

# Tumori del testicolo

## Tumori del testicolo

### Epidemiologia

Il tumori testicolari rappresentano l'1-1,5% circa di tutte le neoplasie maschili e il 5% dei tumori urologici. L'incidenza è in aumento in tutto il mondo, ma in modo particolare nei paesi industrializzati. Queste neoplasie colpiscono prevalentemente soggetti tra i 18 e i 35 anni e rappresentano il tumore più frequente in questa fascia d'età.

Nel 95% dei casi si tratta di tumori che originano dalle cellule germinali (quelle che danno origine agli spermatozoi) ed è piuttosto frequente una caratteristica alterazione genetica a carico del cromosoma 12.

L'interessamento bilaterale non è frequente, ma neppure raro, attestandosi attorno al 5% dei casi.

### Fattori di rischio

- Criptorchidismo (testicolo non disceso nello scroto)
- Sindrome di Klinefelter
- Ipotrofia testicolare
- Familiarità

### Sintomi

Nella maggior parte dei casi il tumore si manifesta come la comparsa di un nodulo duro e non dolente alla palpazione a carico di un testicolo.

In genere il paziente si rivolge al medico perché ha notato la presenza di una tumefazione scrotale di nuova insorgenza. In questo senso è estremamente importante raccomandare l'auto-palpazione periodica dei testicoli fin dall'adolescenza e la pronta segnalazione al proprio medico di qualsiasi anomalia. La diagnosi precoce di questi tumori è infatti strettamente correlata alla

possibilità di guarigione.

Nel 10% dei casi la lesione è associata a dolore testicolare o a disturbi eterogenei e variabili, già ascrivibili a una sua localizzazione metastatica. Solo nel 5% dei casi si associa a ginecomastia (sviluppo della mammella maschile).

## AUTOPALPAZIONE DEL TESTICOLO



### Diagnosi

L'**esame obiettivo** da parte dello specialista urologo e l'esecuzione di un'**ecografia scrotale** permetteranno di eseguire una corretta diagnosi differenziale con altre patologie benigne dello scroto (epididimite acuta o cronica, idrocele, cisti dell'epididimo), aiutando a confermare la diagnosi di tumore testicolare.

Le successive fasi diagnostiche, che porteranno alla definizione istologica del tumore e alla sua stadiazione, cioè la determinazione delle sue caratteristiche e della sua estensione, avviene attraverso:

- 1) il dosaggio ematico di alcuni **marcatori tumorali** specifici e sensibili ( $\alpha$ -fetoproteina e  $\beta$ -HCG);
- 2) l'**orchifunicolectomia** (asportazione del testicolo eseguita per via inguinale, che permette la rimozione del tumore primitivo e la valutazione istologica);
- 3) **TC torace-addome**, al fine di poter identificare la presenza di eventuali localizzazioni secondarie linfonodali o a carico di altri organi. Infatti le cellule tumorali del testicolo sono caratterizzate da una rapida crescita che comporta un elevato rischio di precoce disseminazione secondaria. Questa può avvenire per via linfatica, con coinvolgimento dei linfonodi retroperitoneali (situati a ridosso della parete posteriore della cavità addominale) oppure per via ematica, con la comparsa di metastasi in ordine di frequenza al polmone, al fegato e l'encefalo (raramente e tardivamente alle ossa).

Dal punto di vista istologico i tumori **maligni** del testicolo si distinguono in:

1. *Seminomi*
2. *Tumori germinali non seminomatosi*
3. *Tumori non germinali*

Ciascuna categoria comprende diversi tipi istologici e, sebbene il trattamento chirurgico, sia sostanzialmente lo stesso i protocolli di cura e follow-up, nonché la sensibilità a chemio e radioterapia è differente.

Il seminoma rappresenta il tipo tumorale più comune (40-50% dei casi) ed è anche quello con la prognosi migliore.

I tumori **benigni** del testicolo sono più rari e si riscontrano con maggiore frequenza nei pazienti che soffrono di infertilità. Dal punto di vista ecografico non sono distinguibili da quelli maligni, salvo in casi eccezionali, per cui generalmente la diagnosi viene effettuata mediante asportazione ed esame istologico.

## Terapia

A fronte di questa elevata attività biologica (il 30% dei tumori testicolari si presenta come malattia metastatica alla diagnosi), i tumori a cellule germinali dimostrano elevata sensibilità alla chemioterapia, e una ottima risposta ai trattamenti multimodali (chirurgia, chemioterapia, radioterapia); queste caratteristiche comportano un alto tasso di cura di questa malattia pari a circa il 99% negli stadi iniziali, e al 90%, al 75-80% e al 50% rispettivamente negli stadi avanzati definiti a “buona”, “intermedia” e “cattiva” prognosi.

L'istologia e lo stadio del tumore (localizzazione testicolare, interessamento dei linfonodi retroperitoneali o metastasi in altre sedi) determinano l'iter terapeutico successivo all'orchifunicolectomia (radioterapia, chemioterapia o rimozione dei linfonodi retroperitoneali) e il conseguente follow-up.

L'alto tasso di sopravvivenza e la lunga aspettativa di vita dei pazienti hanno determinato nella cura di questo tumore una sempre maggiore attenzione verso le conseguenze precoci e tardive del trattamento oncologico, soprattutto in relazione alla preservazione della funzione riproduttiva e del benessere globale dell'individuo (tecniche selettive di radioterapia, riduzione di dose per la chemioterapia, tecnica nerve-sparing per la linfoadenectomia retroperitoneale,

crioconservazione del liquido seminale).

[Vai agli interventi](#)

***Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.***