



LA PREVENZIONE NEI TUMORI DEL TESTICOLO: CHE FARE?

Nel nostro Paese si sta fortunatamente creando una buona e diffusa educazione sanitaria e sono ormai routinarie diverse iniziative atte a “screenare” larghe fasce della popolazione: ricerca del sangue occulto nelle feci per i tumori intestinali, controllo dermatologico periodico dei nevi cutanei per i melanomi, nell’uomo ricerca periodica del Psa per il cancro prostatico, nella donna mammografie ed ecografie periodiche per il cancro del seno, Pap-test per il cancro del collo uterino, la vaccinazione anti papilloma virus nelle adolescenti, etc.

Per contro, inespiegabilmente, esistono tumori di cui si parla poco o nulla, trascurati o quasi dimenticati dai mass-media: fra di essi spiccano per importanza i tumori maligni del testicolo, nonostante per l'anno 2023 sia stato stimato in circa 63.400 il numero degli uomini che vivono in Italia con una diagnosi di tumore del testicolo (*4)

In realtà il tumore maligno del testicolo, che ha esordio molto raro dopo i 60 anni, è invece la neoplasia più diffusa del maschio nella fascia di età tra i 15 ed i 34 anni (*4), specie da quando, abolita la visita di leva, non ne viene più effettuato alcuno screening sistematico.

Nell'anno 2020 dati epidemiologici hanno infatti stimato che nella popolazione italiana il numero delle nuove diagnosi sia intorno a ben 2300 l'anno. Nel 2023 negli Stati Uniti si attendevano circa 9.190 nuovi casi e circa 470 decessi. L'età media alla diagnosi si attesta intorno ai 33 anni (*4).

Trattasi per il 95% di tumori a cellule germinali (quelle che danno origine agli spermatozoi):

seminomi (circa la metà dei casi), non seminomi (es. carcinomi embrionali) e forme germinali miste.

Il restante 5% è costituito da tumori non germinali, benigni e maligni. (2*)

Fondamentalmente i tumori del testicolo possono essere suddivisi mediante diverse classificazioni (Es: a cellule germinali, a cellule germinali miste, a cellule non germinali (2*)).

Più semplicemente li si può classificare come segue

SEMINOMI (circa la metà dei casi)

Consistono nella degenerazione maligna delle Cellule Germinali, cioè di quelle che danno origine agli spermatozoi.

Sono i tumori testicolari più frequenti nella quinta decade di vita e sono le forme a decorso generalmente più favorevole.

Si associano spesso a una variante che coinvolge anche cellule non germinali: si parla in questi casi di **FORME MISTE**.

NON SEMINOMI: includono differenti forme fra cui i carcinomi embrionali, i coriocarcinomi, i teratomi, i tumori del sacco vitellino. (4*)

Come si manifesta il tumore del testicolo?

Di solito il tumore esordisce con un nodulo, un aumento di volume, un senso di pesantezza, talora con un dolore acuto al testicolo provocato da un'emorragia interna al tumore stesso.

In alcuni casi, invece, il tumore si manifesta con un rimpicciolimento irregolare del testicolo.

Quale prevenzione?

Per i tumori del testicolo non esiste alcun programma nazionale organizzato atto a prevenire la comparsa della malattia, che si ottiene prevalentemente mediante le seguenti pratiche:

- l'ovvia raccomandazione ad idoneamente proteggere i testicoli, specie in età infantile e adolescenziale, dai forti traumatismi (Calci, colpi di pallone etc);

- il ricorso alla tempestiva correzione del criptorchidismo, da effettuarsi entro i 6 anni di età.

Cosa si intende per Criptorchidismo?

Secondo i dati del nostro Ministero della Salute, trattasi dell'anomalia più frequente dell'apparato urogenitale maschile in età pediatrica.

Tale anomalia consiste nella mancata discesa dall'addome allo scroto di uno o di entrambi i testicoli durante la vita fetale, precisamente nell'ultima fase della gravidanza o subito dopo la nascita.

Interessa di solito un solo testicolo, più di frequente il destro; più raramente entrambi i testicoli.

il criptorchidismo può essere endo-addominale (15%), inguinale (25%), o pre-scrotale (60%) a seconda del distretto in cui è trattenuto l'organo. (*2)

Nel criptorchidismo la probabilità di degenerazione maligna del testicolo aumenta fino a 10 volte rispetto alla popolazione generale, ed è più elevata se il testicolo è trattenuto in addome, e via via più bassa se è trattenuto lungo il canale inguinale o a livello pre-scrotale. (*4)

Come già scritto, ai fini di un'efficace prevenzione di una possibile futura degenerazione neoplastica del testicolo trattenuto, l'anomalia va corretta tempestivamente, fra i 6 e i 18 mesi (*2) e comunque entro i 6 anni d'età.

- il costante monitoraggio clinico ed ecografico delle condizioni testicolari ed il ricorso alla ricerca dei markers oncologici nei pazienti che hanno già avuto un tumore ad un testicolo; in questi soggetti infatti la probabilità di sviluppare analogo tumore nell'altro testicolo nei 25 anni successivi alla diagnosi va dal 2% al 5%,

secondo altri dati tale probabilità è di 20-50 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. (*4)

- infine il costante monitoraggio clinico ed ecografico fin dall'infanzia delle condizioni testicolari nei portatori di una non frequente malattia da difetto cromosomico, la Sindrome di Klinefelter;

Escluse dunque le suddette condizioni che consentono una reale prevenzione dell'insorgenza dei tumori del testicolo, ad oggi si può e si deve principalmente evitare l'aggravamento di tale patologia mediante una sua diagnosi la più precoce.

Nei fatti, dunque, la prevenzione si realizza prevalentemente attraverso un'accurata e tempestiva **DIAGNOSI PRECOCE**.

Secondo le Linee Guida 2024 pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità (*3)

nella malattia localizzata all'interno del testicolo (I stadio)

i tumori germinali del testicolo (seminomi e non-seminomi) hanno eccellente prognosi e la guarigione (cure rate) è vicina al 100% indipendentemente dall'istologia.

I suddetti tumori germinali vengono diagnosticati al I stadio rispettivamente nell'80% dei casi per quanto riguarda i seminomi, e nel 40-50% dei casi per quanto riguarda i non-seminomi. (*3)



Secondo altri dati (4*) vi è il 99 per cento di guarigione se la malattia viene scoperta in fase iniziale, poco meno se arriva a coinvolgere i linfonodi addominali e circa il 75-80 per cento per le forme più avanzate. .

Complessivamente, la sopravvivenza globale a 5 anni dalla diagnosi é stimata, secondo le fonti, dall' 86 % (*2) al 93% (*4).

Pratica fondamentale, mai consigliata a sufficienza, è un accurato Auto-Esame periodico dei testicoli (così come le donne praticano l'auto-esame del seno) . Almeno una volta al mese si palpa l'organo facendo ruotare ogni testicolo fra pollice e indice alla ricerca di noduli anomali, meglio se dopo un bagno caldo utile a rilassare il sacco scrotale, verificandone l'assenza di variazioni dell'anatomia e della forma

Nei casi dubbi o sospetti, in attesa dell'indispensabile visita andrologica ed ecografia, il Medico potrà anche prescrivere la ricerca nel sangue dei markers oncologici "canonici" AFP, HCG Beta, LDH (discorso aperto per i microRNA).

A tutt'oggi il marker universalmente più usato è l'alfa1fetoproteina (AFP), la cui importanza clinica per la diagnosi dei tumori del testicolo venne individuata e descritta per la prima volta nel 1975 da due urologi italiani. (*5)(*6)(*7).

L'AFP è una glicoproteina sintetizzata nel feto dal fegato, soprattutto dagli epatociti, nonché dalle cellule del sacco vitellino, ed é simile all'albumina per peso molecolare, sequenza di aminoacidi, funzioni e caratteristiche immunologiche.

L'AFP é presente normalmente nel sangue embrionale e fetale durante tutta la vita intrauterina; é presente anche alla nascita per poi scomparire quasi completamente e definitivamente subito dopo la nascita.

Nella donna il tasso serico di AFP aumenta fisiologicamente in gravidanza.

I livelli di AFP nell'adulto possono ritornare elevati a causa di alcune neoplasie, fra le quali i tumori del testicolo:

qui la sua ricerca risulta utile per conferma diagnostica, indicazione alla biopsia e previsione prognostica,

ma ha un ruolo del tutto marginale nella prevenzione e nella diagnosi precoce, al pari degli altri 2 markers HCG beta e LDH (discorso aperto per i microRNA). Ciò in quanto durante le fasi iniziali del tumore i markers raramente si positivizzano ed in scarsa misura.

In conclusione,

Questo breve contributo si propone di focalizzare ed incentivare l'interesse del lettore sull'utilità delle metodiche indicate (in primis l'autopalpazione periodica dei testicoli, indi ecografia, visita del MMG e dello specialista andrologo/urologo).

Tutto questo per giungere tempestivamente ad una diagnosi precoce, fondamentale modalità preventiva nei tumori del testicolo.



Per contro, a tal fine risulta assolutamente marginale il ruolo di AFP così come degli altri 2 markers oncologici HCG beta ed LDH (discorso aperto per i microRNA), ruolo che diverrà invece rilevante solo per la successiva conferma diagnostica e per il follow-up

In Reggio Emilia, li 04 Novembre 2024

Enrico Vaccari

AFFILIAZIONE:

Il Dott. Enrico Vaccari é nato a Reggio Emilia il 16 Novembre 1947.

-Ha conseguito il diploma di Maturità Classica presso il Liceo-Ginnasio " Ludovico Ariosto" di Reggio Emilia il 30 Luglio 1967.

- Laurea con Lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Modena in data 09 Luglio 1973 con Tesi Sperimentale, poi pubblicata col titolo " L'alpha-1 fetoproteina nelle neoplasie dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile."

-Specialista in Urologia presso l'Università di Bologna "Alma Mater Studiorum" dal 15 Giugno 1976, col massimo dei voti (70/70) .

- Fin dal 1976 il Dott. Vaccari si occupa specificatamente di Andrologia, sì che l'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia, in data 27.05.2003, ha autorizzato il Dr. Enrico Vaccari ad utilizzare nell'ambito della pubblicità sanitaria la dizione:

Medico-Chirurgo
Specialista in Urologia
Andrologia

avendo egli svolto attività di andrologo presso l'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per un numero di anni superiore alla durata legale del corso di specializzazione in Andrologia.

-Pisa, 14 febbraio 1976 : Il Dottor Enrico Vaccari é stato personalmente presente al Congresso Fondativo della Società Italiana di Andrologia (SIA). Ciò in quanto membro della Delegazione- composta da due endocrinologi ed un urologo-inviata a tal fine dalla Commissione Scientifica dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e Presieduta dall'endocrinologo Prof. Italo Portioli.

-Il Dottor Vaccari é attualmente Andrologo Certificato SIA.



Bibliografia

(1*) FNOMCEO, Ministero dell'istruzione dell'Università e Ricerca, Etc. Percorso di potenziamento-orientamento "

Biologia con Curvatura Biomedica" Terza annualità

1° nucleo tematico " Le patologie del testicolo e delle vescicole seminali, il varicocele", Roscitano G.,Buffardi A.

(2*) Linee Guida AIOM maggio 2022 Associazione Italiana di Oncologia Medica, tumori del testicolo.

(3*) Linee Guida pubblicate dall' Istituto Superiore di Sanità il 30.09.2024, tumore del testicolo.pag.26, punto 4.2

(4*) Montorsi F., Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro 23.05.2023

(5*) Musiani U., Vaccari E.: Valore diagnostico di alcune indagini immunobiochimiche ematiche nelle neoplasie

dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile. Atti del XLVIII Congresso SIU, vol.II ,pag.91-98. 1975

(6*) Vaccari E.,Musiani U.,Carulli N.: L'alpha-1 fetoproteina nelle neoplasie dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile. GAZZETTA SANITARIA Vol.46,1975

(7*) Vaccari E.: E' Italiana (1975) la prima pubblicazione attestante correlazione fra AFP ematica e neoplasie

del testicolo in soggetto adulto. E-Poster sul sito del 40° Congresso Nazionale SIMG , Firenze 23-25.09.2023