nel 20% dei casi può accompagnarsi a dolore acuto e rapido aumento di volume, di regola dovuto ad una emorragia intratumorale.

8. in alcuni casi, un rimpicciolimento del testicolo può precedere la comparsa del tumore.

9. l'esame clinico e l'ecografia testicolare sono gli esami fondamentali per la diagnosi.

10. valori elevati di AFP e/o β -HCG ematici confermano la diagnosi di tumore, ma valori normali non la escludono.

Oggi si può affermare che quasi nove neoplasie testicolari su dieci vanno incontro a guarigione. Se il tumore è diagnosticato nelle sue fasi d'insorgenza, la chirurgia con o senza radioterapia è la prima scelta terapeutica da adottare.

Nelle forme più avanzate, invece, è necessario ricorrere alla chemioterapia, considerando che questo tipo di tumore è molto sensibile agli effetti dei farmaci ed anche in questo caso, si ottengono ottimi risultati.

In pratica, nella malattia in fase iniziale è indicata l'asportazione chirurgica del testicolo e del funicolo spermatico con un'incisione inguinale, successivamente all'asportazione, s'inserisce una protesi che consente di mantenere un aspetto di normalità allo scroto.

La conformazione fisica dei portatori di protesi testicolari è così sovrapponibile alla situazione fisiologica che spesso questa condizione non viene notata neanche nel corso di una visita medica.

È comunque facile intuire come questa forma neoplastica comporti una serie di implicazioni non solo di natura anatomo-funzionale ma anche e, soprattutto, di tipo psicologico-relazionale.

Il coinvolgimento dell'apparato genitale innescava una serie di problematiche, per affrontare le quali sono coinvolte più figure professionali dall'urologo, all'andrologo, allo psicologo ed anche al ginecologo quando si debba ricorrere ad una fecondazione assistita.

Discorso a parte merita infatti la funzione riproduttiva.

Presso la Clinica Urologica di Trieste sono stati condotti numerosi studi clinici, da cui emerge che il ricorso alla chemioterapia o alla radioterapia si associa sempre ad un'alterazione del numero degli spermatozoi e/o ad un danno diretto e che coinvolge anche il testicolo superstite.

A tal fine, se non ci sono controindicazioni specifi-