



Il cancro del testicolo



**Un'informazione
della Lega contro il cancro
per pazienti e familiari**

Impressum

Editore

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
Casella postale 8219
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

Direzione del progetto

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

Supervisione specialistica

(in ordine alfabetico)

Dott. med. Gianluca Giannarini, vice capoclinica,
Clinica e Policlinico di urologia, Clinica univer-
sitaria, Berna

Dott. med. Emanuel Jacky, capoclinica, Clinica
e Policlinico di oncologia, Clinica universitaria,
Zurigo

Prof. dott. med. Tullio Sulser, direttore,
Clinica di urologia, Clinica universitaria, Zurigo

Prof. George Thalmann, direttore e primario,
Clinica e Policlinico di urologia, Inselspital, Berna

Testo

Ruth Jahn, giornalista scientifica, Berna
Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

Traduzione

Sergio Pastore, Sennwald

Lettorato

Dott. Paolo Giannoni, Traduzioni Giannoni, Thun

Immagine

Copertina: Adamo ed Eva, secondo un disegno
di Albrecht Dürer

pp. 4, 20, 38, 42: ImagePoint AG, Zurigo

p. 26: Orange Line Media, shutterstock

p. 34: Raymond Forbes/AGE, F1 online

Illustrazioni

Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Ast & Fischer SA, Wabern

Il testo originale è in tedesco.

È disponibile anche la versione francese.

© 2011, 2004 Lega svizzera contro il cancro, Berna
2ª edizione rivista

Indice

Editoriale	5
Che cos'è il cancro?	6
Il cancro del testicolo	8
Le ghiandole sessuali maschili: i testicoli	8
I tipi di tumore del testicolo	9
Cause e rischi	11
I possibili sintomi	12
Esami e diagnosi	13
Gli stadi della malattia	16
Indicazioni generali sulla terapia	21
La scelta della terapia	22
Gli effetti indesiderati	23
Gli effetti sulla sessualità e la fertilità	24
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	27
Metodi terapeutici	28
Asportazione del testicolo	28
Asportazione dei linfonodi	29
Le terapie medicamentose	29
La radioterapia	32
Sorveglianza attiva (active surveillance)	33
La medicina complementare	35
Terapia del cancro del testicolo	36
La terapia del seminoma	36
La terapia del non seminoma	37
Il post-trattamento e la riabilitazione	40
Convivere con il cancro	41
Appendice	43



Caro lettore

Nel primo momento la diagnosi di cancro rappresenta uno shock per il paziente e i suoi familiari. La quotidianità e anche la prospettiva di vita, improvvisamente, cambiano e il pensiero ritorna continuamente su innumerevoli domande ancora senza risposta, in un alternarsi di speranze e paure.

Il cancro del testicolo insorge inoltre in una fase della vita in cui si deve far fronte a impegni professionali e familiari.

Questo opuscolo descrive brevemente la malattia, la diagnosi e la cura del cancro del testicolo.

Grazie ai progressi della medicina, negli ultimi anni le terapie sono diventate più efficaci e sono meglio tollerate. Oggi la medicina presta inoltre grande attenzione alla qualità della vita.

Il cancro del testicolo è oggi curabile nella maggior parte dei casi. Dopo la terapia i pazienti non hanno in genere problemi di erezione e sono in grado di generare: possono dunque avere una vita sessuale appagante e dei figli.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro troverà ulteriori informazioni che la aiuteranno a convivere meglio con la malattia (vedi p. 44).

Accetti l'aiuto che le persone a lei vicine vorranno offrirle. Potrà inoltre rivolgersi in qualsiasi momento all'équipe curante e richiedere, in caso di necessità, il parere di altri esperti (vedi appendice).

Lega contro il cancro

Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono proliferazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni vi sono oltre cento diversi tumori maligni.

Benigni o maligni?

I tumori benigni possono solo comprimere ma non invadere i tessuti sani. I tumori maligni invece infiltrano il tessuto circostante e lo distruggono. Inoltre le cellule cancerose possono «migrare», attraverso i vasi linfatici e sanguigni, nei linfonodi locali e da qui in altri organi dove formeranno metastasi (tumori secondari).

In genere si può stabilire da quale organo o tipo di cellule originino le metastasi. Per esempio le metastasi del cancro del testicolo che si formano nei polmoni non devono essere confuse con il cancro dei polmoni. Per sapere se un tumore è una metastasi o un tumore primario si procede all'esame istologico delle cellule tumorali (dal gr. histos = tessuto).

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da bilioni di cellule. Le cellule sono gli elementi di base del nostro corpo. Nel nucleo di ogni cellula si trova il «progetto di costruzione» di ogni individuo: è il suo patrimonio ereditario (genoma) che contiene i cromosomi e i geni. Gli elementi di base del genoma sono i cosiddetti acidi desossiribonucleici (DNA).

Attraverso la divisione cellulare nascono in continuazione nuove cellule mentre le vecchie muoiono: questo processo è inscritto nel patrimonio ereditario. In genere una cellula sana si divide soltanto per un determinato numero di volte. Il patrimonio ereditario può però subire dei danni che alterano il meccanismo di divisione cellulare.

Di solito l'organismo è in grado di riparare i danni subiti da una cellula. Se però ciò non è possibile la cellula fuori controllo («mutata») può riprodursi ininterrottamente.

Le cellule mutate si moltiplicano e si aggregano e formano col tempo un nodulo, il tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già milioni di cellule e con molta probabilità ha raggiunto queste dimensioni nel corso di vari anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da un giorno all'altro. La rapidità di crescita varia però notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Cause molteplici

In genere la causa di un tumore è ignota. La struttura genetica di una cellula può subire delle modifiche, apparentemente per caso. Nello sviluppo dei tumori hanno una parte importante il naturale processo d'invecchiamento o cause esterne, per esempio sostanze nocive, stile di vita, alimentazione, radiazioni e virus, ma anche fattori ereditari.

Rischio di cancro

Si può ridurre il rischio di alcuni tumori adottando uno stile di vita sano, rinunciando per esempio al fumo, alimentandosi in modo equilibrato e praticando regolarmente attività fisica. Per altri tumori invece non si sa come ridurre il rischio di ammalarsi (vedi anche p. 12).

Non si può prevedere se una persona si ammalerà di cancro. Possono esserne colpiti l'ottimista e il pessimista, chi fa una vita sana e chi trascura la propria salute. Una garanzia contro il cancro non esiste. Non è il caso di sentirsi in colpa se ci ammaliamo di tumore.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza di certe forme di cancro (vedi p. 11). Ciò vale anche per il cancro del testicolo. Troverà altre informazioni su questo argomento nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario». Altri particolari sullo sviluppo dei tumori maligni in generale sono illustrati dal CD-ROM «Krebs: von den Genen zum Menschen/Le cancer: des gènes à l'homme» (non disponibile in italiano, vedi p. 44).

Il cancro del testicolo

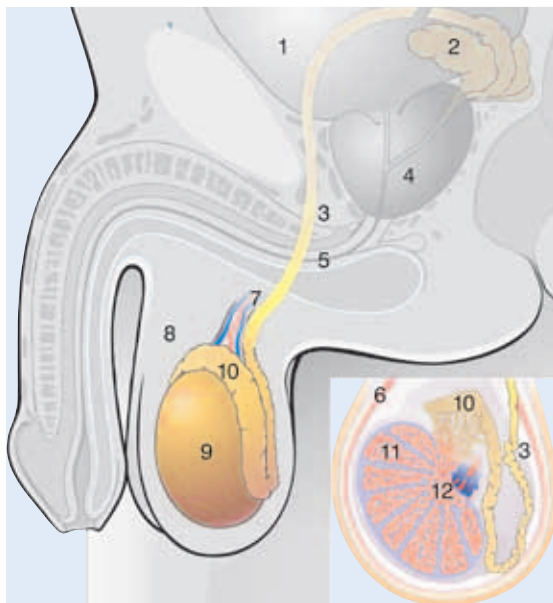
I tumori maligni del testicolo sono costituiti quasi esclusivamente dai cosiddetti seminomi. Essi originano dalle cellule germinali, cioè dagli spermatozoi e dai loro precursori. Per semplicità si parla in genere di cancro del testicolo.

Le ghiandole sessuali maschili: i testicoli

I due testicoli (testes) sono avvolti da una membrana di vari strati. Sono situati nella sacca scrotale (o scroto) che si trova direttamente sotto il pene: è costituita da pelle e muscoli.

Nei testicoli, e più esattamente nei dotti seminali, si formano le cellule seminali (spermatozoi) dalle cellule germinali. Questo processo è regolato dal testosterone, l'ormone sessuale maschile più importante, prodotto anch'esso nei testicoli. Il testosterone regola altresì lo sviluppo degli organi sessuali maschili nonché la formazione dei caratteri sessuali secondari (voce profonda, crescita della barba, funzione erettile, sensazione di piacere ecc.).

Gli spermatozoi passano dai testicoli agli epididimi attraverso un sistema di canali ramificato che collega entrambi i testicoli. Gli epididimi sono situati sul lato posteriore dei testicoli e sono percepibili al tatto.



Vista laterale e sezione longitudinale (stilizzata) del testicolo

- 1 Vescica
- 2 Vescicola seminale
- 3 Dotto deferente
- 4 Prostata
- 5 Uretra
- 6 Muscolo cremastere (= sospensore)



Vista frontale

- 7 Funicolo spermatico costituito da vasi, nervi e dotto deferente
- 8 Scroto
- 9 Testicolo
- 10 Epididimo
- 11 Tubuli seminiferi
- 12 Rete del testicolo (rete testis)

Negli epididimi giungono a maturazione gli spermatozoi ivi «depositati». Al momento dell'eiaculazione gli spermatozoi, dopo essere passati per il dotto seminale e la prostata, sono emessi attraverso l'uretra unitamente al liquido secreto dalle vescicole seminali e dalla prostata.

I tipi di tumore del testicolo

Tumori del testicolo benigni

I tumori che si sviluppano dalle cellule del tessuto connettivo sono detti tumori stromali e sono quasi sempre benigni.

Il cancro del testicolo

È un termine con cui si designano soprattutto tumori maligni a cellule germinali. Essi originano dalle cellule germinali, cioè dagli spermatozoi e dalle loro cellule precursori.

Questi tumori sono suddivisi in vari gruppi in base alla struttura del tessuto evidenziata dall'esame istologico. In linea di principio si distinguono due gruppi:

- > Seminomi
- > Tumori non seminomi e i loro sottogruppi. Questi tumori sono costituiti da diversi tipi di cellule e sono designati di

conseguenza anche con diversi nomi: carcinoma embrionario, coriocarcinoma, tumore del sacco vitellino e teratoma.

È importante distinguere bene i seminomi dai non seminomi perché la terapia è scelta in base al tipo di tessuto tumorale.

In genere è colpito un solo testicolo. Nel 5% dei casi chi è stato colpito da cancro del testicolo sviluppa un tumore a cellule germinali anche nell'altro testicolo nel corso della vita.

Col progredire della malattia il tessuto ancora sano del testicolo si riduce progressivamente. Inoltre le cellule cancerose possono migrare nei linfonodi locali attraverso i vasi sanguigni e linfatici e dai linfonodi in altri organi dove formano delle metastasi (vedi anche p. 6).

Il cancro del testicolo forma metastasi soprattutto nei linfonodi situati nella regione addominale posteriore – i cosiddetti linfonodi retroperitoneali (vedi anche p. 17) – e nei polmoni. Decisamente più rare sono le metastasi ossee epatiche e cerebrali.

Tumori a cellule germinali non originati nel testicolo

In un caso particolare di cancro del testicolo – il cosiddetto tumore extragonadico – il tumore primario si sviluppa non nel testicolo, ma in altra sede:

- > in un linfonodo retrosternale (nel mediastino)
- > in un linfonodo addominale (nel retroperitoneo)
- > nel cervello

In queste parti del corpo si sono formate nella fase embrionale cosiddette cellule germinali primordiali. Esse possono degenerare e dare origine a questa particolare forma di tumori a cellule germinali.

Per un paziente affetto da tumore extragonadico il rischio di essere colpito più tardi anche da un tumore a cellule germinali del testicolo è inferiore al 5%.

In Svizzera 400 nuove diagnosi ogni anno

Il cancro del testicolo è un tipo di tumore raro. In Svizzera si registrano ogni anno circa 400 nuovi casi. Il cancro del testicolo rappresenta l'1% di tutti i casi di cancro nella popolazione maschile. Tuttavia è la forma più frequente di cancro nei soggetti con meno di 40 anni.

Cause e rischi

Non si conosce una causa precisa del cancro del testicolo. Alcuni fattori fanno aumentare il rischio di questa malattia, ma non tutti i soggetti esposti a questi fattori svilupperanno il cancro del testicolo. Il rischio è molto elevato se una persona è esposta contemporaneamente a vari fattori.

Nella maggior parte dei casi questi fattori sono indipendenti dalla volontà di una persona. Non c'è quindi ragione di sentirsi in colpa se si è colpiti da questo cancro.

Possibili fattori di rischio

- > La ritenzione o mancata discesa di un testicolo (maldescensus testis = criptorchidismo). Il testicolo non è nella posizione normale poiché dopo la nascita non è «migrato», o solo parzialmente, dalla cavità addominale nella sacca scrotale. Sussiste un rischio residuo di cancro, per quanto ridotto, anche dopo il riposizionamento del testicolo tramite intervento chirurgico.
- > Presenza di un tumore nel testicolo controlaterale.
- > Neoplasia testicolare intraepiteliale (TIN). È dovuta a cellule germinali anomale che possono essere già presenti prima della nascita e trasfor-

marsi in cellule cancerose quando nella pubertà saranno rilasciati determinati ormoni. Le cellule TIN sono ben visibili al microscopio.

- > Disgenesia testicolare (disgenesia = sviluppo anormale). Si tratta di un'alterazione della differenziazione sessuale (maschile/femminile) con mancata discesa dei testicoli nello scroto, sbocco anomalo del canale uretrale (ipospadia) e ridotte dimensioni dei testicoli, come per esempio nella sindrome di Klinefelter.
- > Infertilità primaria. Impossibilità di generare nonostante regolari rapporti sessuali.
- > Un rischio elevato sussiste anche in caso di cancro del testicolo familiare se sono stati colpiti parenti di primo grado (padre, fratello).

Non sussiste alcun rischio invece in caso di testicolo oscillante o migrante. In questi casi il testicolo risale temporaneamente nella cavità addominale se per esempio fa freddo.

Non è stata nemmeno accertata una correlazione diretta tra il cancro del testicolo e la frequenza dei rapporti sessuali, l'indossare pantaloni molto stretti o la pratica di sport come la boxe, il ciclismo, il calcio ecc.

I possibili sintomi

Il cancro del testicolo si avverte in genere già nella prima fase. Quasi tutti gli uomini che ne sono colpiti hanno una «strana sensazione». Talvolta si possono notare dei cambiamenti anche scambiando effusioni.

Possibili sintomi precoci

- > Rigonfiamento o ingrossamento di un testicolo (in genere indolore)
- > Nodulo o indurimento in un testicolo (in genere indolore)
- > «Tensione», sensazione di peso nei testicoli o nella regione inguinale
- > Accumulo di liquido nello scroto (idrocele)
- > Ipersensibilità al tatto nella regione dei testicoli
- > Ingrossamento della ghiandola mammaria (è causato da ormoni femminili prodotti da alcuni tumori testicolari)

Altri sintomi

- > Stanchezza, calo del rendimento
- > Inappetenza, nausea
- > Perdita di peso
- > Mal di schiena
- > Difficoltà respiratorie

Questi sintomi potrebbero significare che sono già stati invasi i linfonodi o si sono già formate metastasi.

Tali disturbi potrebbero essere però causati anche da altre malattie e risultare innocui: non significano necessariamente cancro. Tuttavia ogni mutamento dei testicoli richiede accertamenti medici, anche se non si avvertono dolori.

Importante

I giovani a volte vogliono essere «uomini»: non vanno dal medico per un piccolo malanno!

È un errore: se lei nota mutamenti sospetti non rimandi la visita medica. Nemmeno se avverte uno «solo» dei sintomi summenzionati sperando che scompaia spontaneamente.

Se dovesse trattarsi davvero di cancro del testicolo potrà giovare di una terapia precoce: prima si comincia, meglio è. Inoltre anche affezioni meno gravi, per es. un'infezione, richiedono accertamenti e un'adeguata terapia.

Esami e diagnosi

In caso di sospetto cancro del testicolo si effettueranno con tutta probabilità i seguenti esami.

Anamnesi e visita medica

Il medico s'informerà in merito ai fattori di rischio e ai sintomi avvertiti ed effettuerà un esame palpatorio dei testicoli alla ricerca di eventuali noduli. Esaminerà inoltre i linfonodi, compresi quelli del torace, e/o le ghiandole mammarie per vedere se sono ingrossati (vedi «Sintomi»).

Ecografia

L'ecografia è unitamente alla palpazione l'esame più importante per decidere se procedere o meno a un'operazione diagnostica. Il termine tecnico per questo esame è ecografia scrotale.

L'ecografia permette la visualizzazione dell'interno dei testicoli. Allo scopo è necessaria una sonda ad alta risoluzione.

Questo metodo di esame è indolore e senza rischi: l'ecografia non espone a radiazioni. Il computer converte gli ultrasuoni in immagini. Si possono così visualizzare i vari strati e tipi di tessuto ed eventuali anomalie.

Con l'ecografia si possono inoltre osservare mutamenti dei linfonodi e di organi interni (anche delle loro dimensioni) e trarne qualche valutazione.

Ricerca del marcatore tumorale serico

In caso di sospetto cancro del testicolo si effettua un prelievo di sangue per vedere se sono presenti marcatori tumorali (marker). I marcatori sono sostanze rilasciate dalle cellule cancerose e di cui si può accertare la presenza nel sangue. Sono detti anche marcatori tumorali serici o sierologici (siero = componente del sangue).

I marcatori tumorali serici che possono segnalare il cancro del testicolo sono i seguenti:

- > alfa fetoproteina (AFP)
- > beta-coriogonadropina umana (beta HCG)
- > lattato deidrogenasi (LDH)

I pazienti affetti da seminoma (vedi p. 9) presentano nel 10% dei casi dosaggi elevati di beta HCG. In presenza di un non seminoma risultano elevati i dosaggi di tutti e tre i marker nel 70% dei casi. Nel 90% di tutti i casi di tumore del testicolo risulta elevato almeno uno dei seguenti marcatori: l'AFP o la beta HCG.

Nel valutare il rischio di cancro si terrà conto della presenza di marcatori tumorali. I marcatori sono altresì utili per i controlli in corso di terapia nonché per valutare il successo della terapia stessa. Perciò se ne accerta sempre la presenza prima di cominciare la cura. Però attenzione: il mancato accertamento dei marcatori non esclude la presenza di un tumore.

Se dopo l'operazione il numero dei marcatori scende a valori normali il tumore è stato con ogni probabilità asportato completamente. Se i valori nel sangue restano elevati sono presenti metastasi.

Biopsia mediante operazione

Se nel corso degli esami il sospetto di cancro del testicolo si rafforza è assolutamente necessaria una biopsia, senza la quale non si può né escludere un tumore né effettuare una diagnosi precisa. La biopsia richiede un intervento chirurgico.

Il testicolo è portato allo scoperto attraverso un'incisione inguinale. Si chiudono i vasi sanguigni con dei morsetti per impedire che eventuali cellule cancerose migrino nei vasi sanguigni e linfatici. Quindi si procede al prelievo di tessuto che sarà subito esaminato dal patologo (esame istologico estemporaneo intraoperatorio).

Un tumore benigno può di solito essere asportato dal tessuto testicolare. Il testicolo è poi riposizionato nella sua sede. Questo procedimento è detto enucleazione.

Se invece si tratta di un tumore maligno occorre asportare il testicolo, l'epididimo e il funicolo spermatico con i rispettivi vasi sanguigni. Questo intervento è detto orchietomia (ablatio testis), vedi pagina 28.

Spermiogramma

Il cancro del testicolo può influire negativamente sulla qualità dello sperma. La qualità può essere valutata con un esame di laboratorio in cui si verifica tra l'altro il numero degli spermatozoi normali e la loro motilità. È un esame importante per chi voglia conservare il seme prima di sottoporsi a una terapia.

Se in questa fase si sono già formate varie metastasi che mettono a rischio la vita del paziente si effettuerà una chemioterapia prima di procedere all'orchietomia.

In alcune situazioni, per es. se il volume del testicolo è inferiore a 12 ml, se il paziente ha meno di 30 anni e se un testicolo è ritenuto maldescensus (vedi «Cause e rischi», p. 11), si esegue anche una biopsia del testicolo contro-laterale.

Si effettua quindi l'esame istologico. Nell'occasione si accerta il tipo di tumore (per es. seminoma/non seminoma) e la classificazione (vedi p. 16).

Per determinare la classificazione e la stadiazione precise in genere sono però necessari altri esami diagnostici che forniscono immagini.

Importante

Può darsi che lei non pensi (ancora) a formare una famiglia: tuttavia dovrebbe lo stesso riflettere sulle questioni attinenti la sessualità, la fertilità e la paternità prima di sottoporsi a un qualsiasi intervento e ad altre terapie. Il suo medico discuterà con lei di tutti gli aspetti della questione (vedi anche p. 24).

Tomografia computerizzata (CT)

È una speciale tecnica diagnostica che sfrutta le radiazioni ionizzanti (raggi X). Durante questo esame il paziente è esposto a un'irradiazione relativamente elevata. Con l'ausilio di una sorgente di raggi X che ruota attorno al paziente si captano i segnali emessi dal corpo da diverse angolazioni. Questi segnali sono analizzati dall'elaboratore elettronico (computer) che crea immagini di sezioni o strati corporei del paziente o un'immagine tridimensionale.

Con questa tecnica si possono individuare linfonodi ingrossati e invasi dal tumore. Le cellule cancerose del testicolo possono invadere i linfonodi di addome, bacino, torace e collo attraverso i vasi linfatici.

Ma si possono «scovare» anche metastasi in altri organi. Le metastasi del testicolo colpiscono soprattutto i polmoni. Negli stadi avanzati della malattia si formano metastasi anche nel fegato, nelle ossa e nel cervello.

Il ricorso ad altri metodi diagnostici per immagini, come la tomografia a risonanza magnetica (MRT, MRI in inglese) o la scintigrafia ossea, dipende dalla situazione e dai risultati acquisiti, ma è tuttavia raro.

Gli stadi della malattia

Classificazione

I vari esami permettono di costatare e valutare la diffusione del tumore: è ciò che si chiama classificazione e stadiazione (staging in inglese). La stadiazione è im-

portante per poter decidere della terapia ottimale.

Per la stadiazione o suddivisione degli stadi si ricorre alla classificazione internazionale TNM. In caso di cancro del testicolo compare anche la lettera «S».

T Significa tumore e sua diffusione locale. La diffusione è indicata con le cifre da 0 a 4. Più è alta la cifra, più il tumore si è già diffuso o è aumentato di dimensioni.

La «p» minuscola davanti a T significa che il tumore primario o primitivo e la sua diffusione sono stati valutati dal patologo *dopo* l'orchietomia (vedi p. 28) in base agli esami istologici.

pTX Tumore primitivo non definibile.

pT0 Tumore primitivo non evidenziabile (per es. in caso di cicatrice istologica nel testicolo).

pTis Carcinoma in situ o neoplasia testicolare intraepiteliale (TIN); stadio precoce di un tumore (vedi «Rischi», p. 11).

pT1 Tumore limitato a testicolo ed epididimo senza invasione vascolare o linfatica.

pT2 Tumore limitato a testicolo ed epididimo con invasione vascolare o linfatica o tumore che si estende attraverso la tunica albuginea del testicolo.

pT3 Tumore che ha invaso il funicolo spermatico.

pT4 Tumore che ha invaso lo scroto.

N	Significa linfonodi (dal It. nodus). Questa lettera indica che sono stati colpiti i linfonodi regionali nel cosiddetto retroperitoneo. Il retroperitoneo è la regione posteriore dell'addome, «dietro» il peritoneo.
NX	Linfonodi regionali non valutabili.
N0	Linfonodi regionali liberi da metastasi.
N1	Metastasi linfonodali di dimensioni massime non superiori a 2 cm.
N2	Metastasi linfonodali di dimensioni comprese tra 2 e 5 cm.
N3	Metastasi con massa linfonodale superiore a 5 cm.

M	Significa metastasi in altri organi. Sono dette anche metastasi remote o a distanza.
M0	Assenza di metastasi a distanza.
M1	Metastasi in linfonodi non regionali (torace, collo) o metastasi polmonari (M1a) oppure in altri organi (fegato, cervello, ossa – M1b).

Classificazione S

Per la pianificazione della terapia si tiene conto, oltre alla classificazione TNM, anche dei marcatori

tumorali serici. I dosaggi possono variare dopo l'operazione e altre terapie per cui sono controllati regolarmente.

Marcatori tumorali serici

S Significa marcatore tumorale serico (vedi p. 13). Le lettere e le cifre aggiunte indicano la concentrazione dei marcatori nel sangue (quantità, intensità di reazione).

SX Dosaggi dei marcatori serici non disponibili o non eseguiti.

S0 Dosaggi dei marcatori serici nei limiti della norma.

S1-S3 Dosaggi dei marcatori serici da leggermente a molto elevati rispetto alla norma.

Suddivisione degli stadi

Per semplicità diremo che i tumori del testicolo possono essere suddivisi in tre stadi in base alla classificazione TNM e ai marcatori tumorali serici. Se si prendono in considerazione altri fattori (di rischio) abbiamo un'ulteriore suddivisione in sottostadi: anche questi rivestono importanza per la scelta della terapia e la prognosi.

Non possiamo qui dilungarci su ogni singolo stadio. Nel colloquio col medico le saranno esposti ampiamente tutti i dettagli.

Il medico la informerà anche in merito al cosiddetto re-staging (ri-stadiazione). Si tratta di una nuova

valutazione dello stadio della malattia durante e dopo la terapia. Se le cellule cancerose rispondono bene alla terapia si terrà conto della nuova situazione modificando la stadiazione.

Stadio I

Il tumore è limitato al testicolo e all'epididimo (pT1 a pT4).

I linfonodi non sono invasi (N0) o l'invasione non è accertabile.

Non sono accertabili metastasi a distanza (M0).

Non sono disponibili i dosaggi dei marcatori serici oppure i loro valori rientrano nella norma (SX, S0).

Stadio II

Diffusione del tumore da pTX a pT4.

Sono invasi uno o più linfonodi nella regione posteriore dell'addome (da N1 a N3).

Assenza di metastasi a distanza (M0).

I dosaggi dei marcatori serici sono normali o leggermente elevati (da S0 a S1).

Stadio III

Diffusione del tumore da pTX a pT4.

Linfonodi invasi (da N0 a N3).

Sono invasi linfonodi non regionali e/o sono accertabili metastasi a distanza in altri organi (M1).

Dosaggi dei marcatori tumorali da S0 a S3.

Se dopo un'operazione o una terapia i dosaggi dei marcatori tumorali sono immutati, si considererà la malattia nello stadio III anche se non sono accertabili metastasi; sussiste infatti in questo caso un rischio elevato di metastasi «occulte», cioè non accertabili.

Bene a sapersi

Le probabilità di guarigione dal cancro del testicolo sono buone in ogni stadio del tumore. Tuttavia la terapia in uno stadio precoce risulta meno aggressiva e molto più efficace ai fini della guarigione completa.

Non si può escludere la presenza di metastasi occulte anche nello stadio I. In base a vari dati si valuteranno i fattori di rischio e di prognosi e sarà eventualmente consigliata una terapia complementare (adiuvante) anche nello stadio I.



Indicazioni generali sulla terapia

- *I singoli metodi di cura sono descritti da pagina 28.*
- *Troverà altre informazioni sulla terapia del cancro del testicolo da pagina 36.*

La scelta della terapia dipende principalmente da questi fattori:

- > Tipo di tumore (seminoma, non seminoma)
- > Risultati dell'analisi del sangue (marcatori tumorali)
- > Stadio della malattia (vedi pp. 16 sgg.). Sono invasivi dei linfonodi? Quali? Si sono formate metastasi in altri organi?
- > Desideri particolari e opinioni del paziente

Possibilità terapeutiche

I principali metodi di cura sono i seguenti:

- > Asportazione del testicolo colpito (orchietomia)
- > Asportazione dei linfonodi (linfadenectomia retroperitoneale)
- > Terapia medicamentosa (chemioterapia)
- > Irradiazione dei linfonodi (radioterapia)

Si può applicare una sola di queste misure o combinarle. In caso di terapia combinata le singole misure possono applicarsi simultaneamente o una dopo l'altra. Lo scopo principale è l'eliminazione completa o il più possibile completa del tumore e di eventuali metastasi.

Gli scopi terapeutici

Il cancro del testicolo è una delle poche forme di cancro curabili nella generalità dei casi anche in uno stadio avanzato. La terapia del cancro del testicolo ha dunque sempre per scopo la guarigione. Prima si comincia la terapia, maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nei pochi casi in cui la guarigione completa non è più possibile si può fare in modo che il paziente non abbia praticamente disturbi per un periodo relativamente lungo.

Se non curato il cancro del testicolo ha quasi sempre esito letale.

I principi terapeutici

Terapia neoadiuvante/ preoperatoria

Con questo termine si definiscono le cure che precedono l'operazione e che hanno per fine la riduzione del tumore. Ciò faciliterà la completa asportazione del tumore.

Terapia adiuvante

(dal lat. adiuvarre = sostenere, aiutare)

Si definiscono adiuvanti le terapie applicate dopo l'operazione e che hanno per scopo l'eliminazione di eventuali cellule cancerose residue. Si riduce così il rischio di recidiva (ricomparsa del tumore) e di metastasi ed aumentano le probabilità di guarigione. Dopo l'orchietomia si applicano con relativa frequenza la chemioterapia o la radioterapia adiuvanti.

La scelta della terapia

La terapia è pianificata e monitorata a livello interdisciplinare. Ciò significa che l'urologo curante si avvale della collaborazione di specialisti in altre discipline (per es. oncologia medica, radio-oncologia, patologia) per individuare la migliore terapia possibile nel suo caso.

L'urologia è la branca specialistica medica che si occupa delle patologie a carico degli organi genitali maschili, dei reni, degli ureteri e della vescica.

L'oncologia medica applica la terapia medicamentosa (chemioterapia) mentre la radio oncologia applica la radioterapia ai tumori.

In patologia si esamina e definisce il tessuto prelevato.

Il suo parere conta

I medici optano per una terapia col suo accordo. Lei può porre domande in qualsiasi momento, riprendere su una decisione già presa o chiedere tempo per riflettere.

È meglio che lei discuta delle varie proposte di cura con i singoli specialisti. L'ideale sarebbe che uno specialista coordinasse i colloqui.

Forse si sentirà più tranquillo e sicuro se si farà accompagnare ai colloqui da un familiare o da una persona di sua fiducia.

Lei può anche coinvolgere nelle decisioni il suo medico di famiglia o chiedere il parere di un altro medico. Il medico curante non considererà questa richiesta come una mancanza di fiducia nei suoi riguardi: è un suo diritto che va rispettato.

Forse sentirà anche il bisogno di una consulenza psiconcologica. Nel colloquio con lo psiconcologo si considerano anche altri aspetti oltre a quelli medici, per es. lo stress psichico o problemi sociali.

Rifletta con calma su tutte le domande che ha in merito alla terapia:

- > La clinica è specializzata per il trattamento del cancro del testicolo?
- > Quali vantaggi e svantaggi comporta la terapia (anche in relazione alla qualità e alla speranza di vita)?
- > Esistono alternative alla terapia proposta?
- > Quali sono gli effetti indesiderati previsti? Sono passeggeri o permanenti? Ci sono cure per questi effetti?
- > Quali rischi comporta la terapia?
- > Che effetti avranno la malattia e le terapie sulla mia vita sessuale?
- > Potrà essere compromessa la fertilità?
- > Quali conseguenze avrà la terapia per la mia attività quotidiana, i rapporti con il mio ambiente, il mio benessere?
- > Quali effetti avrà l'eventuale rinuncia a certe terapie sulla mia speranza di vita e sulla qualità della vita?

Gli effetti indesiderati

La comparsa e la gravità degli effetti indesiderati variano da individuo a individuo. Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi in corso di trattamento e scomparire in seguito spontaneamente; altri effetti si manifestano solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia. Gran parte degli effetti indesiderati scompare dopo alcuni giorni, talvolta invece dopo settimane o mesi.

Molti effetti indesiderati possono essere oggi attenuati con misure mediche o infermieristiche e risultare così meno molesti. È però assolutamente necessario che lei comunichi all'équipe curante i suoi disturbi.

Importante

- > Alcuni effetti collaterali come dolori e nausea sono prevedibili. Per alleviarli le saranno prescritti fin dall'inizio, a seconda della terapia prescelta, determinati farmaci di accompagnamento (vedi p. 31). Si attenga scrupolosamente alle prescrizioni mediche.
- > Prima di assumere dei medicinali di sua scelta si consulti sempre con l'équipe curante.

Ciò vale anche per pomate, medicinali di medicina complementare, lozioni ecc. Anche prodotti «naturali» e apparentemente innocui possono essere controindicati per la terapia.

- > Nel caso insorgano dolori, eviti di sopportarli stoicamente in silenzio e ne parli col medico. I dolori da cancro possono essere sempre attenuati e spesso eliminati del tutto.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi pp. 44 sg.) illustrano le terapie antitumorali più comuni, gli effetti della malattia e delle terapie e offrono utili indicazioni per meglio convivere con la malattia.

Gli effetti sulla sessualità e la fertilità

La diagnosi di cancro del testicolo solleva non soltanto la questione delle possibilità di guarigione. Molti pazienti si chiedono anche se e in che misura la malattia e la cura avranno ripercussioni sulla sessualità e la facoltà procreativa.

L'asportazione del testicolo malato è praticamente necessaria in tutti i casi. Tuttavia può stare tranquillo: l'intervento non avrà effetti negativi sulla sessualità e la fertilità.

Il testicolo controlaterale è sufficiente per preservare la funzione sessuale, sempreché esso sia sano. Conserverà dunque la potenza sessuale, avrà anche in futuro erezioni, eiaculazioni e orgasmi.

Se però devono essere asportati dei linfonodi sussiste un certo rischio di lesione dei nervi che regolano l'eiaculazione (vedi «Linfadenectomia», p. 29).

In caso di chemioterapia, e parzialmente anche di radioterapia, lo sviluppo e la qualità delle cellule seminali risultano ridotti per un certo periodo, da alcuni mesi ad alcuni anni (vedi pp. 29 sg.). Durante queste terapie e anche dopo è assolutamente necessario ricorrere alla contraccezione.

In seguito è in genere possibile procreare, a condizione però che la capacità procreativa non fosse già limitata prima che insorgesse la malattia. Per far chiarezza in merito si effettua uno spermio-gramma (vedi p. 14).

Affronti l'argomento col suo medico prima dell'operazione e prima di sottoporsi ad altre terapie.

Forse in questo momento la questione dei figli non riveste importanza per lei oppure ritiene che la sua capacità procreativa sarà preservata. Tuttavia le consigliamo la conservazione dello sperma perché non si possono prevedere con assoluta certezza l'evoluzione della malattia e l'esito delle terapie.

Conservazione dello sperma o del tessuto testicolare

Oggi è possibile congelare lo sperma e depositarlo per anni in una banca del seme senza comprometterne la vitalità. Il procedimento di congelazione è detto «crioconservazione».

In alternativa a questo metodo si può asportare chirurgicamente tessuto testicolare e congelarlo. Più tardi se ne potranno estrarre spermatozoi. Questo procedimento è detto «estrazione testicolare dello sperma» (TESE). Vi si ricorre se si costata assenza di spermatozoi nel liquido seminale (azoospermia).

Qualora non possa essere ripristinata la capacità procreativa questi metodi permetteranno più tardi di avere un figlio mediante la procreazione assistita.

L'assicurazione malattia di base non è obbligata a sostenere le spese di conservazione del seme. Tuttavia si consiglia di affrontare l'argomento direttamente con la cassa malati, valendosi eventualmente del sostegno del proprio medico. Può darsi che la cassa malati contempli delle eccezioni nei suoi regolamenti.

La qualità del seme di chi è colpito dal cancro del testicolo risulta parzialmente insufficiente già prima della diagnosi. Per questa ragione si effettua uno spermioγραμμα prima della crioconservazione (vedi p. 14).

Altre informazioni ...

... sugli effetti del cancro del testicolo e delle relative terapie sulla sessualità, nonché sul modo di affrontare tali effetti, si troveranno nell'opuscolo «Il cancro e la sessualità maschile» (vedi p. 44). È bene sapere, specialmente per la partner, che il cancro non è contagioso. Durante i rapporti sessuali e gli scambi di effusioni le cellule cancerose non «salteranno» su di lei.



La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica sviluppa in continuazione nuovi approcci e metodi di cura. Nell'ambito di studi clinici si esamina, assieme ai pazienti, se grazie alle innovazioni sia possibile migliorare l'efficacia e la tollerabilità di terapie già consolidate.

Si spera che i pazienti traggano beneficio dalle nuove forme di terapia, ad esempio un prolungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia, meno dolori ecc.

Alcuni pazienti che acconsentono a farsi curare nel quadro di uno studio clinico, pensano anche ai possibili benefici per le persone che si ammaleranno di cancro dopo di loro.

Può darsi che le venga proposto di effettuare tutta o parte della terapia nel quadro di un tale studio clinico. Può anche informarsi lei direttamente su studi attuali in corso.

La partecipazione a uno studio clinico è volontaria: può decidere in maniera autonoma di parteciparvi o no. Anche dopo aver dato il suo assenso può sempre cambiare idea.

Solo in un colloquio personale col suo medico potrà chiarire quali vantaggi e rischi potrebbe avere nel suo caso la partecipazione a uno studio clinico.

Più ampie informazioni si trovano nell'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 45).

Metodi terapeutici

- *Non tutti i metodi descritti si applicano in un singolo caso.*
- *Da pagina 36 potrà leggere quando viene applicato quale metodo.*

Asportazione del testicolo (orchietomia)

Nell'intervento di orchietomia (dal gr. orchis = testicolo) si asportano attraverso un'incisione inguinale il testicolo malato, l'epididimo e il funicolo spermatico. Questa operazione è detta anche ablazione del testicolo (ablatio testis). L'intervento dura circa un'ora e si effettua in anestesia generale o locale.

Protesi testicolo

Su richiesta del paziente può essere inserita nello scroto una protesi di silicone al posto del testicolo asportato. Ciò può essere fatto immediatamente dopo l'orchietomia.

Spesso però si consiglia di attendere i risultati degli altri esami per sapere se sono necessarie altre terapie. In questo caso si procederà all'inserimento della protesi in un secondo momento. Allo scopo sarà necessario un piccolo intervento chirurgico. L'urologo ne discuterà con lei.

Il tessuto prelevato è esaminato dal patologo. Nell'occasione si accerta anche il tipo di tumore (seminoma o non seminoma, vedi pp. 9 sg.). I risultati sono disponibili in genere dopo un paio di giorni.

Qualora non sia chiaro se il tumore sia maligno si esaminerà il tessuto durante l'operazione: si parla in questo caso di esame istologico estemporaneo intraoperatorio. Se il tessuto tumorale è benigno si asporta di solito solo il tumore, non il testicolo (vedi «Biopsia», p. 14).

Durante l'intervento chirurgico si effettua talvolta anche un piccolo prelievo di tessuto dall'altro testicolo per essere sicuri che non siano presenti precursori tumorali (cosiddetti TIN, vedi p. 11). Il rischio che si sviluppi un giorno il cancro anche nell'altro testicolo è però basso: si situa intorno al 5%.

L'orchietomia non compromette praticamente mai le funzioni erettile, orgasmica e procreativa. In genere l'altro testicolo produce una quantità sufficiente di spermatozoi e di testosterone (vedi anche p. 24).

Asportazione dei linfonodi (linfadenectomia retroperitoneale)

- *Da pagina 36 è spiegato se e in quali casi sia opportuna la linfadenectomia e quali alternative ci siano a questo intervento.*

Prima o poi dovranno essere eventualmente asportati chirurgicamente determinati linfonodi situati nella regione posteriore dell'addome, il cosiddetto retroperitoneo: ciò dipenderà dai risultati degli esami diagnostici per immagini (vedi pp. 13 sg.) e da altri fattori. Questo intervento è detto linfadenectomia retroperitoneale (RPLA).

Si parla di resezione o asportazione del tumore residuo quando si riscontrano residui tumorali nei linfonodi dopo la chemioterapia. È necessario asportarli chirurgicamente.

Possibili conseguenze dell'operazione

Per quanto scrupolosa sia l'applicazione della tecnica operatoria, può succedere che durante la linfadenectomia siano lesi o recisi i nervi che regolano l'eiaculazione. Il liquido seminale si riversa allora nella vescica (eiaculazione retrograda), fatto che limita la capacità procreativa.

In molti casi però è oggi possibile, almeno nei centri specializzati, operare in modo da escludere il più possibile una lesione dei nervi. Ad ogni modo in caso di cancro del testicolo si dovrebbe conservare il seme prima di sottoporsi a qualsiasi tipo d'intervento e terapia (vedi p. 25).

Legga anche le indicazioni generali da pagina 21.

Le terapie medicamentose

- *Da pagina 36 è spiegato se e in quali casi sia opportuna la linfadenectomia e quali alternative ci siano a questo intervento.*

Chemioterapia (citostatici)

Con questo termine si indica un trattamento con medicinali che distruggono o inibiscono lo sviluppo delle cellule, i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula e *statikós* = arresto).

A differenza dell'irradiazione (radio-terapia), che aggrredisce direttamente il tumore e ha effetto locale, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso i vasi sanguigni.

I citostatici inibiscono la divisione delle cellule a crescita rapida e quindi la loro proliferazione. È così possibile eliminare o ridurre residui tumorali ancora presenti e limitare la crescita delle metastasi.

Tuttavia questi farmaci danneggiano anche le cellule a crescita rapida sane, per es. le cellule del sistema emopoietico (in cui si produce il sangue), le cellule dei follicoli piliferi e delle mucose (di bocca, stomaco e intestino), le cellule seminali e degli ovociti.

La lesione involontaria delle cellule sane è la causa principale di vari effetti collaterali della chemioterapia.

Mentre le cellule cancerose irradiate muoiono, quelle sane in genere si riprendono, per cui al termine della terapia gli effetti secondari pian piano scompaiono.

Altre informazioni ...

... sulle terapie a base di farmaci antitumorali e sul modo di affrontare gli effetti collaterali si troveranno nell'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 44).

Vasta gamma di citostatici

Si utilizzano citostatici specifici per ogni tipo di cancro: ve ne sono più di cento. In caso di cancro del testicolo si applica, in base alla valutazione del rischio (vedi pp. 18 sg.), o la monochemioterapia (ricorso a un solo citostatico) o la polichemioterapia (utilizzo di tre farmaci al massimo).

La chemioterapia si applica dopo l'orchietomia nella generalità dei casi (vedi p. 28): è dunque una terapia adiuvante.

La chemioterapia prima dell'orchietomia è indicata unicamente in presenza di metastasi in altri organi. Lo scopo è di eliminare subito il maggior numero possibile di cellule cancerose.

I citostatici si somministrano mediante infusione. La terapia si effettua in vari cicli con una pausa tra un ciclo e l'altro. Ciò permette alle cellule sane aggredite dai citostatici di riprendersi.

Possibili effetti collaterali

- > Anemia (pallore, stanchezza, calo del rendimento, più elevato rischio d'infezioni ed emorragie)
- > Nausea, disturbi gastro-intestinali

- > Ridotta produzione e qualità degli spermatozoi
- > Caduta dei capelli
- > Infiammazione della mucosa orale (mucosite)
- > Disturbi dell'udito, ronzii, fruscii (tinnitus)
- > Insufficienza renale
- > Ristagno della corrente sanguigna nelle dita delle mani e dei piedi accompagnata talvolta da forti dolori (sindrome di Raynaud)

Legga anche le indicazioni generali da pagina 21.

Chemioterapia ad alto dosaggio

Una chemioterapia ad alto dosaggio può essere presa in considerazione se al momento della diagnosi il cancro è già in uno stadio avanzato o se il normale dosaggio dei citostatici non riesce ad eliminare tutte le cellule cancerose.

Le chemioterapie ad alto dosaggio richiedono la degenza ospedaliera e si applicano in centri specializzati. I pazienti e i loro familiari vengono informati dell'utilità e dei rischi della terapia.

Troverà altre informazioni nell'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 44).

Medicamenti di accompagnamento

Per combattere i sintomi legati alla malattia o alle terapie, come febbre e infezioni, anemia e dolori, il medico può prescrivere diversi altri farmaci o terapie – anche a scopo preventivo:

- > Medicamenti contro la nausea e il vomito
- > Collutori o spray contro le afte nella bocca
- > Antibiotici contro le infezioni batteriche
- > Antimicotici (contro i funghi)
- > Antidolorifici (vedi anche l'opuscolo «Vivere con il cancro, senza dolore», p. 44)
- > Trasfusioni di sangue o farmaci (eritropoietina) in caso di anemia o trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia
- > In caso di forte calo dei globuli bianchi: farmaci che stimolano la produzione di questi globuli
- > Preparati cortisonici contro vari disturbi

La radioterapia

- *Da pagina 36 è spiegato quando è indicata la radioterapia, in quali casi si applica e quali sono le alternative.*

La radioterapia danneggia gravemente le cellule cancerose così da impedirne la divisione e la proliferazione. Le cellule cancerose irradiate muoiono.

I raggi possono però aggredire anche le cellule sane e provocare temporaneamente effetti collaterali. Tuttavia le cellule sane generalmente si riprendono sempre, al contrario delle cellule cancerose.

In caso di cancro del testicolo la radioterapia si applica soltanto ai seminomi. I non seminomi non rispondono a questa terapia.

La radioterapia si applica nel reparto di radio oncologia. I pazienti si sottopongono alla terapia cinque volte la settimana per due settimane. L'applicazione stessa dura circa dieci minuti, ma le istruzioni e i preparativi richiedono più tempo.

I raggi attraversano la pelle (radioterapia percutanea) e sono diretti con precisione sui gruppi di linfonodi e sulle vie linfatiche deferenti che sono eventualmente invasi dal cancro.

La regione da irradiare viene prima delimitata esattamente con l'ausilio della tomografia computerizzata. Si calcola poi la dose di raggi e il punto in cui essi devono esercitare la loro azione. Questi preparativi sono necessari per risparmiare il più possibile gli organi vicini.

Possibili sintomi indesiderati

- > Secchezza o arrossamento della pelle irradiata
- > Nausea, vomito, diarrea
- > Stanchezza

Legga anche le indicazioni generali da pagina 23.

Altre informazioni ...

... sulle irradiazioni e su come affrontare gli effetti collaterali si troveranno nell'opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 44).

Sorveglianza attiva (active surveillance)

- *Da pagina 36 è spiegato se e in quali casi è possibile e opportuno rinunciare temporaneamente a una terapia complementare senza pregiudicare le possibilità di guarigione.*

In uno stadio precoce – quando il cancro è limitato al testicolo e il rischio di una sua diffusione ai linfonodi e di formazione di metastasi a distanza è ritenuto basso – si può eventualmente rinunciare a terapie complementari dopo l'orchietomia. Gli specialisti parlano di «sorveglianza attiva» («active surveillance»).

Se si opta per la sorveglianza attiva saranno necessari controlli medici regolari e assidui per vari anni.

Altre terapie si applicheranno soltanto in caso di recidiva (ricomparsa del tumore) o se si formassero metastasi.

Per i pazienti la «sorveglianza attiva» significa che ...

- > ... non saranno esposti in questo periodo allo stress e agli effetti collaterali di una terapia;
- > ... dovranno tuttavia sottoporsi a regolari controlli medici (tomografia computerizzata, prelievi di sangue ecc.) necessari per poter riconoscere per tempo eventuali progressi della malattia e cominciare subito una terapia;
- > ... dovranno sopportare un certo stress psichico perché non possono intraprendere «niente» contro una malattia potenzialmente pericolosa.

Valuti con il medico il pro e il contro di questa opzione di trattamento. Se si decide per un regime di sorveglianza attiva deve assolutamente sottoporsi regolarmente ai controlli anche se non accusa alcun disturbo.



La medicina complementare

Numerosi malati di cancro ricorrono, oltre alle tradizionali terapie mediche, anche ai metodi complementari di cura. Complementari significa che tali metodi completano la terapia medica classica.

Alcuni di questi metodi possono contribuire a migliorare il benessere e la qualità della vita. Normalmente sono inefficaci contro il tumore stesso.

Alcuni metodi vengono applicati anche in alternativa, cioè in sostituzione della terapia antitumorale tradizionale. La Lega contro il cancro lo sconsiglia. Troverà maggiori informazioni in merito nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 44).

Parli con il suo medico, la sua équipe curante o il suo medico di famiglia se intende ricorrere a una terapia di medicina complementare o lo sta già facendo. È il modo migliore per chiarire se e quali metodi potrebbero essere utili nel suo caso senza compromettere l'effetto della terapia antitumorale raccomandata dall'équipe medica.

Comunque non usi preparati della medicina complementare senza avvisare prima il medico. Anche se apparentemente innocui possono essere inconciliabili con la terapia antitumorale ed essere dunque controindicati.

Terapia del cancro del testicolo

La terapia del cancro del testicolo – seminoma o non seminoma – prevede di solito innanzi tutto l’asportazione del testicolo malato (vedi p. 28, «Orchiectomia»).

Le successive terapie dipendono dal tipo di tumore (seminoma, non seminoma), dallo stadio della malattia, dai dosaggi dei marcatori serici e da altri fattori evidenziati dagli esami.

I fattori da considerare variano da paziente a paziente. Troverà quindi di seguito soltanto lo schema generale della terapia. Il suo medico discuterà con lei di tutti i particolari.

La terapia del seminoma

- *Vedi anche le indicazioni generali da pagina 21.*
- *Troverà altre informazioni sugli stadi della malattia da pagina 16.*
- *I singoli metodi terapeutici sono descritti da pagina 28.*

Stadio I

Dopo l’orchiectomia si può eventualmente rinunciare dapprima, fino a nuovi sviluppi, a una terapia complementare (la cosiddetta terapia adiuvante). Sono però assolutamente necessari regolari e frequenti esami di controllo (sorveglianza attiva).

Si applicherà una terapia soltanto in caso di ricomparsa di cellule tumorali. In base agli studi fatti, questa modalità di trattamento offre in genere le stesse probabilità di guarigione dell’immediata applicazione di una terapia.

In presenza di determinati fattori di rischio, per es. dimensioni del tumore di oltre 4 cm o invasione della rete testis (vedi figura a p. 8), si consiglia dopo l’orchiectomia l’irradiazione della regione di deflusso della linfa o una chemioterapia con un solo citostatico (monochemioterapia).

In tal modo si elimineranno cellule cancerose occulte, prevenendo così la ricomparsa del tumore.

In merito alla riduzione del tasso di recidiva (rischio di ricaduta) la chemioterapia e la radioterapia sono considerate oggi ugualmente efficaci per combattere il seminoma.

Stadio II e III

Se sono invasi solo pochi linfonodi della regione addominale e se le metastasi linfonodali non superano i 5 cm, dopo l'orchietomia si applicheranno la radioterapia o la chemioterapia.

Se sono invasi più linfonodi e le metastasi sono di dimensioni superiori si applicherà una chemioterapia con tre diversi citostatici (polichemioterapia).

La polichemioterapia è anche la terapia preferibile in caso d'invasione dei linfonodi non regionali e/o se si sono formate metastasi in altri organi.

In caso di diffusa metastatizzazione a distanza o di recidiva potrà essere presa in considerazione una chemioterapia ad alto dosaggio nel quadro di uno studio clinico.

La terapia del non seminoma

- *Vedi anche le indicazioni generali da pagina 21.*
- *Troverà altre informazioni sugli stadi della malattia da pagina 16.*
- *I singoli metodi terapeutici sono descritti da pagina 28.*

Stadio I

In questo stadio dopo l'orchietomia si può eventualmente rinunciare, fino a nuovi sviluppi, a una terapia complementare (la cosiddetta terapia adiuvante). Sono però assolutamente necessari regolari e frequenti esami di controllo (sorveglianza attiva).

Ciò è possibile soprattutto se il cancro è limitato al testicolo e all'epididimo e non ha ancora infiltrato i vasi sanguigni e linfatici.

In questo caso la terapia si applicherà soltanto se ricompariranno effettivamente cellule cancerose.

In caso di non seminoma sussiste un rischio elevato (circa il 30%) di infiltrazione dei linfonodi regionali addominali, anche se ciò non può essere in un primo momento accertato. Il rischio varia da paziente a paziente e deve essere quindi



valutato individualmente in base a determinati fattori.

Se il tumore ha infiltrato i vasi sanguigni e linfatici si consiglia una chemioterapia con tre diversi citostatici (polichemioterapia).

Solo in casi eccezionali, per es. se il paziente rifiuta dapprima la chemioterapia, si prenderà eventualmente in considerazione come alternativa l'asportazione chirurgica dei linfonodi regionali (linfadenectomia retroperitoneale).

Tuttavia, se dopo l'asportazione i linfonodi risultassero effettivamente invasi da cellule cancerose, si dovrebbe lo stesso applicare la chemioterapia.

Stadio II e III

Se sono invasi solo pochi linfonodi della regione addominale e se le metastasi linfonodali non superano i 5 cm, dopo l'orchietomia si applicherà una chemioterapia con tre diversi citostatici (polichemioterapia).

Se i dosaggi dei marcatori serici non sono elevati («S0», vedi p. 18) invece di una chemioterapia possono essere prima asportati determinati gruppi di linfonodi del retroperitoneo. Essi saranno esaminati per vedere se sono presenti cellule cancerose (linfadenectomia retroperitoneale diagnostica).

Se dopo la chemioterapia è ancora presente tessuto linfonodale esso dovrà essere asportato (linfadenectomia retroperitoneale post-chemioterapia).

Se al momento della diagnosi risulta che sono già invasi linfonodi non regionali e/o sono presenti metastasi in altri organi, si prende talvolta in considerazione una chemioterapia con tre diversi citostatici (polichemioterapia) come terapia neoadiuvante (preoperatoria).

Solo in caso di ricomparsa del tumore (recidiva) è indispensabile il ricorso alla chemioterapia ad alto dosaggio.

Il post-trattamento e la riabilitazione

Una volta conclusa la terapia le saranno consigliati regolari esami di controllo. Per quanto possibile i controlli dovrebbero essere coordinati dal centro oncologico in cui è stata effettuata la terapia.

Tali esami sono importanti ed hanno tra l'altro lo scopo di individuare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura.

I disturbi non sono solo fisici. Anche le difficoltà di natura psichica, professionale o sociale sono pesanti. In caso di bisogno può senz'altro richiedere una consulenza psiconcologica o psicosociale (vedi «Appendice»). Ciò può favorire la riabilitazione.

Scopo degli esami è tra l'altro di riconoscere e curare tempestivamente un'eventuale recidiva, un altro tumore o delle metastasi.

Dopo la terapia del cancro del testicolo il medico le proporrà di sottoporsi nei primi anni a un controllo a intervalli regolari, per esempio ogni mese, oppure ogni due tre o quattro mesi.

In seguito gli esami di controllo potranno effettuarsi a intervalli maggiori, per esempio ogni anno o ogni due anni.

La frequenza degli esami di controllo dipende dal tipo di tumore (seminoma, non seminoma), dallo stadio della malattia, dalle terapie e dal suo stato di salute.

Non esiti a rivolgersi subito al medico all'insorgere di sintomi e disturbi di qualsiasi genere: non aspetti il successivo controllo.

Convivere con il cancro

Oggi giorno le persone con una diagnosi di cancro vivono in genere più a lungo e godono di una qualità di vita migliore di un tempo. Spesso, tuttavia, le terapie sono lunghe e pesanti. Alcuni riescono a conciliare le terapie con la loro abituale routine quotidiana. Per altri invece ciò non è possibile.

Ascoltare se stessi

Si prenda tempo per adattarsi alle mutate circostanze. Cerchi di capire cosa contribuisce a migliorare la sua qualità di vita.

Questi interrogativi potrebbero aiutarla a fare più chiarezza:

- > Cosa conta di più per me in questo momento?
- > Di cosa ho bisogno?
- > Come posso ottenere ciò di cui ho bisogno?
- > Chi potrebbe aiutarmi?

Una volta concluse le terapie non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Per orientarsi è importante rendersi conto di quali sono le proprie esigenze. A tale proposito trova utili informazioni in questo opuscolo, specialmente in appendice.

Comunicare con gli altri

Così come ognuno affronta a modo suo le questioni esistenziali, ogni paziente ha il proprio modo di vivere la malattia. Gli atteggiamenti possono essere i più disparati e spaziare da «andrà tutto bene», a «basta che tutto vada bene», fino a «ormai non c'è più niente da fare», «sento che debbo morire».

Il cancro incute paura, indipendentemente dalla prognosi. Alcuni non vogliono o non osano parlare delle proprie angosce, inquietudini e preoccupazioni. Altri invece sentono il bisogno di confidarsi con qualcuno. Altri ancora si aspettano che siano gli altri a rompere il ghiaccio e sono delusi se ciò non accade. Non ci sono regole valide per tutti. Ciò che una data persona considera utile, agli occhi di un'altra può apparire del tutto sconveniente.

Chiedere aiuto

Non esiti a usufruire delle molteplici offerte di sostegno. Chieda consiglio al suo medico o all'equipe curante. Le saranno proposte e prescritte misure di sostegno riconosciute dalla cassa malati.

La lega cantonale contro il cancro e il servizio sociale dell'ospedale sono al suo servizio per questioni psicosociali e per domande riguardanti la riabilitazione oncologica.



Appendice

Chieda consiglio

Équipe curante

L'équipe curante può consigliare cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Rifletta anche lei su possibili misure in grado di migliorare la sua qualità di vita e di favorire la sua riabilitazione.

Se lo ritiene opportuno, chieda di poter usufruire di una consulenza psiconcologica. Uno psiconcologo è una figura professionale appositamente formata per poter offrire sostegno psicologico ai malati di cancro e ai loro familiari.

Lega cantonale contro il cancro

Le leghe cantonali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per risolvere problemi organizzativi, aiuti finanziari in situazioni di disagio economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito giuridico. Informano su diritti a varie prestazioni e aiutano a ottenerle. Forniscono materiale informativo. Organizzano gruppi di auto-aiuto e corsi.

Anche chi sente di aver bisogno di sostegno psiconcologico può rivolgersi alla lega cantonale contro il cancro.

Linea cancro 0800 11 88 11

Le operatrici specializzate della Linea cancro sono pronte ad ascoltarla, rispondono a qualsiasi domanda sul cancro e sulle terapie e, all'occorrenza, la indirizzano a centri d'eccellenza, associazioni di categoria ecc. Le chiamate e le consulenze sono gratuite.

Guida cancro

La «Guida cancro» della Lega contro il cancro è un albo virtuale per la divulgazione di servizi psicosociali offerti in Svizzera: www.legacancro.ch/guidacancro. Il

sito informa su corsi, servizi di consulenza ecc. volti a salvaguardare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari e a facilitare loro la convivenza con il cancro nella quotidianità.

Altri malati di cancro

Piattaforme virtuali di scambio

Chi sente l'esigenza di condividere le proprie esperienze legate alla malattia può usufruire della piattaforma virtuale di scambio, moderata dalle operatrici della Linea cancro www.forumcancro.ch.

Anche l'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC) ha aperto un forum di discussione per i pazienti e i loro familiari: <http://forumtumore.aimac.it>.

Gruppi di auto-aiuto

Inoltre partecipando agli incontri dei gruppi di auto-aiuto si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto, può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Può essere utile confrontare il proprio modo di far fronte a determinate situazioni con le modalità di gestione della malattia o del lutto adottate da altri.

Ognuno deve comunque fare le proprie esperienze e scegliere le strategie più consone alla propria personalità. Non c'è, in effetti, un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia.

Servizi di assistenza e di cura a domicilio o Spitex

In diversi cantoni sono operativi servizi di assistenza e di cura a domicilio o Spitex specializzati nella presa a carico di pazienti oncologici. Per conoscerne i recapiti, prenda contatto con la lega cantonale contro il cancro.

È possibile fare capo a queste organizzazioni in ogni fase della malattia. Infermiere abilitate possono renderle visita a domicilio durante e dopo i cicli di terapia per consigliarla, fra l'altro, su possibili misure lenitive in caso di effetti indesiderati.

Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute ovvero che il farmaco figuri nel cosiddetto Elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Chieda al suo medico curante di informarla compiutamente a tale proposito.

Sono coperte anche le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 27) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Le nuove terapie in generale sono invece soggette a restrizioni.

L'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) e le assicurazioni integrative non garantiscono la copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze. Verifichi la sua copertura assicurativa prima di sottoporsi a qualsiasi terapia oppure chieda alla sua équipe curante o alla lega contro il cancro del suo Cantone di residenza di farlo per lei.

Legga anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 45).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- > **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- > **La radioterapia**

> **Vivere con il cancro, senza dolore**

> **Fatica e stanchezza**

Individuare le cause, trovare delle soluzioni

> **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**

Suggerimenti e consigli da capo a piedi

> **Difficoltà di alimentazione e cancro**

> **Il cancro e la sessualità maschile**

> **Il linfedema e il cancro**

Informazioni per i pazienti per la prevenzione e le cure

> **Alternativi? Complementari?**

Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia

> **Attività fisica e cancro**

Riacquistare fiducia nel proprio corpo

> **Accompagnare un malato di cancro**

Una guida per familiari e amici

> **Come aiutare il proprio bambino?**

Quando mamma o papà si ammala di cancro

> **Scoprire nuovi orizzonti –
Seminari di riabilitazione**

Programma di corsi della Lega contro il cancro

> **Rischio di cancro ereditario**

Una guida per le famiglie in cui le malattie tumorali sono frequenti

> **Krebs – von den Genen zum Menschen/Le cancer – des gènes à l'homme**

Un CD-ROM che illustra l'origine e il trattamento delle malattie tumorali (fr. 25.–, più spese di spedizione). Non disponibile in italiano.

- > **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- > **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**
- > **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
Guida e modulo da compilare (fr. 18.-); download gratuito da: www.legacancro.ch/direttiveanticipate

Modalità di ordinazione

- > Lega cantonale contro il cancro
- > Telefono 0844 85 00 00
- > shop@legacancro.ch
- > www.legacancro.ch/opuscoli

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli trova tutte le pubblicazioni ottenibili presso la Lega contro il cancro. Le pubblicazioni sono per la maggior parte gratuite e vengono inviate per posta o possono essere scaricate da Internet. Sono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla lega del suo Cantone di residenza. Ciò è possibile soltanto grazie ai generosi donatori.

Opuscoli di altre organizzazioni

«Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico», reperibile presso il Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro (SAKK), telefono 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch.

Internet

(in ordine alfabetico)

Italiano

www.aimac.it → tipi di tumore → testicolo.
Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici.

www.airc.it/conoscere-il-cancro.asp → testicoli.

Associazione italiana per la ricerca sul cancro.

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

Informazioni, opuscoli e link della Lega svizzera contro il cancro.

www.legacancro.ch/guidacancro

Albo virtuale per servizi psicosociali.

www.legacancro.ch/migranti

Schede informative in albanese, portoghese, serbo-croato-bosniaco, spagnolo, turco e in parte anche in inglese su alcuni frequenti tipi di cancro e sulla prevenzione. La varietà degli argomenti e delle lingue sarà via via ampliata.

www.legacancro-ti.ch

Lega ticinese contro il cancro.

Inglese

www.cancer.org → Learn about Cancer → Select a Cancer Type → Testicular Cancer. American Cancer Society.

www.cancer.gov/cancertopics → Types of cancer → Testicular Cancer.

National Cancer Institute USA.

www.macmillan.org.uk/cancerinformation → About cancer → Search by cancer type → Testicular Cancer.

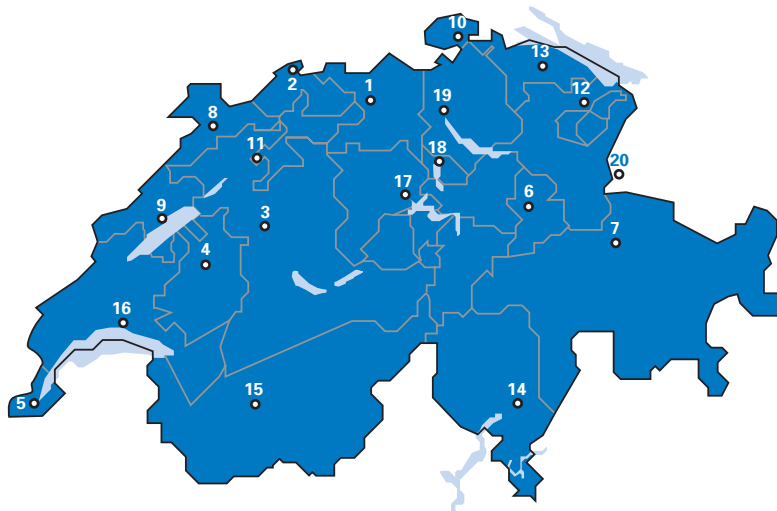
A non-profit cancer information service.
www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines

European Association of Urology guidelines on testicular cancer.

Fonti

La Lega svizzera contro il cancro attinge alle pubblicazioni e ai siti Internet menzionati in questo opuscolo quali fonti d'informazione. I siti indicati corrispondono a grandi linee ai criteri di qualità della Health On the Net Foundation e sono pertanto conformi al cosiddetto standard HONcode (www.hon.ch/HONcode/Italian).

Consulenza e aiuto – la Lega contro il cancro nella sua regione



1 **Krebsliga Aargau**

Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 **Krebsliga beider Basel**

Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 **Bernische Krebsliga**

Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 **Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg**

Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 **Ligue genevoise contre le cancer**

17, boulevard des Philosophes
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 **Krebsliga Glarus**

Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
www.krebssliga-glarus.ch
PK 87-2462-9

7 **Krebsliga Graubünden**

Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 **Ligue jurassienne contre le cancer**

Rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

- 9 Ligue neuchâtoise contre le cancer**
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
b.hofmann@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7
- 12 Krebsliga St. Gallen-Appenzell**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1
- 13 Thurgauische Krebsliga**
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4
- 14 Lega ticinese contro il cancro**
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis**
Siège central:
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2
- 16 Ligue vaudoise contre le cancer**
Place Pépinet 1, 1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0
- 17 Krebsliga Zentralschweiz**
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5
- 18 Krebsliga Zug**
Alpenstrasse 14, 6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6
- 19 Krebsliga Zürich**
Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5
- 20 Krebshilfe Liechtenstein**
Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Legga svizzera contro il cancro

Effingerstrasse 40
Casella postale 8219
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
Fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Linea cancro

Tel. 0800 11 88 11
(chiamata gratuita)
lunedì-venerdì
ore 10.00-18.00
helpline@legacancro.ch

Forum

www.forumcancro.ch,
piattaforma virtuale della
Legga contro il cancro

Guida cancro

www.legacancro.ch/guida-
cancro, albo virtuale della
Legga contro il cancro per
la pubblicazione di offerte
psicosociali di sostegno
(corsi, consulenze ecc.)
in Svizzera

Linea stop tabacco

Tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto
(rete fissa)
lunedì-venerdì
ore 11.00-19.00

Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/
opuscoli

Siamo molto grati del suo sostegno.

Fornito dalla sua lega contro il cancro: