

Il cancro del testicolo



aimac

associazione italiana malati
di cancro, parenti e amici



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
TUMORE
DEL TESTICOLO



La Collana del Girasole

Il cancro del testicolo

che cos'è, come combatterlo

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di Aimac



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: a cura dell'Italian Germ cell cancer Group (IGG): **N. Nicolai**, presidente; **G. Palmieri**, vice-presidente; **U. De Giorgi**, segretario; **G. L. Banna**, tesoriere; **U. Basso**; **A. Garolla**; **S. Palazzi**; **P. Pedrazzoli**; **G. Rosti**; **C. Sacco**; **R. Salvioni**; **I.M. Tavolini**; **P. Zucali**; Gruppo di Lavoro sulla Nutrizione in Oncologia costituito da AIOM-F.A.V.O.-SINPE.

Aimac ringrazia l'Associazione Italiana Tumore del Testicolo AITT per aver contribuito alla realizzazione di questo libretto.

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto SION "Program of information to cancer patients" finanziato dalla Stavros Niarchos Foundation (www.snf.org).

Prima edizione: febbraio 2018

© Aimac 2018. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di Aimac come convenuto con Macmillan Cancer Support.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, Aimac declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro?
- 7 I testicoli
- 8 Che cos'è il cancro del testicolo?
- 9 Il sistema linfatico
- 10 Fattori di rischio e cause
- 12 Quali sono i sintomi del cancro del testicolo?
- 12 L'autoesame del testicolo
- 13 Come si formula la diagnosi?
- 17 Stadiazione e grado di differenziazione
- 18 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 20 Trattamento in base allo stadio
- 21 La sorveglianza attiva
- 22 La chirurgia
- 26 La chemioterapia
- 29 La radioterapia
- 31 Chemioterapia ad alte dosi seguita da trapianto di cellule staminali
- 32 I controlli dopo le terapie
- 33 L'infertilità e i disturbi sessuali
- 35 Aspetti psicologici del tumore al testicolo
- 36 L'importanza dello stato nutrizionale
- 39 La comunicazione in famiglia
- 40 Come potete aiutare voi stessi
- 42 I trattamenti non convenzionali
- 43 Gli studi clinici
- 44 Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro e anche i loro familiari e amici a saperne di più sui tumori del testicolo nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia. Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di Aimag, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



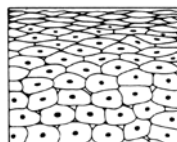
Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti *vasi linfatici*. Nel sistema linfatico fluisce la *linfa*, un liquido giallo contenente i *linfociti*, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

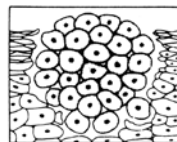
Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro, ognuno con un suo nome e un suo trattamento. Per questa ragione si sta consolidando il principio della "personalizzazione" della terapia oncologica. Benché le cellule che costituiscono le varie parti dell'organismo abbiano aspetto diverso e funzionino anche in modo diverso, la maggior parte si ripara e si riproducono nello stesso modo. Di norma la divisione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per un qualsiasi motivo, questo processo si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali

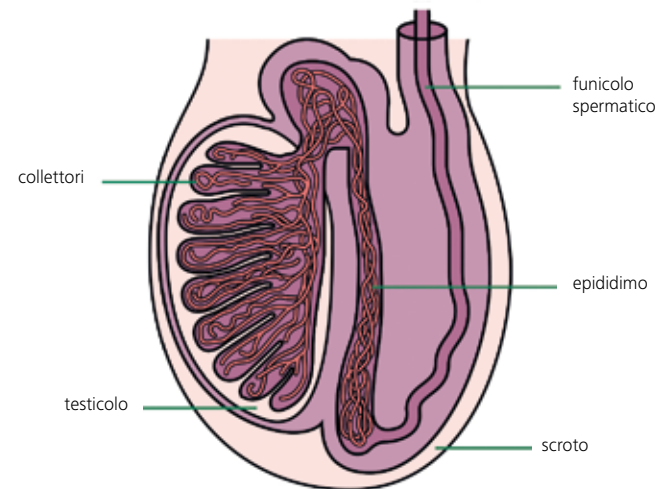


Cellule tumorali

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono diventare un problema, in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che, in assenza di un trattamento opportuno, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondersi a distanza, ossia al di là della sede di insorgenza del tumore primitivo. In altre parole le cellule neoplastiche possono staccarsi dal tumore primitivo e diffondersi attraverso il sangue o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine a una **metastasi**.

I testicoli

I testicoli sono due piccoli organi di forma quasi ovale che sono contenuti nello **scroto**, al di sotto del pene; sono gli organi principali dell'apparato genitale maschile. A partire dalla pubertà, i collettori, tubuli seminiferi che si trovano all'interno del testicolo, producono lo **sperma**, mentre altre cellule sempre presenti nel testicolo producono il **testosterone**. Lo sperma contiene gli **spermatozoi**, le cellule che sono in grado di fecondare un ovulo femminile, dando in tal modo inizio a una gravidanza.



La struttura del testicolo

Dal testicolo, gli spermatozoi risalgono rapidamente verso l'**epididimo**, che appare come una morbida escrescenza dietro il testicolo. L'epididimo si continua nel funicolo spermatico (vaso deferente), che si collega al dotto eiaculatorio, che a sua volta sbocca in **uretra**.

Lo sperma si mescola con il liquido prodotto dalla prostata e dalle **vescicole seminali**, prima che con l'eiaculazione sia spinto lungo l'uretra ed espulso dal pene. Il liquido eiaculato e gli spermatozoi costituiscono il liquido seminale.



I testicoli sono gli organi principali dell'apparato genitale maschile.



Scroto: sacchetto di pelle che contiene i testicoli, le ghiandole sessuali maschili.

Sperma: liquido fisiologico contenente gli spermatozoi (v. sotto), che viene espulso dall'uomo con l'eiaculazione.

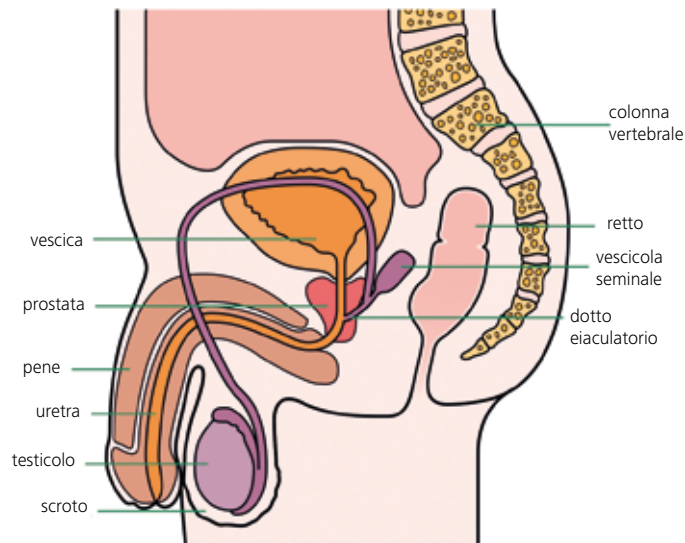
Testosterone: ormone sessuale maschile.

Spermatozoi: cellule sessuali maschili.

Epididimo: organo allungato, addossato al bordo posteriore del testicolo, insieme al quale è contenuto nello scroto (v. sopra).

Uretra: canale che va dalla vescica all'estremità del pene.

Vescicole seminali: fanno parte dell'apparato riproduttore maschile. Si trovano vicino alla parete posteriore della prostata, secernono un fluido viscoso che costituisce circa il 70% dello liquido eiaculato.



L'apparato genitale maschile



Testosterone: ormone sessuale maschile.

Ormone: messaggero chimico che contribuisce al controllo di diverse funzioni del nostro organismo.

Il testicolo produce anche il **testosterone**, ormone fondamentale per:

- stimolare il desiderio sessuale;
- avere l'erezione;
- sviluppare le caratteristiche maschili quali avere una voce profonda;
- far crescere la peluria sul volto e sul corpo;
- favorire lo sviluppo dei muscoli.

Che cos'è il cancro del testicolo?

Ogni anno in Italia, sviluppano un tumore del testicolo circa 2.000-2.300 uomini, una bassa percentuale di incidenza che fa sì che la malattia sia considerata rara. È più frequente tra i giovani adulti, mentre meno interessati sono i bambini e i soggetti di età superiore ai 60 anni. Il trattamento è molto efficace e la guarigione è possibile

in percentuali che vanno dal 99,5% di pazienti nel primo stadio, ossia quando la malattia è circoscritta al testicolo, a oltre il 90% nel secondo stadio, quando vi è un interessamento anche dei linfonodi dell'addome, e restano superiori all'80% anche negli stadi più avanzati, quando le cellule tumorali hanno raggiunto altri organi.

Si distinguono due tipi di tumore del testicolo: il seminoma e il non seminoma.

I *seminomi* si riscontrano di solito nella fascia d'età tra 25 e 55 anni; rappresentano circa il 60% di tutti i tumori del testicolo; di solito sono caratterizzati da una crescita lenta e tendono a rimanere localizzati nel testicolo per lunghi periodi. I *non seminomi* si riscontrano di solito nella fascia d'età tra 15 e 35 anni. Comprendono diversi sottotipi, tra cui il coriocarcinoma, il carcinoma embrionale, il teratoma e il tumore del seno endodermico. Possono essere costituiti da un solo tipo di cellule o da una combinazione di tipi di cellule. Tendono a metastatizzare più facilmente dei seminomi.

Nonostante le differenze, seminomi e non seminomi si comportano in modo sostanzialmente simile e si trattano anche in modo simile.

Tra le forme rare di tumori del testicolo si ricordano il linfoma non Hodgkin, il tumore a cellule di Leydig e il tumore a cellule di Sertoli. Questi ultimi sono quasi sempre limitati al solo testicolo e dopo l'asportazione non hanno abitualmente bisogno di ulteriore trattamento.



I tumori del testicolo si distinguono in *semi-nomi* e *non seminomi* che, seppure differenti, si comportano in modo sostanzialmente simile e si trattano anche in modo simile.

Il sistema linfatico

Il sistema linfatico è costituito da una rete di piccoli vasi detti linfatici, che collegano tra loro i diversi distretti linfonodali. I linfonodi sono piccole ghiandole a forma di fagiolo che ci proteggono dalle infezioni e dalle malattie, oltre a favorire il drenaggio della **linfa** dai tessuti del no-



Linfa: fluido trasportato dai vasi linfatici che ha un ruolo fondamentale nella lotta contro le infezioni.



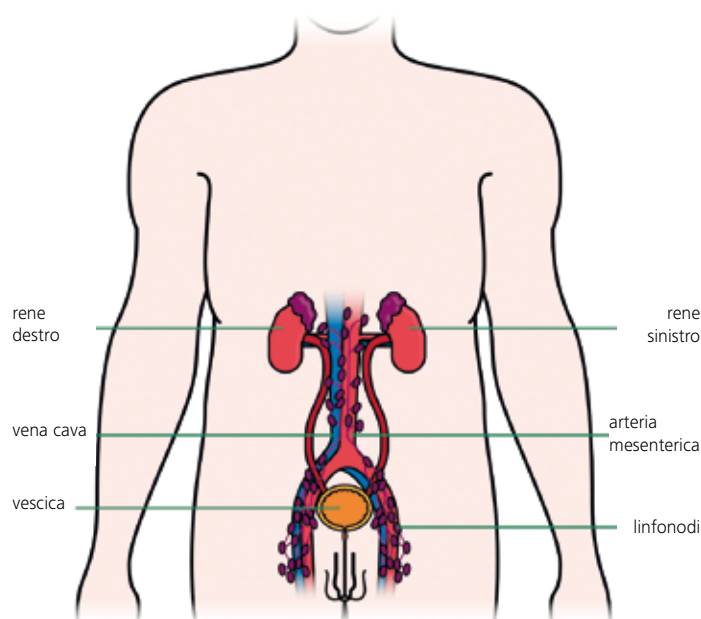
Retroperitoneo: spazio situato nell'addome in corrispondenza dei reni e dei grossi vasi (vena cava inferiore e arteria aorta).

Peritoneo: membrana sottile che avvolge tutti gli organi addominali.

Pelvi: parte bassa dell'addome.

stro corpo prima di farla tornare nella circolazione sanguigna. Quando si ha un'infezione o una malattia, i linfonodi spesso di gonfiano, un segnale che stanno reagendo per debellarla. Talvolta, le cellule tumorali possono diffondersi dal testicolo ai linfonodi regionali localizzati nel **retroperitoneo** e a volte anche a quelli che si trovano nella **pelvi**.

La tomografia computerizzata prevista tra gli esami diagnostici (v. pag. 16) ha lo scopo di rilevare un eventuale ingrossamento dei linfonodi che può essere sospetto di presenza di cellule tumorali.



I linfonodi retroperitoneali e pelvici

Fattori di rischio e cause

Non si sa ancora quali siano le cause del tumore del testicolo, ma sono noti alcuni fattori di rischio che possono predisporre all'insorgenza della malattia. Avere un partico-

lare fattore di rischio non vuol dire che ci si ammalerà, così come non avere fattori di rischio non lo può escludere. Alcuni dei fattori di rischio che possono aumentare la probabilità di sviluppare un tumore del testicolo sono:

- **criptorchidismo:** i testicoli si sviluppano all'interno della cavità addominale del nascituro. Di solito discendono nello scroto alla nascita o nel primo anno di vita, ma talvolta possono rimanere nella cavità addominale, nel qual caso è necessario procedere in età infantile a un intervento chirurgico per collocarli al loro posto nello **scroto**;
- **storia familiare:** avere il padre o un fratello che ha avuto un tumore del testicolo aumenta leggermente il rischio di ammalarsi. La ricerca ha dimostrato che ciò è dovuto, in parte, all'alterazione di taluni geni e sta proseguendo per individuare i geni che aumentano il rischio;
- **neoplasia germinale in situ (GCNIS):** talvolta nel testicolo possono essere presenti cellule anormali che, se non rimosse, possono evolvere in tumore. Una neoplasia germinale in situ, dai medici convenzionalmente detta GCNIS, è spesso scoperta quando si esegue una biopsia del testicolo per stabilire le cause dell'incapacità di avere figli. Il trattamento di solito consiste nell'asportazione del testicolo. Ciò non avrà effetti sulla vita sessuale né sulla capacità di avere l'erezione o di procreare, a condizione che il testicolo residuo sia sano;
- **precedente tumore del testicolo:** gli individui che hanno già avuto un tumore del testicolo hanno un maggiore rischio di avere un nuovo tumore nel testicolo rimanente;
- **virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV):** gli uomini HIV-positivi hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore del testicolo, in particolare del tipo seminoma (v. pag. 9).



Criptorchidismo: assenza di testicoli alla nascita in conseguenza della loro mancata discesa, in seguito alla quale sono restati all'interno della cavità addominale.

Scroto: sacchetto di pelle che contiene i testicoli, le ghiandole sessuali maschili.

Quali sono i sintomi del cancro del testicolo?



Il sintomo più comune è l'aumento di volume del testicolo oppure la presenza di un nodulo duro.



Scroto: sacchetto di pelle che contiene i testicoli, le ghiandole sessuali maschili.

Il sintomo più comune è l'aumento di volume del testicolo oppure la presenza di un nodulo duro. Di solito, il paziente non avverte dolore. Talvolta il testicolo può ingrossarsi all'improvviso e dare dolore. Può comparire un dolore sordo, accompagnato da un senso di pesantezza dello **scroto**. In casi rari compare un dolore localizzato al capezzolo o alla mammella oppure un gonfiore della mammella, che può essere causato dagli ormoni prodotti dal tumore.

- Se le cellule tumorali hanno invaso i linfonodi o altre parti del corpo possono essere presenti dolore alla schiena o alla regione lombare se i linfonodi retroperitoneali sono stati raggiunti dalle cellule tumorali e si sono molto ingranditi;
- tosse, mancanza di respiro o difficoltà di deglutizione se le cellule tumorali hanno raggiunto i linfonodi del torace o i polmoni;
- tumefazione alla parte sinistra del collo, dovuta all'ingrossamento dei linfonodi che si trovano ai lati del collo, che possono essere coinvolti dalla malattia.

Non necessariamente questi sintomi indicano la presenza di un tumore, ma è importante consultare un medico per i controlli del caso. Inoltre, essi possono essere causati anche da altre malattie. In ogni caso, come già sottolineato, il tumore del testicolo è curabile nella maggior parte dei casi, anche in caso di malattia con metastasi sin dal suo inizio.

L'autoesame del testicolo

Se la diagnosi è precoce, ossia è formulata quando la malattia è in fase iniziale, le probabilità di guarigione au-

mentano. Per questo motivo, fin dalla pubertà, un uomo deve imparare a esaminare i testicoli periodicamente per acquisire familiarità con la condizione 'normale' quando sono regolari e compatti, ma non duri. Il momento migliore per eseguire l'autoesame è durante o dopo un bagno caldo o una doccia, quando la cute scrotale è rilassata. Tenendo lo scroto nel palmo della mano destra, con le dita tastare i testicoli, facendo attenzione a percepire eventuali noduli o gonfiori, anomalie o differenze tra loro. È normale che i testicoli siano leggermente differenti per dimensioni e che uno sia leggermente più in basso (in genere il sinistro) rispetto all'altro.

L'epididimo si trova subito dietro a ogni testicolo. Ha l'aspetto di un cappuccio, tenero, spesso caratterizzato lungo il suo corso dalla presenza di cisti innocue o di noduli benigni.

Noduli o rigonfiamenti possono essere causati da altre patologie, e la maggior parte delle volte non si tratta di tumori, ma è estremamente importante recarsi dal medico di famiglia se si riscontra qualcosa di anormale.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente il percorso diagnostico comincia dal medico di medicina generale che, per mezzo della palpazione dei testicoli, una manovra rapida e semplice, rileva elementi fondamentali per la diagnosi, quali:

- progressivo aumento, a volte anche rapido, delle dimensioni di un solo testicolo con indurimenti solitamente non dolorosi;
- presenza di noduli lisci o ruvidi, solitamente non dolorosi, sulla superficie di un testicolo;
- struttura ruvida e irregolare del testicolo;



Il tumore del testicolo è quasi sempre curabile, anche se fin dall'inizio sono presenti metastasi, e guaribile, soprattutto se la diagnosi è precoce.

Fin dalla pubertà è bene imparare a esaminare i testicoli periodicamente l'autoesame dei testicoli per acquisire familiarità con la condizione 'normale' in cui sono regolari e compatti, ma non duri.

Noduli o rigonfiamenti possono essere causati da altre patologie, e nella maggior parte dei casi non si tratta di tumori, ma è molto importante recarsi immediatamente dal medico di famiglia se si riscontra qualcosa di anormale.

- sensazione di tensione, indolenzimento diffuso o pesantezza nella regione dei testicoli o in quella inguinale, con aumentata sensibilità al tatto;
- ipersensibilità al tatto nella regione dei testicoli.

Dopo la visita, prescrive gli esami del caso e, se lo ritiene opportuno, suggerisce di consultare lo specialista urologo. Gli esami più richiesti sono le analisi del sangue e l'ecografia dei testicoli. Nel caso in cui si sospetti sin da subito che la malattia possa essere in fase avanzata, gli esami possono comprendere anche la tomografia computerizzata (v. pag. 16) o la risonanza magnetica (v. pag. 15).

Ecografia

È una tecnica radiologica che utilizza le riflessioni di un fascio di ultrasuoni per formare un'immagine degli organi interni del corpo. Oltre a stabilire la natura di un nodulo, consente di differenziare i noduli solidi dalle **cisti**. Una piccola sonda ecografica emette un fascio di ultrasuoni, le cui riflessioni sono convertite in immagini tramite un computer. L'ecografia è totalmente innocua e indolore, e dura solo pochi minuti.

Esami del sangue

I tumori possono rilasciare nel sangue quantità più elevate di alcune sostanze che prendono il nome di *marcatori tumorali*, i cui livelli si misurano con una semplice analisi del sangue. Valori nella norma non escludono la presenza della malattia, mentre è raro, ma possibile, che valori elevati indichino necessariamente la presenza di un tumore. Molti non seminomi (v. pag. 9) e alcuni seminomi (v. pag. 9) rilasciano nel sangue dei marcatori tumorali. Se il tumore da cui siete affetti libera marcatori tumorali, dovrete abituarvi a questo tipo di controllo.

Tre sono i principali marcatori del tumore del testicolo:

- **alfafetoproteina (AFP)**, spesso aumentata in presenza di non-seminomi;
- **frazione beta della gonadotropina corionica umana (β-**

hCG), spesso aumentata nei non seminomi e talvolta nei seminomi;

- **lattato-deidrogenasi (LDH)**, che può risultare aumentata sia nei seminomi sia nei non-seminomi.

I marcatori tumorali sono utili per:

- formulare la diagnosi;
- stabilire se il tumore si è diffuso al di fuori del testicolo;
- monitorare le vostre condizioni dopo l'intervento;
- verificare la risposta al trattamento;
- escludere la presenza di una recidiva.

I marcatori tumorali si misurano prima e dopo l'intervento, in genere entro una settimana. La rapidità con cui i loro livelli ritornano nei limiti della norma fornisce ai medici indicazioni circa il rischio che la malattia si ripresenti e, di conseguenza, è utile a pianificare il trattamento più indicato per il singolo caso.

Risonanza magnetica nucleare

Nei rarissimi casi in cui l'ecografia non fornisce informazioni sufficienti sulla natura di un nodulo si può ricorrere alla risonanza magnetica (RM), una tecnica radiologica che utilizza i campi magnetici e che può fornire un'immagine dettagliata della strutture interne di un organo. L'indicazione a questo uso per la RM è molto raro ed è deciso dallo specialista.

Esame istologico

Nel tumore del testicolo, la diagnosi definitiva si può ottenere soltanto dopo aver analizzato il tessuto tumorale con l'esame istologico. L'**orchietomia** (v. pag. 16) si esegue quando gli esami e la visita eseguiti prima dell'intervento fanno ritenere pressoché certa la natura maligna di un nodulo. Alcune volte, quando il quadro è sospetto ma non certo, durante l'intervento si esegue un prelievo (biopsia intraoperatoria), che è inviato immediatamente in laboratorio per l'esame istologico estemporaneo effettuato con la tecnica del congelamento. Nel caso in cui un tumore del testicolo sia identificato durante l'esame estemporaneo, si



Cisti: piccola sacca di liquido che si forma nel tessuto testicolare.



Se il tumore da cui siete affetti libera marcatori tumorali, dovrete abituarvi a questo tipo di controllo.



Orchietomia: intervento di asportazione del testicolo e del funicolo spermatico. È detta anche *orchifuniclectomia*.

procede all'asportazione dell'organo nella stessa seduta. L'esame istologico definitivo, che è eseguito dall'anatomopatologo, consente di identificare il tipo istologico della malattia (seminoma o non seminoma) e altre caratteristiche come l'invasione delle cellule tumorali nei tessuti vicini o nei piccoli vasi circostanti. Sulla base del risultato dell'esame istologico si sceglie la terapia più indicata per il paziente.



Orchiectomia: intervento di asportazione del testicolo e del funicolo spermatico. È detta anche *orchifuniclectomia*.

Scroto: sacchetto di pelle che contiene i testicoli, le ghiandole sessuali maschili.



Si parla ancora comunemente di tomografia assiale computerizzata o TAC, ma l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, perché le nuove tecniche a spirale consentono di ottenere più immagini in una sola scansione, mentre la scansione solo sul piano assiale, ossia trasversale, permetteva di produrre un'immagine alla volta.

Orchiectomia

L'intervento di **orchiectomia** consiste nell'asportazione del testicolo e del funicolo spermatico ed è importante non solo per la conferma diagnostica, ma anche per l'asportazione del tumore. È il trattamento principale se il tumore non si è diffuso al di fuori del testicolo. In questo caso, se il rischio di ripresa della malattia è basso, l'intervento potrebbe essere l'unico trattamento. L'incisione avviene a livello della cute dell'inguine, dal lato interessato. Da questo accesso si arriva al testicolo estraendolo dal suo contenitore, lo **scroto**. Nel corso dell'intervento, il chirurgo può inserire nello scroto un testicolo artificiale (detto impianto o protesi). Se il paziente non è in grado di decidere se questa è la soluzione che preferisce, è possibile rimandare a un secondo momento questa parte dell'intervento. Il chirurgo illustra vantaggi e svantaggi del testicolo artificiale, descrivendone anche l'aspetto e la consistenza dopo l'intervento.

Tomografia computerizzata (TC)

La TC è una tecnica radiologica che si esegue presso il servizio di diagnostica per immagini e che permette di ottenere immagini tridimensionali delle strutture interne di un organo su piani successivi. Le immagini così prodotte sono inviate a un computer che le elabora per dare poi il quadro dettagliato delle strutture esaminate. Questa tecnica è di per sé indolore e ben tollerata; tuttavia, bisogna segnalare se si è allergici o se in occasione di esami simili si sono registrati degli episodi di malessere, in modo da effettuare una preparazione all'esame. La TC del torace e dell'addome è fondamentale per rilevare anche eventuali masse tumorali

(metastasi) ed evidenziarne dimensioni e posizione. Le metastasi sono localizzate con maggiore frequenza ai linfonodi profondi dell'addome (retroperitoneo), meno frequentemente al polmone, ai linfonodi del torace, al fegato e, in casi eccezionali, a ossa e cervello.

Stadiazione e grado di differenziazione

Conoscere lo stadio e il grado del tumore è utile allo specialista che ha in cura il paziente per stabilire la prognosi e il trattamento più idoneo per il singolo caso.

Stadiazione

Stadio è un termine utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere le dimensioni di un tumore e soprattutto la sua eventuale diffusione al di fuori dell'organo da cui ha avuto origine. La stadiazione rappresenta, quindi, un momento preoperatorio indispensabile per inquadrare correttamente i successivi passi terapeutici. Per una stadiazione corretta, l'oncologo può richiedere diversi esami. Nel caso dei tumori del testicolo, a seconda dell'estensione del tumore al momento della diagnosi e dell'intervento di **orchiectomia** vengono distinti i seguenti tre stadi:

- primo stadio: le cellule tumorali sono presenti solamente nel testicolo;
- secondo stadio: le cellule tumorali hanno raggiunto anche i **linfonodi retroperitoneali**;
- terzo stadio: la malattia è avanzata e le cellule tumorali hanno raggiunto altri organi (polmone, linfonodi al di fuori dell'addome, fegato).

La stadiazione è fondamentale per la scelta della terapia o dei controlli.



Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza.

Orchiectomia: intervento di asportazione del testicolo e del funicolo spermatico. È detta anche *orchifuniclectomia*.

Linfonodi retroperitoneali: gruppo di linfonodi localizzati nell'addome.

Quali sono i tipi di trattamento usati?

L'obiettivo della cura per il tumore del testicolo è la guarigione. Le opzioni terapeutiche per il cancro del testicolo comprendono:

- sorveglianza attiva (v. pag. 21);
- chirurgia (v. pag. 22);
- chemioterapia (v. pag. 26); e
- radioterapia (v. pag. 29).

La scelta del trattamento dipende dal tipo (seminoma o non seminoma) e dallo stadio della malattia, tenendo conto anche delle aspettative e della personalità del paziente, delle risorse disponibili e degli effetti collaterali attesi.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un chirurgo urologo specializzato nella chirurgia dei tumori del testicolo, un **oncologo**, un **radioterapista**, un radiologo, un **anatomo-patologo**, un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un **nutrizionista**, un dietista, un **andrologo** e uno psicologo - si prende cura di elaborare il piano di trattamento tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali, il tipo e lo stadio del tumore.

È bene assicurarsi di avere ricevuto tutte le informazioni sui diversi trattamenti proposti, che cosa comporta ognuno di essi e quali sono gli effetti collaterali. Quando sono possibili alternative egualmente efficaci, è raccomandato discutere dei pro e contro di ogni trattamento con i singoli specialisti o con il medico di famiglia.



Oncologo: medico specializzato nel trattamento dei tumori.

Radioterapista: oncologo specialista in radioterapia.

Anatomo-patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento di tutti gli aspetti collegati alla nutrizione.

Andrologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e terapia delle disfunzioni dell'apparato riproduttore e urogenitale.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegarvi dettagliatamente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, vi chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale autorizzate il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso, e prima di firmare l'apposito modulo dovrete avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili;
- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni che avete ricevuto non sono chiare, non abbiate timore di chiedere che vi siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché i pazienti hanno compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano.

È un vostro diritto chiedere chiarimenti perché è importante che abbiate la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se pensate di non essere in grado di decidere subito, potete sempre chiedere che vi sia lasciato altro tempo per riflettere. Tenete, però, conto della possibile diversa gravità della malattia, che può meritare tempi più o meno rapidi di trattamento.

Potete anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico vi spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è informare il medico o l'infermiere che vi hanno in carico, che ne prenderanno nota nella documentazione clinica. Non dovete fornire alcuna spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma è utile condividere con i medici le vostre preoccupazioni in modo che possano offrirvi i consigli più opportuni. Può essere utile predisporre una lista di domande che si desidera porre ai medici e farsi accompagnare da un familiare al colloquio.



Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso.

Trattamento in base allo stadio



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.



È importante assumere un ruolo attivo nelle scelte terapeutiche, che non devono mai essere adottate da un solo specialista, ma condivise tra tutti i medici, coinvolgendo, naturalmente, anche il paziente e i suoi familiari.

Tumore del testicolo di stadio 1

Non seminoma: per i tumori di tipo non seminoma in stadio iniziale (stadio I), la scelta terapeutica può tenere conto anche del fatto che, in assenza di un trattamento immediato, la probabilità di **recidiva** della malattia è di circa il 30%, con un rischio maggiore nel caso vi siano alcuni elementi come l'invasione di piccoli vasi del testicolo. In questo caso le opzioni terapeutiche sono:

- sorveglianza attiva: consiste nell'attuare un piano di controlli basato su analisi del sangue ed esami strumentali senza alcuna terapia. Nel caso la malattia si ripresenti, questi accertamenti aiuteranno i medici a riconoscerla tempestivamente, aumentando le probabilità di successo del trattamento;
- un ciclo di chemioterapia precauzionale (schema PEB);
- linfadenectomia retroperitoneale: intervento chirurgico di asportazione dei linfonodi addominali (v. pag. 22).

Indipendentemente dal trattamento, il risultato finale è la guarigione in circa il 99% dei casi.

Seminoma: senza un trattamento immediato, la probabilità di recidiva è di circa il 15-18%. In questo caso le opzioni terapeutiche sono:

- sorveglianza attiva (v. sopra);
- un ciclo di chemioterapia precauzionale (schema carbo-platino).

Carcinoma del testicolo di stadio 2 e 3

Anche nel caso di malattia di stadio 2 o più avanzato, la guarigione è altamente probabile, ma richiede un trattamento più impegnativo, ad esempio con più cicli di chemioterapia (v. p. 22).

Recidiva di malattia dopo trattamento

Circa il 20-30% dei pazienti con tumore del testicolo metastatico, pari a circa il 5-10% di tutti i pazienti, va incontro a una recidiva o **progressione** di malattia entro due anni dalla fine della chemioterapia di prima linea, mentre le recidive tardive, ossia oltre il secondo anno, sono molto rare. Anche in caso di recidiva, è ancora possibile eliminare la malattia con terapie che solitamente includono la chemioterapia, alcune volte la chirurgia e, più raramente, la radioterapia. La scelta del trattamento dipende da alcuni fattori tra cui il tipo istologico, il tipo di terapia effettuata in precedenza e l'intervallo trascorso dalla sua conclusione, i valori dei marcatori tumorali, la sede della recidiva e le condizioni generali del paziente.



Progressione: avanzamento della malattia dopo una fase di regressione o di stabilizzazione alle terapie.

La sorveglianza attiva

Quando il rischio che la malattia si ripresenti dopo la sola orchietomia è molto basso, lo specialista può consigliare la strategia cosiddetta di sorveglianza attiva. In pratica, dovrete sottoporvi a controlli periodici in modo che la recidiva possa essere identificata fin dalle fasi iniziali. Ciò vuol dire che non sarete sottoposti ad alcun trattamento, a meno che, durante i controlli, le analisi del sangue non evidenzino un aumento dei livelli dei marcatori tumorali o le indagini strumentali mostrino che la malattia si è ripresentata. Questo fortunatamente avviene in un numero limitato di pazienti, mentre la maggioranza rimarrà senza evidenza di malattia.

Se questa è la decisione terapeutica, condivisa con i medici che vi seguono, è estremamente importante presentarsi alle visite di controllo perché solo così sarà possibile diagnosticare tempestivamente un'eventuale recidiva. La sorveglianza attiva prevede l'esecuzione periodica di alcune analisi del



La sorveglianza attiva costituisce un'opzione terapeutica per i tumori di stadio I.

sangue, di radiografie del torace e anche della TC. In più, in occasione di ogni appuntamento, il medico vi visiterà, potrà esaminare il testicolo residuo e vi farà domande sulle vostre condizioni.

Con il passare del tempo, i controlli diventeranno meno frequenti perché il rischio di recidiva diminuisce. È importante informare sempre il medico in caso di nuovi problemi oppure se i sintomi persistono oppure se si hanno difficoltà psicologiche o disturbi sessuali.

La chirurgia



Epididimo: organo allungato, addossato al bordo posteriore del testicolo, insieme al quale è contenuto nello scroto (v. sotto).

Scroto: sacchetto di pelle che contiene i testicoli, le ghiandole sessuali maschili.

Retroperitoneo: spazio situato nell'addome in corrispondenza dei reni e dei grossi vasi (vena cava inferiore e arteria aorta).

Orchiectomia

Consiste nell'asportare il testicolo, l'**epididimo** e il funicolo spermatico con i rispettivi vasi sanguigni attraverso un'incisione praticata a livello della cute dell'inguine, dal lato interessato. Da quest'accesso si arriva al testicolo estraendolo dallo **scroto**.

Nel corso dell'intervento il chirurgo può inserire nello scroto un testicolo artificiale, in silicone, del tutto simile - per consistenza, forma e dimensioni - a un testicolo normale. Se il paziente non è in grado di decidere se questa è la soluzione che preferisce, è possibile rimandare a un secondo momento questa parte dell'intervento. Il chirurgo illustra vantaggi e svantaggi del testicolo artificiale. In alcuni casi, negli individui con un solo testicolo l'asportazione può essere parziale anziché totale, preservando in tal modo la funzione endocrina (produzione di testosterone).

Linfoadenectomia retroperitoneale

Consiste nell'asportazione dei linfonodi di pertinenza del testicolo, che sono situati a livello del **retroperitoneo**. Può essere eseguita con tecnica tradizionale, ossia mediante incisione addominale, oppure, quando possibile, con accesso

laparoscopico, ossia mediante piccole incisioni da 5 a 10 mm attraverso le quali s'inseriscono gli strumenti.

La possibilità di eseguire la linfoadenectomia retroperitoneale dipende dal tipo e dallo stadio della malattia, come anche dal tipo di trattamento eventualmente già ricevuto.

Pur essendo un intervento complesso, le complicazioni gravi sono rare. Oltre ai comuni rischi di un'operazione chirurgica addominale, la complicazione specifica che può seguire questo tipo d'intervento è la mancata fuoriuscita di liquido seminale durante l'orgasmo, conseguente a un danno delle fibre nervose che decorrono in prossimità dei linfonodi da asportare. Questo rischio è controbilanciato dall'uso di una particolare tecnica cosiddetta di salvataggio dei nervi. In mani chirurgiche esperte, questo rischio non è superiore all'1% quando l'intervento è effettuato per malattia in stadio 1, mentre è più frequente se l'intervento è effettuato dopo chemioterapia e in funzione dell'estensione della malattia residua.

La linfoadenectomia retroperitoneale è consigliabile solo se eseguita presso un centro specializzato e da un chirurgo di elevata esperienza in questa procedura.

Chirurgia delle masse residue dopo chemioterapia

Le metastasi da tumore del testicolo si trattano di solito con la chemioterapia, che in una parte dei casi elimina completamente le lesioni (non più visibili alla TC), riportando anche gradualmente i marcatori tumorali (AFP e HCG) nei limiti della norma. In altri casi, invece, occorre intervenire chirurgicamente per asportare la cosiddetta malattia o massa residua. Nei pazienti trattati con tante linee di chemioterapia, con masse residue e marcatori ancora elevati, la chirurgia, quando possibile, può essere risolutiva per un buon numero di casi.

Dopo l'intervento

Sarete incoraggiati ad alzarvi e a camminare quanto prima possibile dopo l'intervento. È probabile che alla ferita sia



Per verificare quali sono i centri ad alto volume di attività di chirurgia oncologica del testicolo è possibile consultare il sito www.oncoguida.it realizzato da Aimac in collaborazione con la Direzione Generale Digitalizzazione Sistema Informativo Sanitario e Statistica del Ministero della Salute e con la Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO).

applicato un tubicino di drenaggio, che sarà rimosso alcuni giorni dopo l'intervento. Tuttavia, potrete fare ritorno a casa anche se il drenaggio sarà ancora in sede.

La degenza

Il periodo di degenza in ospedale dipenderà dall'estensione dell'intervento chirurgico cui sarete sottoposti. Dopo un intervento di orchiectomia sarà probabilmente di uno-due giorni; dopo una linfadenectomia retroperitoneale sarà in media di circa 3 giorni in caso di intervento laparoscopico e di 5-6 giorni in caso di intervento tradizionale a cielo aperto. Non si possono, tuttavia, escludere a priori eventuali complicanze che prolunghino i tempi di degenza.

Dolore o fastidio

Nei primi giorni del post-operatorio potrete accusare dolore o fastidio intorno alla ferita, che potranno persistere per qualche settimana. Se il dolore non si placa, informate al più presto l'infermiere che vi assiste, o il medico curante se sarete già stati dimessi, in modo che possa prescrivervi gli analgesici più efficaci.

Gonfiore intorno alla ferita

La regione intorno alla ferita apparirà per qualche tempo livida e gonfia per via dell'accumulo di sangue o di linfa, ma questi segni scompariranno gradualmente nell'arco di qualche settimana. Raramente, il sangue o la linfa potrebbe accumularsi in proporzioni tali da richiedere un drenaggio da parte del personale medico-infermieristico. Si tratta di un'evenienza spiacevole, ma anche questa tenderà a scomparire nel tempo, di solito nell'arco di qualche settimana.

Appuntamento per i controlli postoperatori

La ferita può essere suturata con punti non riassorbibili, che devono essere rimossi abitualmente dopo 7-10 giorni, o con punti riassorbibili, che non devono essere rimossi. Prima di essere dimessi vi sarà fissato l'appuntamento per il controllo postoperatorio che effettuerete presso l'ambulatorio. È a questo punto che, generalmente, sarà

comunicato lo stadio del tumore (le dimensioni e la sua eventuale diffusione ai linfonodi) e, di conseguenza, la necessità di procedere ad altri trattamenti. Sarà questo il momento giusto per discutere di tutti gli eventuali problemi insorti dopo l'intervento, delle terapie cui dovrete essere sottoposti e delle loro eventuali complicanze.

Avere cura di se stessi

Una volta a casa, riguardatevi per un po' di tempo. Riposate molto per recuperare le energie fisiche e anche psicologiche, e seguite una dieta ben bilanciata. Vi sarà consigliato di non portare o sollevare pesi per il tempo necessario alla ripresa.

L'attività sessuale

Una volta che la ferita sarà completamente rimarginata, potrete riprendere l'attività sessuale, ma è normale non sentire il desiderio sessuale dopo l'intervento, soprattutto se accusate fastidio o siete ansiosi. Alcuni uomini vivono l'asportazione di un testicolo come una mutilazione e per questo si preoccupano del loro aspetto. Nella maggior parte dei casi, questa percezione negativa tende a scomparire con il tempo, tuttavia, se dovesse persistere, è bene discutere di tutti gli aspetti legati alla sessualità con un esperto nel trattamento di queste problematiche.

Il trattamento e la fertilità

L'intervento di orchiectomia non preclude la possibilità di avere dei figli in futuro, ma alcuni uomini possono avere difficoltà a concepire (v. pag. 33). Dopo l'intervento, e in alcuni casi anche prima, è opportuno considerare di depositare un campione di sperma presso la banca del seme. Questa procedura (crioconservazione del seme) è indispensabile nel caso sia previsto un altro trattamento antitumorale dopo l'orchiectomia. La tecnica consiste nel congelare lo sperma che potrà, eventualmente, essere utilizzato in futuro per ottenere il concepimento attraverso tecniche di fecondazione assistita (v. pag. 34).



Maggiori informazioni sulla banca del seme sono disponibili su **Padre dopo il cancro** (La Biblioteca del Girasole).



Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **La chemioterapia** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sul singolo prodotto antitumorale (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti, come si controllano) sono disponibili sulle **Schede sui farmaci antitumorali**, che possono essere richieste alla helpline di Aimac (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it), oppure scaricate dal sito www.aimac.it.



La bleomicina può causare problemi respiratori negli uomini che già soffrono di disturbi polmonari.

La chemioterapia

La chemioterapia consiste nell'impiego di particolari farmaci detti citotossici o antiblastici per distruggere le cellule tumorali. La chemioterapia rappresenta da anni un'importante ed efficace possibilità di trattamento disponibile per i pazienti affetti da tumore del testicolo e può essere impiegata da sola o in combinazione con la chirurgia o la radioterapia.

I chemioterapici attualmente impiegati per il tumore del testicolo sono somministrati comunemente per infusione in vena (somministrazione per endovena). In questo caso, la chemioterapia si riceve in ospedale nel reparto per pazienti esterni, ma talvolta potrebbe richiedere un breve ricovero di 4-5 giorni. Per l'infusione, che dura da pochi minuti a qualche ora, si può utilizzare una vena del braccio oppure si può inserire sotto la pelle a livello del braccio, della clavicola o del collo un tubicino o un piccolo serbatoio al fine di raggiungere una vena profonda dove il chemioterapico entra più agevolmente. Si parla in questo caso di accesso venoso centrale, che rimane disponibile permanentemente per l'intera durata del trattamento e può essere utilizzato non solo per somministrare i farmaci, ma anche per eseguire i prelievi.

Alcuni farmaci (es. *bleomicina*) possono essere somministrati anche per via intramuscolare con determinate precauzioni.

Ciascun ciclo di chemioterapia dura alcuni giorni ed è seguito da un periodo di riposo di alcune settimane per consentire all'organismo di superare gli effetti collaterali. Il numero totale di cicli dipende dalla risposta del tumore alla terapia.

In base all'obiettivo che s'intende conseguire, la chemioterapia può essere attuata:

- dopo l'intervento per ridurre il più possibile il rischio di recidiva (chemioterapia adiuvante a scopo precauzionale);
- per il trattamento di un tumore diffuso oltre il testicolo o ripresentatosi dopo l'orchietomia (v. pag. 16). In questo caso, lo scopo è distruggere le cellule tumorali nei vari distretti dell'organismo e ottenere la guarigione completa nella maggior parte dei casi (chemioterapia di prima linea);
- per il trattamento di un tumore che si è ripresentato dopo la chemioterapia di prima linea. In questo caso lo scopo è distruggere le cellule tumorali resistenti (chemioterapia di seconda o successiva linea).

I farmaci più utilizzati per il trattamento del tumore del testicolo, da soli o in combinazione e in funzione delle caratteristiche del tumore e del paziente, sono il *carboplatino* e lo schema PEB a base di *cisplatino*, *etoposide* e *bleomicina* (ma talvolta anche senza quest'ultima). Altri schemi da utilizzare in caso di mancata risposta allo schema PEB o di recidiva sono: PEI a base di *cisplatino*, *etoposide* e *ifosfamide*; TIP a base di *paclitaxel*, *ifosfamide* e *cisplatino*; VEP a base di *vinblastina*, *ifosfamide* e *cisplatino*; e TPG a base di *paclitaxel*, *cisplatino* e *gemcitabina*.

Vi è poi la chemioterapia ad alte dosi seguita da trapianto di cellule staminali (v. pag. 31), che consiste nella somministrazione di dosi molto elevate di chemioterapici con l'intento di eliminare le cellule tumorali resistenti alla terapia a dosi standard. Per contenere la durata e severità della riduzione dei **globuli bianchi**, dopo la chemioterapia viene reinfusa una certa quantità di cellule staminali precedentemente prelevate dal sangue del paziente. Deve essere eseguita in centri specializzati e richiede un ricovero di 2-3 settimane. Si propone solo dopo il fallimento di altre terapie standard, mai come terapia di prima linea.

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto. È vero che il trattamento potrebbe causare degli effetti collaterali anche fastidiosi, ma questi di solito pos-



Globuli bianchi: cellule ematiche che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.



Globuli bianchi: cellule ematiche che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.

Globuli rossi: cellule ematiche che trasportano l'ossigeno e altre sostanze a tutti i tessuti dell'organismo.

Antiemetici: farmaci molto efficaci in grado di prevenire o ridurre significativamente la nausea o il vomito.



Maggiori informazioni sono disponibili su:

- **La caduta dei capelli;**

- **La fatigue** per la gestione della stanchezza (La Collana del Girasole).

sono essere facilmente controllati con appositi farmaci. Gli effetti collaterali più comuni sono:

- **ridotta resistenza alle infezioni:** se, da un lato, i farmaci distruggono le cellule tumorali, dall'altro riducono temporaneamente la produzione di **globuli bianchi** da parte del midollo osseo, con conseguente aumento del rischio di contrarre infezioni. Il numero dei globuli bianchi di solito si normalizza prima del ciclo successivo di chemioterapia;
- **tendenza a sviluppare lividi o piccole emorragie** (ad esempio dalle gengive): la chemioterapia può provocare un abbassamento delle **piastrine**;
- **anemia:** se il livello dei **globuli rossi** si abbassa, vi sentirete molto stanchi e letargici, e potrete accusare anche mancanza di respiro;
- **nausea e vomito:** ancorché fastidiosi, si possono controllare efficacemente con gli **antiemetici**;
- **caduta dei capelli:** premesso che non tutti i chemioterapici causano la caduta dei capelli, se ciò avviene è importante sapere che i capelli ricresceranno nell'arco di 3-6 mesi dopo la conclusione del trattamento;
- **stanchezza** e senso generale di debolezza.

Ancorché fastidiosi e talvolta perfino invalidanti, gli effetti collaterali della chemioterapia scompariranno alla conclusione del trattamento. È utile smettere di fumare durante la chemioterapia e possibilmente anche dopo la fine della terapia.

Contraccezione e fertilità

È consigliabile evitare il concepimento per tutta la durata della chemioterapia, perché i farmaci potrebbero nuocere al feto. Si raccomanda quindi di utilizzare il preservativo (o altro metodo di barriera efficace) per l'intera durata del trattamento e per alcuni mesi (in genere 24) successivi alla sua conclusione. Inoltre, nelle 48 ore successive alla som-

ministrazione della chemioterapia è consigliabile non avere rapporti sessuali oppure utilizzare il preservativo allo scopo di proteggere la donna, in quanto nel liquido seminale potrebbero essere presenti tracce di chemioterapici.

La radioterapia

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Il ciclo di trattamento si esegue presso il centro di radioterapia dell'ospedale. Le sedute terapeutiche si effettuano di solito tutti i giorni con una pausa nel fine settimana. Il numero e la durata delle sedute terapeutiche dipendono dallo stadio della malattia e dalla finalità del trattamento (terapeutica o palliativa, v. sotto). Normalmente le radiazioni sono erogate dall'esterno da un'apposita macchina. La radioterapia può essere un'opzione terapeutica per il seminoma di stadio 2 con irradiazione dei linfonodi della **regione para-aortica**. Più raramente la radioterapia è utilizzata per colpire il tumore che si manifesta in altre aree del corpo. Per trarre il massimo beneficio dalla radioterapia, questa deve essere pianificata molto attentamente. L'elaborazione del piano di trattamento comprende il *centraggio*, ossia la demarcazione delle zone da irradiare, che si esegue per mezzo di una macchina detta *simulatore*. Al termine di questa seduta di simulazione, il tecnico di radiologia potrà segnare con inchiostro il campo d'irradiazione mediante appositi segni sulla cute. Nel corso del trattamento, tale zona dovrebbe rimanere il più possibile asciutta per evitare che la cute si iriti e che i segni sbiadiscano. Prima di ogni sessione di trattamento, il tecnico di radiologia vi posiziona correttamente sul lettino e verifica che siate comodi. Durante il trattamento, che durerà solo qualche



Maggiori informazioni sono disponibili su **La radioterapia** (La Collana del Girasole).



Regione para-aortica: regione situata davanti e ai lati della colonna vertebrale e dell'aorta addominale.

minuto, rimarrete soli nella sala, ma potrete comunicare con il tecnico che controllerà lo svolgimento della procedura dalla stanza a fianco. La radioterapia non è dolorosa, ma dovrete rimanere immobili fino al termine della sessione di trattamento.

Gli effetti più comuni della radioterapia in sede addominale sono:

- **senso di nausea e stanchezza:** si possono alleviare con la somministrazione di appositi farmaci, che probabilmente dovranno essere assunti per l'intera durata della terapia;
- **diarrea:** si può controllare con appositi farmaci. È consigliabile bere molto e ridurre il consumo di alimenti ricchi di fibre, quali frutta e verdura, verdura, legumi e cereali integrali;
- **sintomi simil-influenzali;**
- **dolore a livello toracico;**
- **tosse** e un aumento della secrezione con presenza di strie ematiche;
- **problemi di deglutizione:** potrebbero comparire dopo 2–3 settimane di trattamento e se le radiazioni infiammano l'esofago possono svilupparsi anche **pirosi** e indigestione;
- **stanchezza:** compare soprattutto verso la fine del trattamento. È importante dosare le forze concentrandosi su ciò che è indispensabile e riposare molto;
- **reazioni cutanee:** sono simili all'eritema solare; se il fastidio è insopportabile, è possibile utilizzare una crema lenitiva; di solito la situazione migliora gradualmente fino a scomparire alla conclusione del trattamento;
- **caduta di peli:** interessa soltanto l'area irradiata, i peli di solito ricrescono, dopo 3-6 mesi, ma talvolta quest'effetto potrebbe essere permanente.

Ancorché fastidiosi, gli effetti collaterali della radioterapia scompariranno alla conclusione del trattamento.

Fertilità

L'irradiazione dei linfonodi retroperitoneali non ha effetti sulla capacità di avere rapporti sessuali né è abitualmente causa definitiva di infertilità; tuttavia può provocare riduzione della fertilità ed è opportuno discutete di questi aspetti con il medico. È fortemente consigliato anche in questo caso, depositare un campione di sperma presso la banca del seme (v. pag. 34) prima dell'inizio della terapia, se pensate di avere figli in futuro.

Contraccezione

Durante la radioterapia, una piccola dose di radiazioni raggiunge il testicolo residuo. Ciò può avere effetti sul liquido seminale, per cui è consigliabile utilizzare un metodo contraccettivo durante il trattamento. Non è stato dimostrato che la radioterapia abbia effetti sui figli nati dopo il trattamento, ma è consigliabile utilizzare il preservativo (o altro metodo di barriera efficace) per i 6-12 mesi successivi alla sua conclusione.

Chemioterapia ad alte dosi seguita da trapianto di cellule staminali

Questa particolare modalità di chemioterapia consente la somministrazione di dosi di chemioterapici molto più alte di quelle utilizzate normalmente (dosi standard). Si attua di solito in caso di risposta incompleta alla chemioterapia, oppure in caso di recidiva dopo un primo trattamento di chemioterapia, allo scopo di aumentare le probabilità di guarigione eliminando eventuali cellule tumorali residue. Le cellule staminali emopoietiche sono importanti perché producono le cellule ematiche. La chemioterapia ad alte dosi, infatti, provoca la morte delle cellule tumorali, ma anche delle cellule staminali contenute nel midollo osseo. Per



Pirosi: sensazione di bruciore allo stomaco.



Maggiori informazioni sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).

questo motivo, prima della chemioterapia in dosi elevate il paziente è sottoposto a prelievo di sangue periferico, da cui si estraggono le cellule staminali da conservare fino al momento in cui potranno essere reinfuse dopo la somministrazione della chemioterapia. In questo modo si contiene la durata e severità della riduzione dei globuli bianchi. La chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule staminali si esegue in centri specializzati e richiede un periodo di ricovero di circa 2-3 settimane.

I controlli dopo le terapie

Concluse le terapie, dovrete sottoporvi a controlli periodici che comprenderanno visite mediche, analisi del sangue e alcuni esami strumentali (TAC, ecografia, RM o radiografie). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente *follow-up*. All'inizio i controlli hanno una frequenza più ravvicinata (abituamente ogni tre-quattro mesi) per poi diradersi nel tempo (una volta l'anno). Inoltre, se si è sottoposti a chemioterapia o radioterapia oppure se si accusano effetti collaterali dopo il trattamento, nei primi mesi sarebbe consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia.

Se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro avete dei problemi o avvertite nuovi sintomi, dovete contattare il medico che vi ha avuto in cura al più presto possibile. Molti pazienti riferiscono di sentirsi molto agitati, almeno all'inizio, nei periodi che precedono i controlli. Ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dagli amici oppure da una delle organizzazioni che si occupano di malati di cancro. L'intensità delle visite di controllo e degli esami relativi dipende da diversi fattori, tra cui il tipo istologico del tumore



Aimac potrà fornirvi gli indirizzi e i numeri di telefono (helpline di Aimac (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it).

testicolare, lo stadio di malattia iniziale, il beneficio ottenuto con il trattamento e il tipo di terapia effettuata. Poiché quasi tutti i casi di ricaduta avvengono nei primi due anni di follow-up, i controlli sono generalmente più frequenti nei primi due anni, per poi diradersi gradualmente fino al quinto anno.

L'infertilità e i disturbi sessuali

L'**infertilità** è l'incapacità di concepire un figlio naturalmente nell'arco di 12 mesi di rapporti sessuali eseguiti nel periodo fertile della partner. Stime europee indicano, inoltre, che circa il 20% di tutte le coppie soffre d'infertilità e che le patologie tumorali, assieme alle terapie che vengono utilizzate per curarle, rappresentano un importante fattore di rischio di l'infertilità sia maschile sia femminile. È stato dimostrato come nel maschio con tumore testicolare alla diagnosi la produzione degli spermatozoi possa essere ridotta o addirittura assente, soprattutto se sono presenti fattori di rischio noti per infertilità (ad esempio, precedente intervento per testicolo/i ritenuti in canale inguinale o in addome, precedenti traumi o infezioni testicolari, testicoli di piccolo volume). Pertanto, un soggetto infertile per alterata funzione testicolare deve essere sempre sottoposto a ecografia per escludere la presenza di un tumore. Tenendo conto della **prognosi** estremamente favorevole per i soggetti affetti da tumore del testicolo e della giovane età alla quale solitamente insorge la malattia, è fondamentale preservare la fertilità di quei soggetti che dovranno sottoporsi a trattamenti antitumorali, in particolare alla chemioterapia, che può compromettere la qualità e la quantità degli spermatozoi fino a determinarne l'assenza totale nel liquido seminale dal 4 al 30% dei casi. In particolare, sembra che la maggiore compromissione si



Infertilità: incapacità di concepire un figlio naturalmente nell'arco di 12 mesi di rapporti sessuali avuti nel periodo fertile della donna.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulato sulla base delle condizioni del malato, delle possibilità terapeutiche, delle possibili complicazioni o delle condizioni ambientali.



Spermatogenesi: processo di maturazione delle cellule germinali maschili che ha inizio nei testicoli al raggiungimento della pubertà sotto lo stimolo degli ormoni FSH e testosterone.



Maggiori informazioni sulla banca del seme sono disponibili su **Pa-dre dopo il cancro** (La Biblioteca del Girasole).

abbia dopo 3-6 mesi dal termine dei trattamenti, con variazioni legate al tipo di terapia, alla dose e alla durata della somministrazione. È noto anche che il tempo di recupero della **spermatogenesi** è più lento (fino a 24 mesi dopo il termine dei trattamenti) nei casi in cui siano somministrati più di 3 cicli di chemioterapia o dopo radioterapia. Se a seguito di un intervento chirurgico di linfadenectomia si verifica la rara, ma possibile, alterazione delle vie nervose con conseguente disturbo dell'eiaculazione, è possibile provare a recuperare gli spermatozoi attraverso particolari farmaci o mediante una stimolazione elettrica vibratoria del pene.

La scelta migliore per la preservazione della fertilità nei soggetti affetti da tumore del testicolo è rappresentata dal congelamento (crioconservazione) degli spermatozoi eiaculati, da effettuare prima di iniziare terapie potenzialmente tossiche per i testicoli. Questa possibilità non è fattibile nei bambini per i quali a oggi non vi sono ancora strategie efficaci per preservare la fertilità.

Si suggerisce di cercare la procreazione dopo due anni dal termine della chemioterapia per evitare possibili (anche se rari) danni dei farmaci sugli spermatozoi.

L'asportazione del testicolo può determinare un'alterazione della percezione di sé, che può associarsi a varie manifestazioni sessuali. Si può avere riduzione del desiderio, minore ricerca dell'attività sessuale, alterata sensazione orgasmica, diminuita rigidità del pene ed eiaculazione ritardata. Tali manifestazioni si rendono evidenti dopo circa 6 mesi dall'intervento chirurgico e sono essenzialmente legate a cause di natura psicologica.

Aspetti psicologici del tumore al testicolo

Come già sottolineato, i tumori del testicolo sono curabili in un'ampia percentuale di soggetti, con una potenziale aspettativa di vita che nella malattia iniziale è paragonabile a quella della popolazione generale. Tuttavia, le sequele della diagnosi e dei trattamenti possono avere un impatto negativo sulla qualità della vita, sulla sfera psicologica e sessuale. L'esperienza di una diagnosi di tumore del testicolo avviene in periodi "critici" del ciclo di vita, quali l'adolescenza e la giovinezza, in cui i giovani si apprestano a diventare indipendenti, a stabilire intime relazioni affettive anche nella prospettiva di creare una famiglia, a esplorare a fondo la propria sessualità, a coltivare prospettive professionali, a formarsi una personale visione del mondo; dunque il desiderio di normalità è ancor più fortemente sentito.

La sofferenza psichica associata all'esperienza della malattia oncologica, dunque, può assumere un aspetto rilevante nella vita e nelle relazioni di tutti i giorni tanto da generare in taluni casi disturbi quali ansia e depressione, che richiedono un intervento psicologico.

Quanto è importante il coinvolgimento del paziente nelle decisioni cliniche?

È molto importante il coinvolgimento attivo del paziente nella decisione della scelta terapeutica del tumore del testicolo, quando sono possibili diverse opzioni di cura. In tale ambito, la relazione medico-paziente deve essere una vera e propria "relazione di partnership" tra il giovane malato e l'équipe che lo prende in carico, in considerazione del rapporto costi-benefici inerenti a ciascuna opzione terapeutica e all'esigenza di fare scelte efficaci sul piano clinico, che tengano conto dell'evidenza scientifica, delle risorse sanitarie disponibili, delle implicazioni cliniche e

delle preferenze del paziente.

Gli aspetti che devono essere considerati dall'équipe e dal paziente per il raggiungimento di una scelta terapeutica condivisa e consapevole sono:

- informazioni su diagnosi e prognosi;
- progressi scientifici, linee guida e raccomandazioni;
- disponibilità di opzioni terapeutiche;
- benefici/rischi/costi di ciascuna opzione;
- considerazione delle abilità, delle competenze e del senso di autoefficacia del paziente;
- chiarimenti circa dubbi e/o incertezze;
- programmazione dei controlli.

Per la presa in carico dei pazienti con tumore del testicolo richiede, un'équipe multidisciplinare integrata, formata da specialisti con elevata esperienza in questa malattia e nei trattamenti, con una specifica competenza sul piano della comunicazione e della relazione medico-paziente, volta a finalizzare in modo ideale la scelta di trattamento.

L'importanza dello stato nutrizionale

Il paziente con tumore evidenzia spesso una perdita di peso conseguente a un'alimentazione insufficiente o inadeguata per mancanza di appetito e per fattori legati alla malattia e alle terapie cui viene sottoposto. Questa condizione, definita malnutrizione, va sempre prevenuta e contrastata efficacemente, poiché il mantenimento del peso e soprattutto della massa muscolare consente al malato di essere trattato più efficacemente, di sviluppare un minor numero di complicanze legate alle terapie e di preservare più a lun-

go una buona autonomia funzionale e una soddisfacente qualità di vita.

Le società scientifiche di oncologia medica (AIOM) e di nutrizione clinica (SINPE) unitamente alla Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (F.A.V.O.) hanno sottoscritto la **Carta dei Diritti del Paziente Oncologico all'Appropriato e Tempestivo Supporto Nutrizionale** al fine di sensibilizzare anche il paziente sull'importanza del controllo dello stato nutrizionale. È, infatti, di fondamentale importanza che il paziente sia inserito, sin dal momento della diagnosi, in un percorso di controlli (visite ed esami) finalizzati a prevenire e correggere tempestivamente il prevedibile deterioramento dello stato di nutrizione legato alla malattia e alle terapie. Ogni malato ha diritto a ricevere una valutazione specialistica completa e tempestiva del proprio stato nutrizionale, che fornisca indicazioni sull'eventuale presenza del rischio di malnutrizione e su come adeguare, se necessario, la propria alimentazione. Qualora si manifesti una perdita di peso, o comunque uno stato di malnutrizione, ha diritto alla prescrizione di un supporto nutrizionale appropriato - anche con l'aiuto di integratori orali o, in casi più gravi, attraverso la nutrizione artificiale (per via endovenosa o attraverso sondino sonde o stomie) - da parte di personale specializzato (medico nutrizionista, dietista), che, in collaborazione con l'oncologo, gli fornirà indicazioni personalizzate anche in base al tipo di malattia e alle cure in atto o previste.

Inoltre, AIOM e SINPE mettono in guardia sulla diffusa e pericolosa disinformazione ad opera di internet, libri, programmi televisivi e radiofonici circa l'efficacia di ipotetiche diete ipocaloriche e ipoproteiche anti-cancro, non supportate da alcuna evidenza scientifica e potenzialmente dannose per il paziente in quanto in grado di causare o aggravare lo stato di malnutrizione.



[www.favo.it/
pubblicazioni/1500-
carta-diritti-nutrizione.
html](http://www.favo.it/pubblicazioni/1500-carta-diritti-nutrizione.html)



Maggiori informazioni sugli aspetti nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) che può essere richiesto alla segreteria di Aimac (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.



La comunicazione in famiglia

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un congiunto o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta l'evento cancro è inizialmente negato e ci si comporta come se niente fosse. Spesso il silenzio rispetto alla malattia e alle sue conseguenze è un modo per proteggere sia la persona malata sia il familiare dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia. Purtroppo, però, la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia e può contribuire ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare è un modo per facilitare la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla propria situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.

Parlare ai bambini. Il modo migliore per comunicare con i bambini è un approccio schietto e onesto, perché anche i più piccoli percepiscono che qualcosa non va, e le fantasie che si sviluppano attorno a situazioni che non si capiscono possono essere di gran lunga peggiori della realtà. L'importante è comunicare la verità nel modo più appropriato alla loro età. Gli adolescenti vivono una fase evolutiva in cui si provano sentimenti contrastanti verso i genitori, manifestando la loro rabbia e desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accentuare la rabbia nei suoi confronti, portandoli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su ***Non so cosa dire – Come parlare al malato di cancro*** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su ***Cosa dico ai miei figli? – Una guida per il genitore malato di cancro*** (La Collana del Girasole).

Come potete aiutare voi stessi



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Una reazione comune di fronte alla diagnosi di tumore è affidarsi completamente ai medici e agli ospedali. In parte ciò è vero, ma ci sono molte cose che voi potete fare. Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo. Non esitate a porre domande, anche se sono le stesse, e se lo volete chiedete al medico specialista di mettervi sempre al corrente della situazione.

In alcuni momenti vi sentirete molto stanchi solo per lo sforzo di pensare a ciò che potrebbe esservi necessario. Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui vi sentirete abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. In tali casi non esitate a richiedere un aiuto specializzato, a cui troppo spesso non si ricorre per paura di mostrare gli aspetti più vulnerabili di sé.



Mantenere una progettualità.

Alcune persone cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze che si sono sempre sognate o dedicarsi ad interessi che venivano trascurati e rimandati nel tempo. Mantenere la propria vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma non fatevi problemi se avete bisogno di riposare. Fare un po' di esercizio fisico, purché non sia troppo impegnativo, solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. È sempre bene, tuttavia, consultare lo specialista prima di iniziare qualunque programma di esercizi fisici.



Imparare a volersi bene.

Anche se in alcuni momenti forse avrete voglia di stare un po' soli con voi stessi, condividere i vostri sentimenti con gli altri può aiutarvi ad affrontare la malattia e i trattamenti. A volte il periodo più difficile è rappresentato proprio dalla fine del trattamento, poiché uscire dall'ospedale e

da un iter terapeutico stabilito può provocare un senso di solitudine e incertezza. Molti dichiarano di sentirsi depressi ed emotivamente fragili, e non contenti e sollevati come, invece, avrebbero pensato. Altri ritengono che parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici possa aiutarli ad individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Essendo una persona competente ed esterna, rispetto al malato e alla sua rete familiare, può aiutare a districare pensieri, sentimenti e idee non sempre facili da esternare e spesso difficili da condividere.

Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto, in cui si conoscono altre persone che vivono la vostra stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone che vivono la stessa esperienza può essere un modo per dare espressione a quei sentimenti di cui avete preferito non parlare con parenti e amici, oltre che un mezzo per apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi della vita quotidiana.



Richiedere il sostegno psicologico.



Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.

I trattamenti non convenzionali



Maggiori informazioni sono disponibili su: **I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico** (La Collana del Girasole).

I trattamenti non convenzionali¹ possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che diano loro più forza per affrontare i trattamenti e maggiore fiducia nel beneficio che ne otterranno.

Alcune tecniche a mediazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione d'immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto sia alla presenza di un esperto che da soli. Altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti, e possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche.

Il contatto fisico, il semplice sfioramento delle dita possono essere un potente strumento di sostegno per persone che devono affrontare un futuro d'incertezze, ansia e dolore, a livello fisico ed emotivo. Sfiorare qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà.

Alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico offrono la possibilità di seguire delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza e lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

2. Per chiarezza, va spiegato che con il termine trattamenti si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta;

non convenzionali: sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se fate parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori di quello convenzionale. Se parteciperete ad uno studio clinico sarete sottoposti ad una serie di controlli molto rigorosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente.

Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarete i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.



Maggiori informazioni sugli studi clinici sono disponibili sul libretto **Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato** (La Collana del Girasole).

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro



Maggiori informazioni sui diritti dei malati di cancro sono disponibili su ***I diritti del malato di cancro*** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di Aimac (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, ed ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi e congedi per l'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.

Link utili

Per verificare quali sono i centri ad alto volume di attività di chirurgia oncologica del testicolo, individuati sulla base delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e delle procedure diagnostiche e/o chirurgiche considerate necessarie al trattamento del caso, è possibile consultare il sito **www.oncoguida.it**, realizzato da Aimac in collaborazione con la Direzione Generale Digitalizzazione Sistema Informativo Sanitario e Statistica del Ministero della Salute e con la Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO).

La Helpline

La helpline di Aimac: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**



I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura. Omogenei per approccio al paziente e attività, distribuiscono gratuitamente materiale informativo per i pazienti e i loro familiari e svolgono attività di ricerca per individuarne i nuovi bisogni. Per i nomi e gli indirizzi dei singoli ai centri rivolgersi ad Aimac (840 503579) oppure consultare il sito dell'associazione all'indirizzo www.aimac.it.



La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Il mieloma multiplo
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro del testicolo

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

Aimac pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas**
- Adroterapia
- Biologici e biosimilari
- Chi è il caregiver – Il suo ruolo a fianco del malato oncologico
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- Il tumore dello stomaco - La vita dopo la gastrectomia**
- Immuno-oncologia, di cosa si tratta?
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Patologie oncologiche e invalidanti - Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

****** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui Aimac è socio

Aimac è una Onlus iscritta nel Registro delle
Associazioni di Volontariato della Regione Lazio.
Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione
e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione.
Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad Aimac** (quota associativa € 30 per i soci ordinari, € 150 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a Aimac
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "Aimac – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a Aimac, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.Aimac.it



AIMaC è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



aimac

associazione italiana malati
di cancro, parenti e amici

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
TUMORE
DEL TESTICOLO



AITT Associazione Italiana Tumore del Testicolo

Via della Libertà 1176 - 80010 Villaricca (NA) - Tel. 349 4277774
www.associazioneitalianatumoredeltesticolo.it
web@associazioneitalianatumoredeltesticolo.it