



lega contro il cancro

Il cancro del testicolo

Un'informazione della Lega
contro il cancro



Le Leghe contro il cancro in Svizzera: prossimità, confidenzialità, professionalità

Offriamo consulenza e sostegno di prossimità ai pazienti oncologici, ai loro familiari e amici. Nelle 60 sedi delle Leghe contro il cancro operano un centinaio di professionisti ai quali si può far capo gratuitamente durante tutte le fasi della malattia.

Le Leghe cantonali organizzano campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle malattie tumorali presso la popolazione, con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari e quindi ridurre il rischio individuale di ammalarsi di cancro.

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, casella postale,
3001 Berna, tel. 031 389 91 00,
www.legacancro.ch

4ª edizione

Direzione del progetto e redazione in tedesco

Barbara Karlen, specialista pubblicazioni,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza specialistica

Prof. Dr. med. Jörg Beyer, clinica universitaria
di oncologia medica, Inselspital di Berna

Dr. med. Alexandros Papachristofilou, clinica
di radioterapia e radio-oncologia, Ospedale
universitario di Basilea

Prof. Dr. med. Cyrill Rentsch, MD-PhD, capo-
servizio di urologia, direttore della ricerca
clinica in urologia, Ospedale universitario di
Basilea

Consulenza in veste di persona colpita

Ringraziamo la persona interessata per
l'attenta rilettura del manoscritto e il prezioso
feedback.

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Guido Biscontin, specialista diagnosi precoce
e screening; Dr. med. Aline Flatz, ex collabora-
trice scientifica tendenze, studi e supporto

Lettorato in tedesco

Silvia Mangada, specialista pubblicazioni,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Edizioni precedenti

Dr. med. Gianluca Giannarini, ex sostituto
capoclinica, clinica e ambulatorio di urologia,

Inselspital di Berna; Dr. med. Karin Huwiler,
Lega svizzera contro il cancro, Berna; Dr.
med. Emanuel Jacky, capoclinica, clinica e
ambulatorio di oncologia, Ospedale univer-
sitario di Zurigo; Sabine Jenny, Lega svizzera
contro il cancro, Berna; Ruth Jahn, giorna-
lista scientifica, Berna; Nicole Maeder, Lega
svizzera contro il cancro, Berna; Prof. Dr. med.
Tullio Sulser, direttore della clinica di urologia,
Ospedale universitario di Zurigo; Prof. George
N. Thalmann, direttore e primario della clinica
universitaria di urologia, Inselspital di Berna;
Dr. med. Mark Witschi, Lega svizzera contro il
cancro, Berna

Immagine di copertina

Adamo ed Eva di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 8: Frank Geisler, illustratore scientifico,
Berlino

pp. 10, 11: Willi R. Hess, disegnatore
scientifico, Berna

Immagini

pp. 4, 20, 28: shutterstock.com

Traduzione in italiano

Paolo Valenti, Zurigo

Lettorato in italiano

Lorenzo Terzi, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

Design

Lega svizzera contro il cancro

Stampa

Jordi AG, Belp

Questo opuscolo è disponibile anche in tedesco e francese.

© 2021, 2016, 2011, 2004 Lega svizzera contro il cancro, Berna
4ª edizione rielaborata

Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Che cos'è il cancro?**
- 9 Il cancro del testicolo**
 - 9 Anatomia e funzione dei testicoli
 - 10 Il cancro del testicolo
 - 13 Possibili cause e rischi
 - 15 Possibili disturbi e sintomi
- 17 Esami e diagnosi**
 - 17 Primi accertamenti
 - 17 Ulteriori esami
 - 21 Stadi della malattia
- 27 Possibili trattamenti**
 - 29 Intervento chirurgico: asportazione del testicolo
 - 31 Sorveglianza attiva
 - 34 Asportazione di linfonodi
 - 34 Chemioterapia
 - 37 Radioterapia
- 40 Pianificazione del trattamento**
 - 41 Obiettivi terapeutici
 - 42 Chieda consiglio e assistenza
 - 45 Terapia di un tumore benigno
 - 45 Terapia di una neoplasia a cellule germinali *in situ*
 - 46 Terapia del seminoma
 - 47 Terapia di un non seminoma
 - 50 Studi clinici
- 51 Gestione degli effetti indesiderati**
 - 52 Effetti sulla fertilità e sulla sessualità
 - 55 Protesi testicolare sì o no?
- 56 Ulteriori trattamenti**
 - 56 Terapia del dolore
 - 56 Riabilitazione oncologica
- 58 Il rientro nella vita quotidiana**
 - 59 Il ritorno al lavoro
- 60 Controlli periodici**
- 61 Consulenza e informazione**



Caro lettore, cara lettrice

Quando nel testo è utilizzata soltanto la forma maschile o femminile, questa si riferisce a entrambe.

Le informazioni fornite in questo opuscolo intendono aiutarla a gestire la malattia. In queste pagine sono descritte in modo dettagliato l'insorgenza, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza dopo il trattamento del cancro del testicolo. Trova importanti indicazioni per il periodo durante e dopo le terapie e sulle svariate offerte di sostegno che potranno aiutarla a convivere con questo tumore.

Il cancro del testicolo è curabile negli stadi iniziali e anche in quelli più avanzati nella maggior parte delle persone colpite. Nei rari casi in cui non sia possibile raggiungere la guarigione definitiva, le misure di accompagnamento preservano e promuovono la qualità della vita.

Non esiti a porre domande all'equipe curante e si lasci aiutare anche dalle persone che Le stanno vicine.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro può trovare informazioni e consigli utili. I consulenti specializzati delle Leghe cantonali e regionali contro il cancro e della Linea cancro sono a Sua disposizione per assisterla in tutte le questioni relative al cancro. Trova i recapiti dei servizi di consulenza a partire da pagina 61.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

Che cos'è il cancro?

Il termine «cancro» denota un insieme di malattie diverse. Quello che le accomuna è la trasformazione patologica di alcune cellule del corpo, che si moltiplicano in modo incontrollato.

Spesso il cancro è chiamato anche «tumore». Un tumore è un accumulo patologico di tessuto formato dalla proliferazione incontrollata di cellule. Si distinguono i tumori benigni da quelli maligni. Si parla di «malattia tumorale», di «cancro», solo quando il tumore è maligno.

I **tumori benigni** crescono di solito lentamente e comprimono il tessuto circostante, ma non lo distruggono. Mantengono un confine netto con i tessuti adiacenti.

Il volume crescente dei tumori benigni può causare disturbi e danni, ad esempio in seguito alla compressione di nervi o al restringimento di vasi sanguigni. In questi casi è necessario un trattamento anche per questi tumori.

Alcuni tumori benigni, inoltre, possono evolversi in tumori maligni.

I **tumori maligni** crescono in modo incontrollato e spesso anche rapidamente, comprimendo e distruggendo i tessuti adiacenti. Molti tumori maligni si infiltrano nel tessuto sano e lo danneggiano.

Le cellule di un tumore maligno sono chiamate «cellule tumorali» o «cellule cancerose». Esse possono diffondersi nel corpo attraverso i vasi linfatici e sanguigni. Un accumulo di cellule cancerose in un'altra regione del corpo è chiamato «metastasi».

L'**aggressività** di un tumore maligno indica la velocità di proliferazione delle sue cellule e la rapidità nel formare metastasi e recidive (ricomparsa del tumore dopo la terapia). I tumori aggressivi crescono più rapidamente, formano prima metastasi e ricompaiono dopo un tempo più breve.

Esistono oltre duecento tipi di cancro. Di solito vengono denominati in base all'organo colpito o al tipo di cellule da cui essi si sviluppano.

Come mai si sviluppa un cancro?

I tessuti e gli organi che formano il corpo umano sono costituiti da miliardi di cellule. In ogni cellula è racchiuso il piano di costruzione dell'individuo, il cosiddetto «patrimonio genetico».

Diversi influssi possono danneggiare il patrimonio genetico. Normalmente la cellula che ha subito il danno è in grado di ripararlo, oppure muore.

Se però il danno al patrimonio genetico non è riconosciuto né rimosso, le cellule difettose possono moltiplicarsi liberamente e con il tempo formare un cancro. Possono trascorrere molti anni prima che da una cellula sana insorga un cancro.

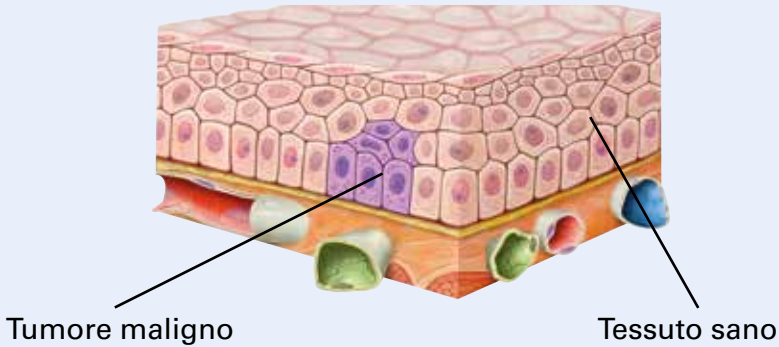
Si conoscono alcuni fattori che possono causare lo sviluppo di un tumore maligno. Questo non significa però che la loro presenza porti necessariamente allo sviluppo di questa malattia. Sono solo fattori di rischio, ossia, aumentano la probabilità di ammalarsi.

Spesso non è chiaro neppure per i medici perché una persona sviluppi un cancro e un'altra no. Nessuno ha colpa se si ammala: il cancro può colpire chiunque.

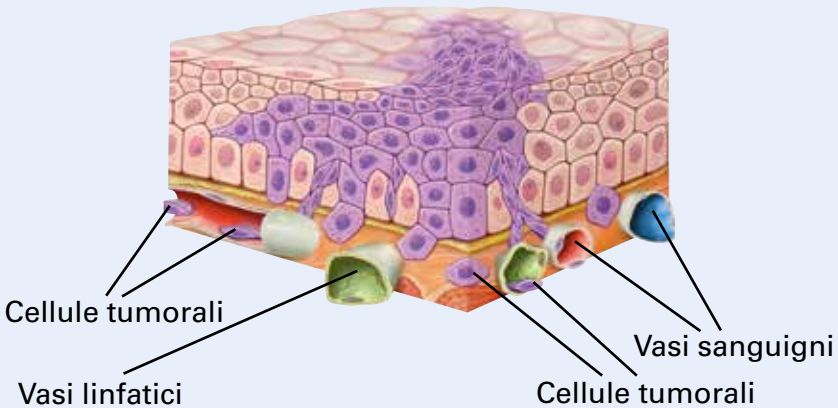
Come si forma un tumore

Esempio: cancro in una mucosa

1. Il tumore comincia a crescere nel tessuto sano.



2. Il tumore si infiltra nei tessuti adiacenti. Attraverso i vasi sanguigni (in rosso/blu) e linfatici (in verde), le cellule tumorali si diffondono in altri organi dove formano metastasi.



Il cancro del testicolo

Anatomia e funzione dei testicoli

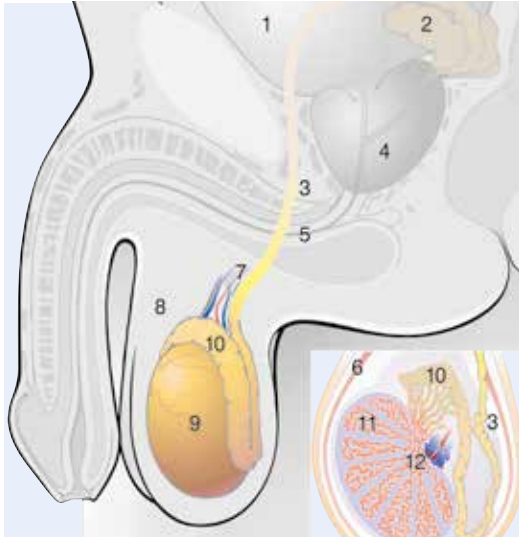
I due testicoli sono avvolti da una capsula formata da vari strati. Sono situati nello scroto (una sacca di pelle e muscoli), posto direttamente sotto il pene.

I testicoli sono le ghiandole sessuali maschili. Al loro interno si formano dalle cellule germinali le cellule seminali (spermatozoi). Anche il principale ormone sessuale maschile, il testosterone, è prodotto dai testicoli.

Il testosterone regola lo sviluppo degli organi sessuali maschili, la sensazione di piacere, la capacità erettile e la formazione dei caratteri sessuali secondari, come la voce profonda e la crescita della barba.

Gli spermatozoi passano dai testicoli agli epididimi attraverso un ramificato sistema di dotti. Gli epididimi sono situati sul lato posteriore dei testicoli e sono percepibili al tatto.

Gli spermatozoi maturano all'interno degli epididimi, dove vengono immagazzinati. Al momento dell'eiaculazione sono spinti attraverso il dotto seminale e la prostata, finiscono nell'uretra e sono espulsi dal pene, insieme al liquido secreto dalle vescicole seminali che fornisce loro l'energia per muoversi.



Vista laterale e sezione del testicolo

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

Il cancro del testicolo

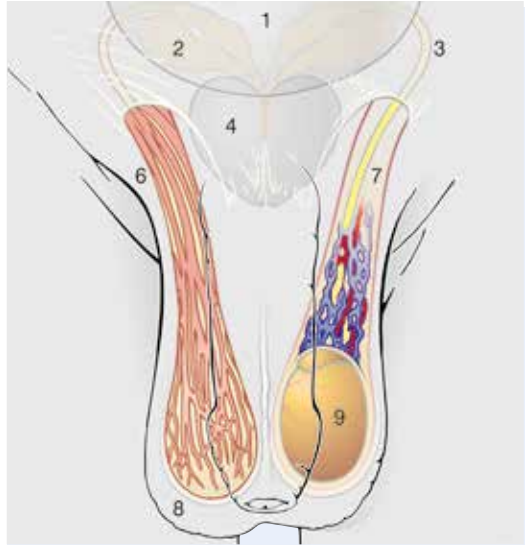
Il cancro del testicolo si forma quando le sue cellule degenerano e si moltiplicano in modo incontrollato. Di solito il cancro colpisce solo un testicolo. Raramente può insorgere in un secondo momento un tumore nell'altro testicolo inizialmente sano. L'eventualità che il cancro compaia simultaneamente in entrambi i testicoli è ancora più rara.

Il cancro del testicolo si sviluppa nella maggior parte dei casi dal tessuto germinale e raramente dal tessuto connettivo interstiziale. Il tessuto germinale produce gli spermatozoi, il tessuto connettivo gli ormoni che regolano la produzione di testosterone e sperma.

Il cancro si diffonde inizialmente all'interno del testicolo, in seguito infiltra l'epididimo e il funicolo spermatico. Con la progressione

Vista frontale

- 7 Funicolo spermatico
con vasi sanguigni,
nervi e dotto deferente
- 8 Scroto
- 9 Testicolo
- 10 Epididimo
- 11 Tubulo seminifero
- 12 Rete testicolare



della malattia, le cellule cancerose prendono il posto di quelle sane.

Le cellule cancerose possono raggiungere attraverso i vasi linfatici o sanguigni i linfonodi vicini o altri organi dove formano metastasi.

Le localizzazioni più frequenti delle metastasi di cancro del testicolo sono i linfonodi della regione addo-

minale posteriore e i polmoni. Più rare sono le metastasi nel fegato, nel cervello e molto rare quelle nelle ossa o in altri organi.

Il cancro del testicolo è curabile nella maggior parte dei casi anche in uno stadio avanzato. Negli stadi iniziali si beneficia della probabilità maggiore di guarire e le terapie sono meno intensive.

Tipi di cancro del testicolo

La maggior parte dei tumori maligni del testicolo insorge dal tessuto germinale, che produce gli spermatozoi. Per questo prendono il nome di «tumore testicolare delle cellule germinali».

In base all'esame al microscopio (istologico), i tumori a cellule germinali sono suddivisi in tre grandi gruppi. La distinzione tra seminomi, non seminomi e teratomi è importante perché sono trattati diversamente. I tumori misti, composti da più di un gruppo istologico, sono frequenti e vengono trattati come non seminomi.

Seminomi

Circa il 60 per cento dei tumori a cellule germinali è un seminoma puro: la maggior parte degli uomini colpiti ha un'età compresa tra i 25 e i 40 anni.

Non seminomi

Quasi il 40 per cento dei tumori a cellule germinali è composto da non seminomi o da tumori misti con componenti di seminoma, non seminoma e teratoma. Raramente i

non seminomi possono contenere cellule cancerose non provenienti dalla linea germinale. La maggior parte degli uomini colpiti ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni.

I non seminomi sono ulteriormente suddivisi in sottogruppi con nomi particolari come carcinoma embrionale, coriocarcinoma o tumore del sacco vitellino. I tumori misti che includono diversi di questi sottogruppi sono frequenti.

Teratomi

I teratomi sono composti in prevalenza da tessuti maturi. Non rispondono a una chemioterapia o a una radioterapia, per cui devono essere asportati chirurgicamente. I teratomi sono frequentemente associati a un non seminoma: un teratoma puro è raro.

Neoplasia a cellule germinali *in situ*

Una neoplasia a cellule germinali *in situ* è un precursore del cancro del testicolo. Viene abbreviata in GC-NIS (dall'inglese *germ cell neoplasia in situ*). Gli specialisti ritengono che tutti i tipi di tumori a cellule germi-

nali si sviluppino a partire da una GCNIS.

Tumori a cellule germinali esterni al testicolo

I tumori a cellule germinali possono svilupparsi anche al di fuori dei testicoli, se nello sviluppo fetale rimangono cellule germinali nel resto del corpo. Il tumore originario, o «primitivo», è localizzato fuori dal testicolo.

In questi che gli specialisti chiamano «tumori a cellule germinali extragonadici» devono essere esaminati anche i testicoli, poiché la presenza di una cicatrice potrebbe indicare un tumore del testicolo recidivo. Si parla di «tumore autorecridivo» o «burned-out» quando un tumore testicolare recidiva spontaneamente lasciando una cicatrice. In questi casi può essere necessario asportare anche il testicolo.

I tumori a cellule germinali puramente extragonadici, in cui i testicoli non presentano anomalie, sono rari.

Le sedi più frequenti di tumori germinali extragonadici sono:

- un linfonodo retrosternale (mediastinico);
- un linfonodo addominale (retroperitoneale);
- il cervello.

I tumori extragonadici sono trattati come un cancro del testicolo.

Tumori stromali del testicolo

I tumori stromali si sviluppano dalle cellule del tessuto connettivo (stroma) dei testicoli e sono nella maggior parte dei casi benigni. Solo una piccola parte è maligna e forma raramente metastasi in altri organi. I tumori stromali sono asportati chirurgicamente, ma di solito non è necessario rimuovere tutto il testicolo colpito.

Possibili cause e rischi

Il cancro del testicolo è un tumore raro. In Svizzera si registrano ogni anno circa 470 nuovi casi, che rappresentano circa il 2 % di tutti i casi di cancro della popolazione maschile. Ciò nonostante è il tipo più

frequente di cancro negli uomini sotto i 40 anni.

In linea di principio ogni uomo può ammalarsi di cancro del testicolo. Non si conoscono cause inequivocabili della malattia, ma alcuni fattori sembrano avere un ruolo decisivo nello sviluppo di un cancro del testicolo.

Criptorchidismo

La mancata discesa di un testicolo nel sacco scrotale, chiamata «criptorchidismo» o «ritenzione del testicolo», si verifica se nello sviluppo fetale non avviene o non si completa la migrazione del testicolo dalla cavità addominale nello scroto. Il rischio di cancro rimane elevato anche dopo il riposizionamento chirurgico del testicolo, ma i controlli sono più semplici se il testicolo viene traslocato dall'addome al sacco scrotale.

Cancro del testicolo in famiglia

Il rischio di ammalarsi di cancro del testicolo aumenta se un parente di primo grado (padre, fratello) ha già avuto questa malattia.

Altri fattori di rischio

- Precedente cancro del testicolo (ossia, dell'altro testicolo, anche dopo che è stato curato).
- Infertilità.
- Disfunzione delle gonadi (per es. la sindrome genetica di Klinefelter).

Non sono fattori di rischio

Il testicolo retrattile, o «in ascensore», non è un fattore di rischio. Si tratta di un difetto di posizione in cui il testicolo, ad esempio quando fa freddo, si sposta temporaneamente verso l'alto o, in casi rari, fin nella cavità addominale.

Non è mai stata dimostrata un'associazione tra cancro del testicolo e frequenza della masturbazione o dei rapporti sessuali, indossare pantaloni molto attillati o praticare sport come la boxe, il ciclismo o il calcio.

Perché io?

Nessuno può mettersi completamente al riparo dal cancro. Possono ammalarsi sia le persone che conducono una vita sana, sia le persone con comportamenti dannosi per la

salute. In parte è una questione legata alla casualità o fatalità.

Ciò nonostante, è possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. L'opuscolo della Lega contro il cancro intitolato «Quando anche l'anima soffre» (vedi p. 65) affronta lo stress psicologico indotto dalla malattia.

Diagnosi precoce del cancro del testicolo

Non esiste una raccomandazione generale per la diagnosi precoce del cancro del testicolo.

La maggior parte delle persone colpite lo scopre da sé. Agli uomini con criptorchidismo, presenza del cancro del testicolo in famiglia, precedenti di cancro del testicolo, infertilità o disfunzione delle gonadi si raccomanda di effettuare periodicamente l'autopalpazione dei testicoli. È importante conoscere i sintomi del cancro del testicolo e consultare un urologo qualora si noti qualsiasi cambiamento fisico.

Possibili disturbi e sintomi

Il cancro del testicolo in genere è riconoscibile già in uno stadio precoce. Il sintomo principale è un rigonfiamento o un indurimento nel testicolo, di solito palpabile e indolore (di rado può essere doloroso).

Altri disturbi e sintomi:

- sensazione di pesantezza nella regione dei testicoli;
- senso di tensione nei testicoli o nella regione inguinale;
- infertilità;
- raramente ingrossamento delle mammelle.

Disturbi e sintomi supplementari negli stadi avanzati:

- stanchezza, calo del rendimento;
- mancanza di appetito, nausea;
- perdita di peso non voluta;
- dolore alla schiena o addominale;
- mancanza di respiro, tosse con sangue.

Questi ultimi sintomi potrebbero segnalare l'infiltrazione di linfonodi o la formazione di metastasi a distanza. Tuttavia, potrebbero essere causati anche da malattie benigne o risultare innocui.

In ogni caso, questi sintomi devono essere esaminati da un medico: può darsi che richiedano un trattamento.

Disturbi e sintomi possono anche scomparire del tutto e ripresentarsi in seguito.

Le alterazioni dei testicoli non devono essere ignorate

Qualsiasi alterazione dei testicoli deve essere esaminata da un urologo, anche se non si avvertono dolori.

Non rimandi la visita medica, nemmeno se spera che i sintomi regrediranno spontaneamente. Fissi un appuntamento in tempi brevi.

Gli uomini sono in genere più restii a chiedere aiuto. Non liquidi come insignificante il cambiamento che ha notato nel Suo testicolo. Solo il controllo medico potrà darle la certezza che tutto è a posto o che sono necessari ulteriori accertamenti.

Esami e diagnosi

Se sospetta un cancro del testicolo, il medico prescrive diversi esami.

L'ecografia serve anche per individuare alterazioni dei linfonodi e degli organi interni.

Primi accertamenti

Anamnesi ed esame obiettivo

La serie di domande approfondite che il medico pone al paziente si chiama «anamnesi». Il medico mira a individuare eventuali fattori di rischio, disturbi e sintomi, altre malattie, desidera sapere come sono le Sue condizioni di vita e se assume medicinali.

Il medico esegue un esame palpatorio dei testicoli alla ricerca di noduli. Controlla anche se c'è un ingrossamento di linfonodi e delle ghiandole mammarie.

Ecografia

Gli ultrasuoni permettono di visualizzare con precisione e in modo totalmente indolore l'interno dei testicoli. Sullo schermo il medico distingue i vari strati e tipi di tessuto e può riconoscere se sono alterati.

Ulteriori esami

La palpazione dei testicoli e l'ecografia sono gli esami preliminari che forniscono indizi sulla presenza o l'assenza di un tumore.

Per la diagnosi definitiva occorrono ulteriori esami. La loro scelta dipende dalla situazione iniziale del paziente e dai reperti riscontrati.

Ricerca dei marcatori tumorali sierici nel sangue

Con un prelievo di sangue si può determinare se i marcatori tumorali sono elevati. I marcatori sono sostanze rilasciate dalle cellule cancerose e di cui si può misurare la concentrazione nel siero (parte liquida del sangue senza le cellule e i fattori di coagulazione), per questo sono chiamati anche «marcatori tumorali sierici».

Nel cancro del testicolo vengono determinati i seguenti marcatori sierici:

- alfa-fetoproteina (AFP);
- beta-gonadotropina corionica umana (beta-HCG);
- lattato deidrogenasi (LDH).

Un altro marcatore tumorale sierico è il cosiddetto «microRNA» (miR-371-3p), tuttavia ad oggi (novembre 2020) non si è ancora affermato come esame standard poiché sono necessarie ulteriori ricerche.

Nella maggior parte dei non seminomi si riscontra un aumento della concentrazione di uno o più marcatori tumorali.

Nei seminomi puri invece i valori dei marcatori sono raramente aumentati, e in tal caso si tratta sempre di beta-HCG e LDH: AFP non è mai elevato in caso di seminoma.

Tuttavia, se i marcatori tumorali sierici sono nella norma non è esclusa la presenza di un cancro del testicolo.

I marcatori tumorali sono misurati prima, durante e dopo la terapia.

Aiutano a porre la diagnosi, a controllare l'andamento e valutare la riuscita della terapia, e sono indicatori di riferimento nell'assistenza dopo il trattamento.

Biopsia del testicolo

Per confermare la diagnosi di cancro e determinarne il sottotipo, di solito il testicolo colpito viene asportato ed esaminato al microscopio.

Nei casi dubbi, prima dell'asportazione chirurgica definitiva, durante l'operazione viene prelevato del tessuto dal testicolo (biopsia), che viene analizzato immediatamente dai patologi. Quest'esame istologico viene chiamato anche «biopsia estemporanea» e permette di accertare la presenza di un tumore maligno.

Nei tumori a cellule germinali esterni al testicolo, di solito è necessaria una biopsia del tessuto tumorale.

Talvolta, in presenza di tumori molto avanzati con valori nettamente aumentati dei marcatori tumorali sierici, si deve rinunciare all'asportazione del testicolo o al

prelievo di una biopsia per l'esame istologico, perché la priorità è somministrare al più presto una chemioterapia.

Sia l'asportazione del testicolo sia il solo prelievo di tessuto richiedono un intervento chirurgico. Il testicolo sospetto viene portato allo scoperto con un'incisione inguinale (vedi «Intervento chirurgico: asportazione del testicolo» a p. 29).

Se si riscontra un cancro del testicolo, quasi sempre bisogna asportare l'intero testicolo colpito insieme all'epididimo e al funicolo spermatico. Il patologo esamina al microscopio il testicolo prelevato, per individuare il tipo di tumore e classificarlo (per es. seminoma, non seminoma, teratoma).

In determinate circostanze (volume del testicolo inferiore a 12 ml, paziente con meno di 35 anni e noto criptorchidismo sin dalla nascita), si effettua un prelievo di tessuto anche dall'altro testicolo, per accertarsi che non siano presenti precursori del cancro dall'altra parte.

Per stabilire l'estensione del tumore e definirne lo stadio (vedi p. 21) si ricorre alla diagnostica per immagini.

Diagnostica per immagini **Tomografia computerizzata (TC)**

La TC crea immagini precise dell'interno del corpo, consentendo di riconoscere eventuali linfonodi o metastasi degli organi interni. Si esegue una TC del torace, dell'addome e della pelvi.

Prima di iniziare viene iniettato un mezzo di contrasto per infusione endovenosa. L'esame è indolore e dura circa dieci minuti. Durante la TC sarà collocato su un lettino che scorrerà attraverso un anello. L'anello non è un tubo chiuso, quindi non avrà la sensazione di essere intrappolato. Durante l'esame potrà sempre parlare con il personale.

Raramente, a seconda del risultato della TC, possono essere proposti altri metodi di diagnostica per immagini (come la tomografia a risonanza magnetica del cervello) alla ricerca di metastasi.



Informarsi e chiedere consiglio

Si faccia spiegare tutti gli esami previsti e non esiti a domandare:

- perché sono necessari;
- che effetti hanno;
- quali potrebbero essere le conseguenze se rinunciaste a un determinato esame.

Gli esami vengono valutati nei tempi più brevi possibili, tuttavia possono trascorrere alcuni giorni prima di conoscere i risultati e poterle comunicare il responso.

Se l'attesa è snervante e desidera parlarne con qualcuno, può rivolgersi alla Linea cancro o alla Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro (vedi pp. 61 sg.).

Stadi della malattia

I risultati degli esami permettono ai medici curanti di determinare e valutare l'estensione della malattia. Questo processo si chiama «classificazione» o «stadiazione» (in inglese *staging*). La classificazione in stadi è importante per la scelta della terapia più appropriata.

Classificazione TNM

La classificazione TNM dell'Union internationale contre le cancer (UICC) descrive l'estensione del tumore nel testicolo e la sua diffusione ai linfonodi o ad altri organi.

Le lettere «T», «N» e «M» significano:

T	Tumore (primitivo)
N	Linfonodi regionali (dal latino <i>nodus</i>)
M	Metastasi

Classificazione TNM (8ª edizione, 2017)

T sta per «tumore» e ne definisce l'estensione locale. L'estensione viene espressa da numeri che vanno da 0 a 4. Più alto è il numero, più il tumore è grande.

La lettera «p» indica che il tessuto è stato esaminato da un patologo.

pTX Tumore primitivo non valutabile.

pT0 Assenza di tumore primitivo (per es. in caso di tessuto cicatriziale nel testicolo).

pTis Neoplasia a cellule germinali *in situ* (GCNIS).

pT1 Tumore circoscritto al testicolo e all'epididimo, senza invasione di vasi sanguigni o linfatici.

pT2 Tumore circoscritto al testicolo e all'epididimo con invasione di vasi sanguigni o linfatici. Oppure il tumore ha infiltrato la tonaca albuginea, il primo strato della capsula del testicolo.

pT3 Il tumore ha infiltrato il funicolo spermatico, con o senza invasione di vasi sanguigni o linfatici.

pT4 Il tumore ha infiltrato lo scroto, con o senza invasione di vasi sanguigni o linfatici.

N	sta per «linfonodi». Indica le cosiddette «metastasi linfonodali», ossia la presenza di cellule tumorali nei linfonodi retroperitoneali (nella regione posteriore dell'addome, dietro il peritoneo).
NX	Linfonodi non valutabili.
N0	Assenza di metastasi linfonodali.
N1	Metastasi linfonodali di dimensioni non superiori a 2 cm nella regione retroperitoneale. Le metastasi sono presenti sotto forma di conglomerato di linfonodi o in singoli o multipli linfonodi.
N2	Metastasi linfonodali di dimensioni da 2 a 5 cm nella regione retroperitoneale. Le metastasi sono presenti sotto forma di conglomerato di linfonodi o in multipli linfonodi.
N3	Metastasi linfonodali di dimensioni superiori a 5 cm nella regione retroperitoneale. Le metastasi sono presenti sotto forma di conglomerato di linfonodi.

M	sta per «metastasi in altri organi». Sono chiamate anche «metastasi a distanza».
M0	Assenza di metastasi.
M1	Presenza di metastasi.
M1a	Metastasi in linfonodi esterni all'addome o nei polmoni.
M1b	Metastasi in altri organi (fegato, cervello, ossa).

Classificazione S

Oltre alla classificazione TNM, per la pianificazione della terapia si tiene conto anche dei marcatori

tumorali sierici. I livelli dei marcatori tumorali possono variare dopo l'operazione e le altre terapie, per cui sono controllati regolarmente.

Marcatori tumorali sierici

S	sta per «marcatori tumorali sierici». Le lettere e i numeri che seguono indicano la concentrazione dei marcatori nel siero (quantità, livello).
SX	I valori dei marcatori tumorali sierici non sono disponibili o non sono stati misurati.
S0	Marcatori tumorali sierici nella norma.
S1-S3	Almeno uno dei marcatori tumorali sierici ha un valore superiore alla norma.

Valori di laboratorio dei marcatori tumorali sierici

	LDH [U/l]	beta-HCG [mIU/ml]	AFP [ng/ml]
S1	Fino a 1,5 volte superiore alla norma	e < 5000	e < 1000
S2	Da 1,5 a 10 volte superiore alla norma	o da 5000 a 50 000	o da 1000 a 10 000
S3	Più di 10 volte superiore alla norma	o > 50 000	o > 10 000

Marcatori tumorali sierici:

- AFP: alfa-fetoproteina;
- beta-HCG: beta-gonadotropina corionica umana;
- LDH: lattato deidrogenasi.

Stadiazione

Semplificando, i tumori del testicolo possono essere suddivisi in tre stadi (da I a III) in base alla classificazione TNM e ai marcatori tumorali sierici. Più è alto il numero, più la malattia è avanzata. La classificazione in stadi è importante sia per la scelta della terapia sia per la prognosi.

Ha domande sullo stadio della Sua malattia? Il medico La informerà su tutti i dettagli della stadiazione.

Classificazione di Lugano

Viene utilizzata in aggiunta alla classificazione TNM. Gli stadi sono definiti in modo più succinto per facilitare la raccomandazione di una terapia da parte dell' équipe curante.

Classificazione di Lugano	
Stadio I	Il tumore è circoscritto al testicolo.
Stadium II	Metastasi in linfonodi al di sotto del diaframma: <ul style="list-style-type: none">• N1: linfonodi addominali di dimensioni inferiori a 2 cm• N2: linfonodi addominali tra 2 e 5 cm• N3: linfonodi addominali di dimensioni superiori a 5 cm
Stadium III	M1a: metastasi in linfonodi esterni all' addome o nei polmoni. M1b: metastasi in organi diversi dai polmoni.

Classificazione IGCCG

A seconda dell'estensione e del rischio associato alla malattia, in presenza di metastasi (stadi II e III) si utilizza un'ulteriore classificazione, chiamata IGCCCG (*International Germ Cell Cancer Collaborative Group*), che distingue tre gruppi in base al rischio:

- profilo di rischio buono;
- profilo di rischio intermedio;
- profilo di rischio sfavorevole.

La classificazione dipende dalla sede del tumore primitivo, dalla localizzazione delle metastasi e dal livello dei marcatori tumorali sierici. Inoltre il seminoma viene distinto dal non seminoma.

In tutti i profili di rischio IGCCCG è possibile una guarigione. Questa classificazione aiuta a definire l'intensità necessaria della terapia.

Buone probabilità di guarigione

Le probabilità di guarigione dal cancro del testicolo sono molto buone in ogni stadio della malattia. In ogni modo, la terapia in uno stadio precoce è meno aggressiva che negli stadi avanzati e la probabilità di una recidiva (ricaduta) è più bassa.

Possibili trattamenti

A seconda dello stadio della malattia e della situazione individuale sono proposti diversi trattamenti.

Le possibilità di trattamento includono:

- intervento chirurgico: asportazione del testicolo colpito (orchietomia);
- sorveglianza attiva;
- asportazione dei linfonodi (linfadenectomia);
- chemioterapia;
- radioterapia.

Queste terapie possono essere somministrate singolarmente o in combinazione tra loro. In caso di terapia combinata, le modalità di trattamento possono essere applicate simultaneamente o una dopo l'altra. Lo scopo è l'eliminazione completa del tumore e di eventuali metastasi.

Fertilità

Le terapie del cancro del testicolo possono pregiudicare la fertilità, temporaneamente o in via definitiva.

Prima dell'operazione pertanto è opportuna una consulenza sui modi per preservare la Sua fertilità. Può prendere in considerazione un prelievo di sperma con successivo congelamento e conservazione in una banca del seme, anche se ora non ha nessuna intenzione di avere figli.

Discuta con la Sua équipe curante le questioni inerenti alla fertilità e alla paternità prima di sottoporsi a un intervento chirurgico e ad altre terapie.



Intervento chirurgico: asportazione del testicolo

Il primo trattamento in genere è l'asportazione del testicolo colpito (orchietomia). Per la maggior parte dei tumori nello stadio I, l'orchietomia è anche l'unico trattamento necessario.

Nei tumori a cellule germinali esterni al testicolo non si asportano i testicoli, a meno che non ci sia un tumore autoregredito in uno dei testicoli. Si parla di «tumore autoregredito» o «burned-out» quando un tumore testicolare regredisce spontaneamente lasciando una cicatrice. In questo caso è indicata un'orchietomia.

Scopo dell'operazione

Lo scopo dell'operazione è la rimozione completa del tessuto tumorale.

Tecnica operatoria

In caso di sospetto tumore, viene praticata un'incisione nell'inguine per esporre il testicolo. Se il reperto non è chiaro, durante l'operazione è

possibile esaminare il tessuto al microscopio, in una cosiddetta «biopsia estemporanea intraoperatoria».

Se il tumore si rivela benigno, di solito si asporta solo il tumore, non l'intero testicolo. Se è maligno, l'asportazione include tutto il testicolo insieme all'epididimo e al funicolo spermatico. Quest'intervento viene chiamato «orchietomia», talvolta anche «emicastrazione».

All'inizio dell'intervento i vasi sanguigni vengono chiusi con delle pinze per evitare che le cellule tumorali possano giungere nel sangue o nella linfa. L'intervento dura circa un'ora e si effettua in anestesia generale o locale.

Durante l'intervento di orchietomia si esegue talvolta anche un prelievo di tessuto dall'altro testicolo per assicurarsi che non siano presenti precursori tumorali (GCNIS, vedi p. 38).

Il testicolo rimosso può essere rimpiazzato nello stesso intervento da una protesi (vedi a p. 30).

Protesi del testicolo

Su richiesta del paziente può essere impiantata nello scroto una protesi in silicone al posto del testicolo asportato. La protesi può essere inserita immediatamente dopo l'orchietomia.

Spesso però si consiglia di attendere i risultati degli altri esami per sapere se sono necessarie ulteriori terapie. In questo caso si procederà all'inserimento della protesi in un secondo momento mediante un piccolo intervento chirurgico. L'urologo discuterà con Lei sull'opportunità di questa soluzione. Il costo della protesi del testicolo è coperto dall'assicurazione di base.

La decisione di farsi impiantare una protesi o no può essere difficile. A pagina 33 trova una serie di domande che possono aiutarla a chiarire le idee.

Che cosa succede dopo l'intervento chirurgico?

In genere cinque giorni dopo l'orchietomia vengono misurati i valori dei marcatori tumorali sierici. Se prima erano elevati e dopo l'intervento scendono a livelli normali, è possibile che il tumore sia stato asportato completamente. Se invece i valori rimangono elevati o aumentano, è un segno della presenza di metastasi.

Dopo l'orchietomia, a seconda dello stadio si passa a una sorveglianza attiva o viene eseguita una chemioterapia per ridurre il rischio di recidiva.

Possibili conseguenze dell'operazione

L'operazione non ha conseguenze sul desiderio sessuale, sulla potenza virile, né sulla capacità erettile e di raggiungere l'orgasmo. Se gli spermatozoi del testicolo sano non sono stati compromessi, l'orchietomia

non riduce la fertilità. Il testicolo rimasto produce una quantità sufficiente di spermatozoi e di testosterone.

Talvolta la ferita chirurgica può provocare dolore all'inguine, molto raramente può infettarsi.

Buono a sapersi

Per saperne di più sulle operazioni in caso di cancro, per esempio sull'anestesia o su come affrontare la paura dell'intervento, La invitiamo a leggere l'opuscolo «La chirurgia dei tumori».

Sorveglianza attiva

La sorveglianza attiva è generalmente consigliata quando:

- il tumore è circoscritto al testicolo;
- i marcatori tumorali sierici sono nella norma dopo l'asportazione del testicolo colpito;
- la TC non ha evidenziato metastasi (stadio I);
- la probabilità di un interessamento dei linfonodi o della presenza di metastasi microscopiche in altri organi è bassa.

Se si sceglie la sorveglianza attiva, dopo l'asportazione del testicolo si rinuncia ad altre terapie. Nella maggior parte degli uomini in sorveglianza attiva la malattia non ricompare più. Queste persone sono guarite.

Il vantaggio di una sorveglianza attiva è risparmiarsi il carico e gli effetti indesiderati di un'ulteriore terapia. Lo svantaggio è il rischio, per una parte delle persone colpite, che compaia una recidiva del cancro.

Una recidiva si manifesta di solito nei linfonodi della regione addominale, più raramente nei polmoni o in altri organi. In questi casi è necessaria una chemioterapia intensiva come quella somministrata per un cancro del testicolo già metastatico al momento della diagnosi. Anche in questa situazione, la chemioterapia intensiva può portare alla guarigione.

La sorveglianza attiva richiede controlli medici regolari. È importante che gli uomini colpiti si attengano scrupolosamente a questi controlli, poiché solo così la sorveglianza attiva può dare la necessaria sicurezza.

Per le persone colpite, la sorveglianza attiva significa:

- regolari esami medici di controllo;
- non ricevere, almeno all'inizio, nessun'altra terapia dopo l'asportazione del testicolo;
- non dover temere effetti indesiderati di altri trattamenti;
- la possibilità di guarire dal cancro con solo un intervento chirurgico.

Ma la sorveglianza attiva significa anche:

- un rischio più elevato di recidiva nei linfonodi addominali, nei polmoni o in altre regioni del corpo;
- l'eventualità di ricevere una chemioterapia intensiva, come quella necessaria per un cancro con metastasi al momento della diagnosi.

La sorveglianza attiva è indicata solo nello stadio I. Valuti con il medico se possa essere un'opzione nel Suo caso.

Sorveglianza attiva nello stadio I: sì o no?

Argomenti a favore

- So che per guarire potrà bastare l'asportazione del testicolo malato, senza ricevere una chemioterapia.
- Finché sarà possibile, voglio rinunciare a qualsiasi terapia.
- Non voglio sopportare il carico di una chemioterapia magari superflua e i suoi effetti collaterali.
- Sono disposto a sottopormi a regolari visite mediche di controllo.
- Gestisco bene il fatto che al momento non ricevo alcun trattamento.
- Sono disposto a correre il rischio di sottopormi a una chemioterapia più intensiva per trattare un'eventuale recidiva.

Argomenti contro

- Desidero che il cancro sia trattato subito e con il massimo grado di sicurezza. Il pensiero che possa ricomparire senza aver fatto tutto il possibile per impedirlo non mi dà pace.
- L'ansia per una possibile recidiva è troppo grande per me.
- Voglio sfruttare immediatamente tutte le opzioni terapeutiche per ridurre al minimo il rischio di recidiva. Sono stato informato e sono consapevole dei possibili effetti indesiderati.
- Accetto di ricevere una chemioterapia nella consapevolezza di essere magari già guarito dopo l'asportazione del testicolo malato.

Questi punti in favore e contro la sorveglianza attiva servono per aiutarla a decidere.

Soppesi insieme al Suo medico i vantaggi e gli svantaggi prima di prendere una decisione. Si rechi a tutte le visite di controllo consigliate anche se non ha più disturbi.

Asportazione di linfonodi

In alcuni casi, i linfonodi ingrossati situati nella regione posteriore dell'addome vengono asportati chirurgicamente, in un intervento chiamato «linfadenectomia retroperitoneale».

La linfadenectomia si esegue:

- nei non seminomi;
- dopo l'asportazione del testicolo malato se il reperto della TC non è chiaro;
- nei teratomi puri;
- dopo una chemioterapia, se nella TC si scorgono anomalie.

Possibili conseguenze dell'operazione

In alcuni interventi non è possibile non danneggiare i nervi, per cui viene compromessa l'eiaculazione e il liquido seminale si riversa nella vescica invece di essere espulso dal pene. La fertilità è di conseguenza limitata ma, essendo indipendenti dall'eiaculazione, il desiderio sessuale, la capacità erettile e la capacità di raggiungere l'orgasmo rimangono immutati.

Il successo dell'operazione dipende anche dall'esperienza del chirurgo: un operatore esperto ha più probabilità di risparmiare i nervi durante l'intervento. Pertanto gli chiedo quante volte ha eseguito quest'intervento. Di solito i chirurghi più esperti si trovano nei centri specializzati.

Chemioterapia

La chemioterapia è un trattamento che si basa sull'impiego di citostatici, farmaci che danneggiano le cellule tumorali o ne impediscono la crescita. A differenza di un intervento chirurgico o della radioterapia, che agiscono localmente, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso i vasi sanguigni, per questo si dice che hanno un effetto «sistemico».

I citostatici impediscono la divisione delle cellule cancerose a crescita rapida, che non possono più moltiplicarsi e muoiono. Tuttavia la chemioterapia danneggia anche le cellule sane che crescono rapidamente, come le cellule del sistema di produzione del sangue, quelle della

radice di peli e capelli o delle mucose (bocca, stomaco, intestino). I danni subiti dalle cellule sane sono la causa principale dei vari effetti collaterali di una chemioterapia. Tuttavia, mentre le cellule tumorali muoiono, i tessuti sani in genere si rigenerano, tanto che al termine del trattamento quasi tutti gli effetti indesiderati regrediscono. In alcuni casi però possono persistere a lungo dopo la terapia.

Nel cancro del testicolo, a seconda dello stadio e della valutazione del rischio (vedi p. 21) viene somministrato un solo citostatico o si combinano diversi principi attivi. Lo scopo di una chemioterapia è uccidere tutte le cellule cancerose nel corpo e la guarigione dal cancro.

Nella maggior parte dei casi la chemioterapia viene somministrata dopo l'orchietomia. Tuttavia, se il tumore è già in uno stadio molto avanzato con estese metastasi negli organi distanti, la chemioterapia viene eseguita prima dell'operazione.

I citostatici sono somministrati tramite infusione endovenosa. Per non dover creare un accesso venoso a ogni seduta di chemioterapia, può essere impiantato un catetere speciale chiamato «port-a-cath» o solo «port» sotto la pelle. Invece che in una vena, il medicamento viene iniettato più facilmente nel port.

La terapia viene somministrata in un giorno o in diversi giorni consecutivi. Una serie di giorni di trattamento è chiamata «ciclo». Se il cancro ha formato metastasi (stadio II o III) sono necessari diversi cicli di chemioterapia. Tra i cicli si osserva una pausa di alcuni giorni, in cui vengono effettuati esami di controllo. La pausa consente agli organi sani di rigenerarsi.

A seconda della sua intensità, la chemioterapia è eseguita in regime ambulatoriale, ossia senza degenza in ospedale, oppure richiede un ricovero per qualche giorno.

Possibili effetti indesiderati

La natura e l'intensità degli effetti indesiderati dipendono dai medicinali somministrati, dal dosag-

gio e dalla sensibilità individuale della persona trattata. Il Suo medico curante La informerà nel dettaglio e Le consiglierà come affrontare gli effetti indesiderati.

Possibili effetti indesiderati della chemioterapia:

- caduta dei capelli;
- nausea e/o vomito;
- alterazioni del gusto;
- infiammazione della mucosa orale;
- mal di stomaco e disturbi intestinali;
- anemia (che può provocare stanchezza, calo del rendimento fisico, aumento del rischio di infezioni ed emorragie);
- disturbi della funzione dei reni;
- disturbi dell'udito, acufeni (tinnito), percezione dolorosa dei toni acuti;
- formicolio delle mani e dei piedi;

- possibili disturbi dell'irroramento sanguigno delle dita delle mani e dei piedi (sindrome di Raynaud);
- riduzione della produzione e della qualità dello sperma;
- stanchezza/esaurimento;
- perdita involontaria di peso.

Possibili effetti indesiderati a lungo termine (di solito dai 20 ai 30 anni dopo):

- infarto miocardico;
- ictus cerebrale;
- sovrappeso patologico («sindrome metabolica»);
- disturbi della funzione polmonare;
- disturbi della funzione dei reni;
- carenza di testosterone;
- riduzione della capacità uditiva.

Inoltre una chemioterapia aumenta lievemente il rischio di sviluppare un

Per saperne di più ...

... sulle terapie con farmaci dei tumori, sui modi di somministrazione e gli effetti indesiderati dei citostatici, legga l'opuscolo «Terapie medicamentose dei tumori» (vedi p. 65).

altro tumore (per es. una leucemia o un sarcoma) in età più avanzata.

Chemioterapia ad alto dosaggio

La chemioterapia ad alto dosaggio viene presa in considerazione se al momento della diagnosi il cancro è già in uno stadio avanzato o se il normale dosaggio dei citostatici non riesce a eliminare tutte le cellule cancerose, come ad esempio nel caso di una recidiva della malattia malgrado una prima chemioterapia.

Nella chemioterapia ad alto dosaggio si somministra un multiplo della dose abituale di citostatici. Per questo è necessario il ricovero in centri specializzati, dove il paziente può ottenere tutte le informazioni di cui abbisogna sui benefici e i rischi di tale terapia.

Radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule tumorali a tal punto da condannarle a morte. Anche le cellule sane possono essere colpite dai raggi e questo è talvolta all'origine di di-

sturbi passeggeri. I raggi sono indirizzati dall'esterno attraverso la pelle sul campo di irradiazione predeterminato.

Prima di iniziare la radioterapia viene realizzata tramite tomografia computerizzata un'immagine tridimensionale della regione da irradiare, in base alla quale è stabilito il posizionamento ideale del paziente sul lettino. Questa procedura è detta «TC di centraggio», viene eseguita senza mezzo di contrasto e dura circa trenta minuti. In seguito occorrono alcuni giorni per elaborare il piano di radioterapia, e poi si cominciano le sedute.

La radioterapia è somministrata in un reparto di radio-oncologia, presente nella maggior parte dei grandi ospedali in Svizzera. Solitamente sono necessarie dalle dieci alle venti sedute (da lunedì a venerdì), della durata di circa dieci minuti ciascuna.

Radioterapia solo nei seminomi

La radioterapia viene impiegata in genere per distruggere piccole metastasi linfonodali nell'addome e nella pelvi in caso di seminoma.

Nei non seminomi si usa molto raramente, solo in presenza di metastasi cerebrali o in casi isolati per le metastasi ossee. Una radioterapia di un testicolo apparentemente sano può essere necessaria se un prelievo di tessuto mette in evidenza un precursore del cancro (tumore a cellule germinali *in situ*, GCNIS).

Possibili conseguenze della radioterapia:

- stanchezza;
- secchezza o arrossamento della pelle irradiata;
- nausea, vomito, diarrea;
- infertilità (solo in caso di irradiazione del testicolo rimasto).

Inoltre vi è un piccolo rischio, dopo anni o persino decenni, di sviluppare un altro cancro a causa della radioterapia.

Per saperne di più ...

... sulle radioterapie e sulle misure contro i suoi effetti collaterali, legga l'opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 65).

Ulteriori possibilità di trattamento

Attualmente (novembre 2020) non esistono ulteriori opzioni di trattamento del cancro del testicolo. Le terapie mirate e le immunoterapie impiegate in altri tipi di cancro non sono sufficientemente efficaci contro questo tumore.

Alcune persone si affidano, oltre alle terapie convenzionali, a metodi di medicina complementare. «Complementare» significa che completa, ossia, questi metodi hanno la

funzione di integrare il trattamento medico convenzionale. Il ricorso alla medicina complementare deve essere discusso con il medico curante. Finora non sono mai stati dimostrati né un effetto diretto della medicina complementare sul cancro del testicolo, né un beneficio per le persone colpite.

Talvolta alcuni di questi metodi sono utilizzati in alternativa, vale a dire al posto della terapia oncologica convenzionale. La Lega contro il cancro sconsiglia tale scelta.

Pianificazione del trattamento

Possono trascorrere diversi giorni prima di ricevere i risultati di tutti gli esami e poter prendere una decisione riguardo alla terapia.

La pianificazione del trattamento dipende dallo stadio della malattia (vedi p. 21), dai livelli dei marcatori tumorali sierici e dai fattori seguenti.

- Dov'è localizzato il tumore: nel testicolo e/o altrove?
- Qual è il tipo di tumore: seminoma, non seminoma, teratoma o tumore misto?
- Se il tumore primitivo è nel testicolo:
 - è circoscritto al testicolo?
 - quanto è grande il tumore?
 - invade i vasi sanguigni o linfatici?
- Sono individuabili metastasi? Dove?
- Le metastasi sono presenti esclusivamente nei linfonodi o anche in organi come i polmoni, il fegato o il cervello?
- Ci sono malattie concomitanti?

Inoltre si tengono in considerazione il Suo stato di salute generale e la Sua idea di qualità della vita. L'obiettivo

è ottenere le migliori probabilità di guarigione con la terapia meno invasiva possibile.

Il trattamento di un cancro in genere è composto da diverse terapie che si protraggono per un certo tempo. Il loro coordinamento richiede la collaborazione di medici di diverse discipline, affinché Lei possa ricevere il trattamento più adatto alle Sue esigenze. Le singole fasi del trattamento sono discusse, pianificate e sorvegliate congiuntamente in periodiche riunioni chiamate «tumor board».

Un tumor board per il cancro del testicolo coinvolge soprattutto specialisti in oncologia (coordinamento del trattamento e chemioterapia), urologia (interventi chirurgici e trattamento), radio-oncologia (radioterapia) e patologia (esame dei tessuti). Talvolta vi partecipano anche professionisti non medici, come infermieri o psiconcologi (sostegno psicologico alla gestione di una situazione di vita modificata).

Un medico dovrebbe fungere da persona di riferimento per le que-

stioni concernenti la diagnosi, la terapia e l'assistenza dopo le terapie.

Obiettivi terapeutici

Gli obiettivi terapeutici dipendono dallo stadio della malattia, dalle prospettive di guarigione e dal tipo di cancro.

Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati nel corso del trattamento e all'occorrenza adattati in base al decorso della malattia, al successo delle singole terapie e alla situazione personale del paziente. Questi cambiamenti sono sempre decisi in comune da medico e paziente.

Intento curativo

Si parla di «intento curativo» quando l'obiettivo della terapia è la guarigione. La maggior parte degli uomini colpiti da un cancro del testicolo può puntare alla guarigione. L'intento rimane curativo anche negli stadi più avanzati e in caso di recidiva dopo una prima terapia.

Dopo un iniziale successo della terapia possono manifestarsi recidive del cancro del testicolo, pertanto anche dopo un'apparente guarigione è necessario sottoporsi a controlli periodici.

Terapie neoadiuvanti

Le terapie neoadiuvanti sono quelle che precedono l'intervento chirurgico. Una chemioterapia può rimpicciolire il tumore per facilitarne l'asportazione completa o per renderlo operabile.

Il ricorso a una terapia neoadiuvante è molto raro nel cancro del testicolo.

Terapie adiuvanti

Viene chiamata «adiuvante» una chemioterapia eseguita dopo l'asportazione del testicolo per distruggere eventuali cellule tumorali rimaste nel corpo. Queste cosiddette «micrometastasi» sono invisibili alla TC e non alterano i marcatori tumorali sierici. Una chemioterapia adiuvante riduce il rischio di recidiva.

Intento palliativo

Quando la guarigione è improbabile, spesso è comunque possibile ritardare la progressione della malattia. Talvolta si riesce a contenere l'evoluzione della malattia per un lungo periodo.

Nelle cure palliative la priorità viene data alla qualità della vita: tramite misure mediche infermieristiche, psicologiche e spirituali possono essere alleviati sintomi e disturbi come il dolore, la paura o lo sposamento.

Chieda consiglio e assistenza

Nei colloqui con i medici, si prenda tutto il tempo necessario per discutere delle terapie, dei loro obiettivi e chiedere spiegazioni. Esponga le Sue esigenze. A casa, in tutta tranquillità, annoti tutte le domande che

Le vengono in mente, in modo da non dimenticarle durante il colloquio. L'elenco di domande a pagina 44 può servirle d'aiuto. All'occorrenza si faccia accompagnare da una persona di fiducia.

Può darsi che senta l'esigenza di parlare con qualcuno delle difficoltà di natura psicologica o sociale: non esiti a rivolgersi alla Linea cancro o alla Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro (vedi pp. 61 sg.).

Secondo parere

Prima di decidere, può consultare il Suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere a un altro specialista (per es. a un oncologo). La Sua équipe curante sa che esiste questa possibilità e trasmetterà i dati relativi alla Sua cartella clinica ai medici da Lei indicati o li consegnerà direttamente a Lei. Ha il diritto di farsi consegnare in ogni momento i Suoi atti clinici con i risultati degli esami.

La decisione spetta a Lei

In qualsiasi momento può porre domande o mettere in discussione una decisione presa in passato. Dia il Suo consenso a una determinata terapia solo dopo aver ricevuto informazioni dettagliate sulla procedura, sulle possibili conseguenze e complicazioni e quando ha compreso tutto. Ha il diritto di rifiutare un trattamento o di chiedere più tempo per riflettere.

Si faccia spiegare che decorso potrà prendere la malattia se decidesse di rinunciare alla terapia consigliata. Chieda quanta esperienza ha l'équipe curante nel trattamento del Suo tumore. Una maggiore o minore esperienza può incidere sul decorso della malattia e sulla qualità di vita.

Può anche lasciare la scelta della terapia nelle mani dei Suoi medici curanti. Dovrà comunque sempre dare il Suo consenso per ogni intervento chirurgico o terapia.

Non abbia timore di porre domande

- Quanta esperienza ha il team dell'ospedale nel trattamento del cancro del testicolo? Quanti malati di cancro del testicolo sono trattati ogni anno in questo ospedale?
- Deve essere asportato solo un testicolo o tutti e due?
- Come si svolge precisamente l'intervento di asportazione del testicolo? Avrò cicatrici? Dove?
- Deve essere eseguito un prelievo di tessuto dal testicolo non malato?
- È possibile impiantare una protesi del testicolo?
- Quale trattamento supplementare è utile nel mio caso? Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di questo trattamento?
- Quali rischi ed effetti collaterali devo aspettarmi? Sono temporanei o permanenti? Si può fare qualcosa per contrastarli?
- Quali funzioni del corpo saranno compromesse dal trattamento?
- Qual è l'influsso del trattamento sulla mia fertilità e la mia sessualità?
- Come incideranno presumibilmente la malattia e la terapia sulla mia quotidianità, sulle mie relazioni personali, sul mio benessere e sulla mia situazione lavorativa?
- Quando potrò tornare a praticare sport?
- Quali conseguenze a lungo termine potrò subire? Si può fare qualcosa per evitarle?
- Che cosa posso fare io stesso per prevenire gli effetti indesiderati e le conseguenze tardive del trattamento?
- Quali controlli periodici sono necessari dopo il trattamento?

Terapia di un tumore benigno

Il testicolo con sospetto tumore viene portato allo scoperto attraverso un'incisione inguinale. I tumori benigni di solito possono essere escissi dal tessuto testicolare. Il testicolo è poi riposizionato nella sua sede.

Terapia di una neoplasia a cellule germinali *in situ*

In caso di neoplasia a cellule germinali *in situ* di un testicolo (GNCIS), con l'altro testicolo sano, i possibili trattamenti sono:

- asportazione chirurgica del testicolo;
- radioterapia del testicolo;
- sorveglianza attiva con controlli ecografici.

Se entrambi i testicoli sono affetti dalla GNCIS, la terapia raccomandata è una radioterapia dei testicoli o una sorveglianza attiva tramite ecografia.

Se è già stato asportato un testicolo e quello rimasto è colpito da GNCIS, è indicata una radioterapia o una sorveglianza attiva.

La radioterapia comporta un danneggiamento permanente della produzione di spermatozoi nel testicolo irradiato, con compromissione della fertilità. Pertanto, se si desidera ancora avere figli è opportuno prelevare lo sperma e congelarlo (crioconservazione, vedi p. 54) prima di sottoporsi alla radioterapia.

Terapia del seminoma

Le terapie possibili dipendono dallo stadio della malattia, dai valori dei marcatori tumorali sierici e da altri fattori messi in luce dai risultati degli esami. I seminomi sono curabili anche negli stadi avanzati della malattia.

I fattori da considerare variano da paziente a paziente. Qui trova soltanto una panoramica generale sulla terapia. Il Suo medico discuterà con Lei tutti i particolari inerenti al Suo caso.

In linea generale, il primo trattamento è l'asportazione chirurgica del testicolo. Possono seguire una sorveglianza attiva, una chemioterapia o, più raramente, una radioterapia.

Stadio I

In linea di principio, nello stadio I si può rinunciare a ulteriori terapie dopo l'orchietomia (sorveglianza attiva). Se nella fase di sorveglianza attiva dovessero manifestarsi metastasi, si opta per la chemioterapia.

In alternativa alla sorveglianza attiva può essere somministrato un ciclo di chemioterapia adiuvante con il medicamento carboplatino, al fine di distruggere eventuali cellule tumorali ancora presenti ma non individuabili. La terapia adiuvante riduce il rischio di sviluppare metastasi in futuro.

Il trattamento con una chemioterapia delle metastasi comparse durante la sorveglianza attiva offre buone probabilità di guarigione. Di solito sono somministrati da tre a quattro cicli di terapia a base di cisplatino ed etoposide, con o senza bleomicina.

Le probabilità di guarigione con una sorveglianza attiva sono identiche a quelle di una chemioterapia adiuvante eseguita subito dopo l'operazione. Spesso si preferisce quindi optare per la sorveglianza attiva.

Stadio II

Se sono stati invasi solo pochi linfonodi addominali e le metastasi linfonodali sono di piccole dimensioni, dopo l'orchietomia si può prendere in considerazione una radioterapia.

In presenza di metastasi linfonodali più grandi e diffuse, dopo l'orchietomia è necessaria una chemioterapia con tre o quattro cicli di cisplatino ed etoposide, con o senza bleomicina.

La chemioterapia è raccomandata anche se sono colpiti linfonodi esterni all'addome e/o in caso di metastasi in altri organi.

Stadio III

I seminomi nello stadio III sono trattati, come i non seminomi, con una chemioterapia a base di cisplatino, etoposide e bleomicina. Tuttavia, nei seminomi, dopo la chemioterapia e se sono presenti reperti patologici nella TC, non si procede all'asportazione chirurgica del testicolo.

Terapia in caso di recidiva

Una recidiva di solito richiede una chemioterapia intensiva. Una radioterapia può essere utile solo in casi isolati e se la recidiva è molto localizzata.

Soprattutto in caso di recidive molto precoci, molto estese o ripetute può essere indicata una chemioterapia ad alto dosaggio.

Le persone colpite da cancro del testicolo negli stadi avanzati II e III o con una recidiva dopo una prima terapia apparentemente riuscita devono essere curate in centri specializzati.

Terapia di un non seminoma

Le terapie dei non seminomi e dei tumori misti dipendono dallo stadio della malattia, dai valori dei marcatori tumorali sierici e da altri fattori messi in luce dai risultati degli esami. I non seminomi sono curabili anche negli stadi avanzati della malattia.

I fattori da considerare variano da paziente a paziente. Qui trova soltanto una panoramica generale sulla terapia. Il Suo medico discuterà con Lei tutti i particolari inerenti al Suo caso.

In linea generale, il primo trattamento è l'asportazione chirurgica del testicolo colpito. Possono seguire una sorveglianza attiva, una chemioterapia o un intervento chirurgico per asportare i linfonodi.

La necessità di una terapia supplementare dopo l'operazione dipende dal rischio di recidiva, che è più alto se le cellule cancerose hanno già invaso i vasi sanguigni o linfatici. In questo caso è raccomandata una chemioterapia.

Stadio I

In linea di principio, nello stadio I si può rinunciare a ulteriori terapie dopo l'orchietomia (sorveglianza attiva). Se nella fase di sorveglianza attiva dovessero manifestarsi metastasi, si passa a una chemioterapia.

In caso di comparsa di metastasi, la chemioterapia offre buone probabilità di guarigione. Di solito sono somministrati da tre a quattro cicli di terapia a base di cisplatino ed etoposide, con o senza bleomicina.

La situazione più adatta alla sorveglianza attiva è quando il tumore

è circoscritto al testicolo e non ha ancora invaso vasi sanguigni o linfatici: il rischio di metastasi è infatti basso e spesso è preferibile optare per la sola sorveglianza attiva.

In alternativa alla sorveglianza attiva può essere somministrato un ciclo di chemioterapia adiuvante con i medicinali cisplatino, etoposide e bleomicina, al fine di distruggere eventuali cellule tumorali ancora presenti ma non individuabili e ridurre il rischio di future metastasi.

Se nel tumore primitivo viene riscontrata l'invasione di cellule cancerose nei vasi sanguigni e linfatici, il rischio che ci siano metastasi non individuate è molto più elevato. Pertanto in questo caso è consigliato un ciclo di chemioterapia adiuvante con cisplatino, etoposide e bleomicina.

Invece della sorveglianza attiva o di una chemioterapia adiuvante, in singoli casi è possibile asportare determinati gruppi di linfonodi retroperitoneali alla ricerca di metastasi linfonodali.

Le probabilità di guarigione con una sorveglianza attiva sono identiche a quelle di una chemioterapia adiuvante eseguita subito dopo l'operazione o di un'asportazione di linfonodi.

Stadi II e III

Se dopo l'orchietomia per un non seminoma si riscontrano valori elevati dei marcatori tumorali nel siero o sono presenti metastasi, viene somministrata una chemioterapia a base di cisplatino, etoposide e bleomicina.

Se i marcatori tumorali sono normali, in singoli casi nello stadio II è possibile asportare determinati gruppi di linfonodi del retroperitoneo per esaminarli alla ricerca di cellule cancerose. Questa procedura si applica soprattutto nei teratomi puri.

Se al momento della diagnosi la malattia è già in uno stadio molto avanzato con metastasi nel cervello e/o nel fegato, come primo trattamento può essere presa in considerazione una chemioterapia ad alto dosaggio.

Qualora la TC di controllo dopo la chemioterapia evidenziasse reperti sospetti, questi ultimi devono essere asportati chirurgicamente. Si tratta di interventi complessi che vanno eseguiti in centri specializzati.

Terapia in caso di recidiva

Le recidive sono trattate di norma con una chemioterapia intensiva, spesso ad alto dosaggio. Un'asportazione chirurgica della recidiva può essere presa in considerazione soprattutto dopo la chemioterapia o in caso di recidiva tardiva.

Studi clinici

La ricerca medica sviluppa in continuazione nuove terapie (per es. nuovi tipi di interventi chirurgici, nuovi medicinali), sempre con l'obiettivo che le persone trattate traggano maggiori benefici, ad esempio un allungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia o una migliore qualità della vita.

Nell'ambito degli studi clinici si esamina se una nuova forma di terapia è migliore di una già esistente. Spesso i pazienti che acconsentono a partecipare a uno studio clinico sono motivati anche dal pensiero dei possibili benefici per le persone che si ammalano di cancro dopo di loro.

Un colloquio personale con il Suo medico potrà chiarire quali vantaggi o svantaggi potrebbe avere nel Suo caso la partecipazione a uno studio clinico.

Può darsi che Le venga proposto di effettuare una terapia nel quadro di uno studio clinico. Ha anche la possibilità di cercare o di informarsi direttamente sugli studi in corso riguardanti la Sua malattia nel sito www.kofam.ch.

La partecipazione a uno studio clinico è volontaria; anche dopo aver dato il Suo assenso può sempre cambiare idea.

Il Suo rifiuto a partecipare non ha alcun effetto negativo sulla Sua terapia: riceverà in ogni caso la terapia migliore sulla base delle conoscenze disponibili.

L'opuscolo «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 66) spiega come si svolgono questi studi e quali possono essere le implicazioni per chi partecipa.

Gestione degli effetti indesiderati

Il trattamento di un cancro può causare effetti indesiderati come dolori, eruzioni cutanee, stanchezza o disturbi gastrointestinali.

La comparsa di effetti indesiderati, la loro natura e la loro gravità variano molto da individuo a individuo. Alcuni possono manifestarsi durante il trattamento e scomparire alla fine. Altri compaiono solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia.

Informarsi è indispensabile

Di solito al paziente viene consegnato un promemoria con indicazioni sulle terapie, sui possibili effetti indesiderati e su come gestirli. Talvolta però queste informazioni non sono facili da capire. Non esiti

a chiedere spiegazioni se non capisce qualcosa o a richiedere questo promemoria se non l'ha ancora ricevuto.

Gli effetti indesiderati possono essere alleviati

Molti effetti indesiderati possono essere trattati con farmaci e altre misure, come la fisioterapia. Alcuni disturbi come dolori o nausea sono prevedibili. Per lenirli Le saranno prescritti, ancor prima di avviare la terapia, determinati farmaci di accompagnamento. Comunichi all'équipe curante i Suoi disturbi o eventuali limitazioni delle attività quotidiane, in modo che siano adottate rapidamente le misure necessarie.

Importante

Si consulti sempre con l'équipe curante prima di assumere altri prodotti di Sua iniziativa. Ciò vale anche per pomate, farmaci di medicina complementare e simili. Pur trattandosi di prodotti «naturali» o apparentemente innocui, potrebbero interferire con la terapia e modificare l'effetto di altri medicinali. La Sua équipe curante è pronta a consigliarla se desiderasse avvalersi di terapie di medicina complementare.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro descrivono le terapie antitumorali e i loro effetti, fornendo indicazioni su come affrontare gli effetti indesiderati.

Effetti sulla fertilità e sulla sessualità

Molti pazienti si chiedono anche se la malattia e la terapia avranno ripercussioni sulla sessualità e sulla capacità procreativa. Non abbia paura di parlare di questi problemi con il Suo medico o con i professionisti della Sua équipe curante.

Sessualità e intimità

Nella maggior parte dei casi è necessaria l'asportazione chirurgica del testicolo malato. Ciò non compromette comunque la potenza, la capacità d'erezione e di raggiungere l'orgasmo.

Se il secondo testicolo è sano, il paziente può inoltre contare sul fatto che la sua fertilità sarà preservata.

I cambiamenti nella sessualità e nell'intimità possono influenzare la relazione di coppia. Se possibile, parli con la Sua partner dei bisogni, delle paure e delle incertezze. Spesso non è facile parlare insieme.

Si rivolga a un professionista. Un terapeuta nell'ambito della sessuologia, con esperienza in oncologia, può aiutarla. A questo proposito può consultare le offerte di consulenza nella Sua zona, visitando il sito: www.legacancro.ch/psicooncologia, rivolgendosi alla Sua équipe curante o contattando la Lega ticinese contro il cancro per una consulenza confidenziale e gratuita in italiano (vedi p. 61).

Dopo alcune terapie è possibile che venga prodotto troppo poco testosterone. Questo può portare a problemi di carattere sessuale come la mancanza di libido o la disfunzione erettile, così come malattie cardiovascolari o l'obesità. In questi casi, la carenza di testosterone deve essere compensata con dei farmaci.

Fertilità

Se il secondo testicolo è sano, la fertilità è di regola preservata. Molte persone con un cancro al testicolo hanno già una fertilità limitata al momento della diagnosi. Ciò significa che la produzione di spermatozoi è limitata. Il tutto può essere ulteriormente peggiorato dai trattamenti contro il cancro. In alcuni casi si osserva un miglioramento della fertilità dopo l'intervento chirurgico.

Se i linfonodi devono essere rimossi, c'è il rischio di danneggiare i nervi che controllano l'ejaculazione. Questo può comportare un'ejaculazione nella vescica urinaria limitando la fertilità. La potenza, la funzione erettile e la capacità di raggiungere

un orgasmo sono indipendenti dall'ejaculazione.

Dopo un certo tempo è di solito possibile avere di nuovo dei figli. Tuttavia, il prerequisito fondamentale è che la fertilità non fosse limitata già prima della diagnosi di cancro.

Ne parli con il Suo medico prima dell'operazione e di ulteriori trattamenti.

Anche se il desiderio di avere dei figli non Le sembra importante al momento, o se spera di rimanere fertile, è consigliabile effettuare una donazione di sperma facendolo congelare. Lo sviluppo della malattia e il processo di guarigione non possono essere previsti con certezza.

L'importanza della contraccezione

Durante la chemioterapia, e talvolta anche durante la radioterapia, e per un certo periodo di tempo dopo la conclusione delle terapie, occorre evitare una gravidanza. Queste terapie riducono per un certo periodo (mesi o anni) la produzione e la qualità degli spermatozoi (vedi anche p. 54). In caso di gravidanza, il nascituro potrebbe subire malformazioni. È pertanto assolutamente necessario usare metodi contraccettivi.

Conservazione dello sperma o del tessuto testicolare

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

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

Se la fertilità non può essere ripristinata, la conservazione dello sperma o del tessuto testicolare permette di realizzare più tardi il desiderio di un figlio per mezzo dell'inseminazione artificiale (nel caso della riproduzione assistita).

La crioconservazione dello sperma per le persone sotto i 40 anni è coperta dall'assicurazione sanitaria di base per cinque anni.

Ha domande sulla sessualità e la vita intima?

Si rivolga a uno specialista in sessuologia (vedi p. 62) e legga gli opuscoli della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità maschile» e «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 65).

Il cancro non è contagioso

Il cancro non è una malattia trasmissibile. Le cellule tumorali non possono insediarsi in altre persone. Pertanto è impossibile trasmettere un cancro con i rapporti sessuali. La chemioterapia o le radioterapie non sono pericolose per la Sua partner.

Protesi testicolare sì o no?

Alcuni uomini soffrono per il cambiamento dell'aspetto fisico. Durante il trattamento, si pone la domanda se si debba utilizzare una protesi di silicone per sostituire il testicolo rimosso.

Se è difficile decidere a favore o contro una protesi testicolare, le seguenti domande La possono aiutare.

- Come mi sento quando mi manca un testicolo?
- Il pensiero di avere un corpo estraneo dentro di me mi disturba?

- Che cosa pensa la mia partner a proposito di una protesi?
- Una cicatrice sul testicolo mi darebbe fastidio?
- Posso convivere con i possibili effetti collaterali come il dolore al sito di sutura o il materiale della protesi?
- Ho spesso infezioni che tendono ad escludere una protesi testicolare?
- Il testicolo mancante influisce sulla mia sessualità?

Se ha domande sulla protesi testicolare Si rivolga al medico.

Ulteriori trattamenti

Terapia del dolore

Nel cancro del testicolo può insorgere dolore, soprattutto negli stadi avanzati e in presenza di metastasi. Il dolore toglie le forze e mette a dura prova la persona malata.

Nella maggior parte dei casi, i dolori causati da un cancro possono essere attenuati e spesso eliminati completamente. La scelta dei farmaci e delle misure analgesiche dipende dal tipo di tumore, dall'intensità del dolore, dalle cause precise e dai Suoi desideri personali.

Per il trattamento del dolore sono disponibili diverse opzioni:

- medicinali analgesici;
- radioterapia;
- esercizi di rilassamento (come la meditazione);
- attività fisica, sport;
- fisioterapia;
- applicazioni di caldo e freddo.

È importante che Lei non sopporti il dolore in silenzio, soffrendo inutilmente, ma si rivolga alla Sua équipe curante. Ci sono professionisti altamente specializzati nella terapia del

dolore d'origine tumorale. È quindi doveroso sfruttare le svariate possibilità offerte da questo ramo della medicina.

Nell'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 65) trova informazioni approfondite su questo argomento.

Riabilitazione oncologica

Una malattia grave e i suoi trattamenti incidono sul corpo, sulla mente e sull'intera vita sociale. Il rientro nella vita quotidiana è spesso vissuto in modo particolarmente problematico. In questa fase delicata entra in gioco la riabilitazione oncologica: l'obiettivo non è solamente trattare il tumore, ma sostenere e rafforzare integralmente le persone colpite nel loro cammino verso la guarigione e il reinserimento nella vita quotidiana.

Offerte di riabilitazione oncologica

Le offerte di riabilitazione possono essere di tipo ambulatoriale o stazionario e includere, ad esempio, attività fisica e sport, attività in ambito creativo e artistico o l'apprendimento di tecniche di rilassamento.

Di una riabilitazione oncologica possono beneficiare le persone colpite da un cancro, che:

- soffrono di effetti indesiderati e di conseguenze immediate del cancro o delle terapie;
- hanno un'autonomia e una capacità di svolgere le loro attività quotidiane limitate dalla malattia o dalle terapie e desiderano un sostegno pratico;

- intendono riprendere a lavorare;
- desiderano un rafforzamento fisico e psichico.

Le consigliamo di leggere gli opuscoli «Riabilitazione oncologica» e «Attività fisica e cancro» (vedi p. 65). I recapiti delle istituzioni che offrono una riabilitazione oncologica sotto supervisione medica sono riportati nel sito Internet della Lega svizzera contro il cancro: www.legacancro.ch.

Corsi

La Lega contro il cancro propone corsi incentrati su diversi temi. La Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro saprà indicarle le offerte adatte a Lei nella Sua zona.

Il rientro nella vita quotidiana

La diagnosi di cancro stravolge l'esistenza. Per mesi l'agenda è stata piena di visite mediche e trattamenti. Le Sue esigenze personali e altri aspetti della vita come la famiglia e il lavoro sono stati relegati in secondo piano.

Molte persone trovano il tempo di riflettere ed elaborare le proprie emozioni soltanto dopo la conclusione delle terapie e ciò può complicare il reinserimento nella vita di tutti i giorni.

Tempo e pazienza

Occorrono tempo e pazienza per riprendersi da un tumore e dalle relative terapie. Per i malati oncologici, si tratta spesso di una nuova esperienza che fa loro scoprire i propri limiti fisici e psichici. Magari Lei non si sente ancora pronta ad

affrontare le sfide della vita quotidiana.

Probabilmente le persone a Lei vicine o il Suo datore di lavoro non riescono a capire fino in fondo che cosa sta vivendo e si aspettano che tutto torni alla normalità. Non è una situazione facile da gestire. A maggior ragione è importante che non si lasci mettere sotto pressione.

Si conceda del tempo per organizzare la nuova situazione di vita. Cerchi di capire che cosa Le fa bene.

Cercare il dialogo

Ad alcuni giova parlare di quello che stanno vivendo. Non abbia quindi paura di spiegare la situazione e i Suoi sentimenti a parenti e amici. Anche le persone che La circondano sono spesso disorientate e non sanno bene che cosa fare per aiutarla.

Buono a sapersi

Negli opuscoli «Quando anche l'anima soffre», «Senza forze» e «Accompagnare un malato di cancro» (vedi elenco «Opuscoli della Lega contro il cancro» a p. 65) trova maggiori informazioni su questi argomenti.

Tuttavia, nel caso non esiti neppure a far capire che al momento non desidera parlare della Sua malattia.

Chiedere un aiuto professionale

Si confidi con il Suo medico. Può rivolgersi anche a un consulente della Lega contro il cancro o a un altro specialista (vedi p. 61). Insieme individuerete le misure di sostegno più appropriate e chiarirete quali vengono rimborsate dalla cassa malati.

Il ritorno al lavoro

Molte persone colpite dal cancro continuano a lavorare durante la terapia. Alcuni riducono le ore di lavoro, altri sono in congedo per

malattia e ritornano al proprio posto di lavoro al termine delle terapie.

Spesso è impossibile reggere lo stesso carico lavorativo di prima. La malattia e le terapie possono provocare limitazioni fisiche, stanchezza persistente, problemi di memoria, disturbi del sonno o difficoltà di concentrazione. Inoltre, chi ha avuto un cancro vive con il timore di una recidiva.

Pianifichi con cura l'attività quotidiana sul posto di lavoro e le modalità di rientro con la Sua équipe curante e il responsabile del personale della Sua azienda. Eventualmente, si possono adattare le mansioni e ridurre gli orari di lavoro.

Buono a sapersi

Trova ulteriori informazioni nell'opuscolo «Cancro: le sfide da affrontare sul posto di lavoro». Per questioni finanziarie (per es. domande sul versamento del salario) può rivolgersi ai consulenti delle Leghe cantonali e regionali contro il cancro. I recapiti dei servizi di consulenza nelle Sue vicinanze sono elencati a partire da pagina 61.

Controlli periodici

Una volta conclusa la terapia, il Suo medico Le consegnerà dei documenti che contengono le seguenti informazioni:

- le terapie che sono state eseguite;
- quanto è alto il rischio di una recidiva;
- come può riconoscere Lei stesso la comparsa di una recidiva;
- quando si svolgono le visite di controllo dopo la terapia;
- chi è la Sua persona di riferimento per questi controlli periodici;
- i recapiti di questa persona di riferimento.

Queste informazioni dovrebbero essere raccolte per iscritto nel cosiddetto «Survivorship care plan».

Alla fine della terapia, Le saranno consigliati regolari esami di controllo che, nei primi anni, hanno soprattutto lo scopo di riconoscere e trattare tempestivamente una recidiva del cancro. Dopo qualche anno, la priorità diventa l'individuazione e il trattamento delle conseguenze dei trattamenti.

La frequenza delle visite di controllo dipende, tra le altre cose, dal tipo di

tumore, dallo stadio della malattia, dalle terapie eseguite, dal rischio di recidiva, dai Suoi disturbi e dal Suo stato di salute generale.

Gli uomini guariti dal cancro del testicolo hanno un rischio più elevato di subire un infarto miocardico e un ictus. Si tratta di un rischio associato agli effetti indesiderati della chemioterapia e della radioterapia. Il medico La terrà sotto controllo per esaminare questi sintomi. Lei stesso può ridurre il rischio cardiovascolare rinunciando a fumare, moderando il consumo di alcol e facendo sport. Ha difficoltà a smettere di fumare? La Linea stop tabacco (vedi p. 62) offre una consulenza professionale per la disassuefazione dal fumo.

Un cancro del testicolo non ha solo ripercussioni sul fisico come il dolore o la stanchezza. Le visite di controllo servono anche per affrontare eventuali difficoltà psicologiche, professionali e sociali.

Importante

Se dovesse notare dei sintomi, si rivolga subito al medico.

Consulenza e informazione

Chieda consiglio

Équipe curante

L'équipe curante Le consiglia che cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Chieda anche quali sono le misure che possono aiutarla e facilitarle la guarigione. L'équipe curante include i professionisti che La assistono, curano e sostengono durante la malattia.

Sostegno psiconcologico

Una malattia oncologica non ha ripercussioni solo fisiche, ma anche psichiche che possono manifestarsi attraverso stati di ansia, di tristezza o di depressione. Se sentisse che il carico emotivo della malattia sta per diventare troppo pesante per Lei, chieda di poter usufruire di un sostegno psiconcologico. Uno psiconcologo è uno specialista che aiuta a gestire e superare le conseguenze psichiche di un cancro.

Varie figure professionali possono offrire un sostegno psiconcologico (per es. medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali o spirituali). L'essenziale è che abbiano seguito un perfezionamento in psiconcologia. All'indirizzo www.legacancro.ch/psiconcologia trova i recapiti degli psiconcologi nelle Sue vicinanze.

La Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro

Le Leghe cantonali e regionali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per risolvere problemi organizzativi (per es. custodia dei figli, noleggino di un letto elettrico), aiuti finanziari in situazioni di disagio economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito giuridico. Forniscono materiale informativo, organizzano gruppi di autoaiuto e corsi e indirizzano agli specialisti (per es. nei campi della dietetica, delle medicine complementari, della psiconcologia, del trattamento dei linfedemi, della sessuologia, ecc.).

Linea cancro 0800 11 88 11

Un'operatrice specializzata sarà disponibile ad ascoltarla telefonicamente, rispondendo alle Sue domande su tutti gli aspetti legati al cancro e alle possibilità per affrontarlo. Inoltre Le fornirà i recapiti degli ospedali e dei centri oncologici nelle Sue vicinanze specializzati nel trattamento della Sua malattia.

La chiamata e la consulenza sono gratuite. Le richieste possono essere inoltrate anche per iscritto all'indirizzo helpline@legacancro.ch o tramite Skype ([krebstelefon.ch](https://www.skype.com)). Il servizio Skype è disponibile attualmente solo in tedesco e francese.

Cancerline: la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti hanno la possibilità di chattare con una consulente nel sito www.legacancro.ch/cancerline (orari: lunedì-venerdì, ore 11-16).

Ha domande sulla malattia o desidera semplicemente parlare con qualcuno sul Suo stato d'animo? La chat è uno strumento ideale per farlo.

Malati di cancro: come dirlo ai figli?

Ha un cancro e ha figli? Può darsi che si chieda come comunicarlo in famiglia e che conseguenze avrà il cancro sulla routine domestica.

Nell'opuscolo «Se un genitore si ammala di cancro» trova spunti per affrontare questo tema delicato con i Suoi figli. L'opuscolo contiene anche consigli per gli insegnanti.

Consulenza sessuologica in caso di cancro

Le persone colpite dal cancro e i loro cari hanno la possibilità di ricevere una consulenza sessuologica confidenziale in lingua italiana rivolgendosi alla Lega ticinese contro il cancro (ticino.legacancro.ch/consulenza-e-sostegno/consulenza-sessuologica).

Linea Stop tabacco 0848 000 181

Consulenti specializzate Le forniscono informazioni, La motivano al cambiamento e, se lo desidera, La seguono nel processo di disassuefazione dal fumo, richiamandola gratuitamente. Per saperne di più, consulti il sito www.linea-stop-tabacco.ch.

Corsi

La Lega contro il cancro organizza corsi in diverse località della Svizzera per persone ammalate di cancro e i loro familiari: www.legacancro.ch/corsi.

Attività fisica

L'attività fisica può alleviare i disturbi concomitanti o successivi al cancro e alle sue terapie. Muoversi regolarmente ripristina le capacità fisiche e aumenta il benessere generale. Si può fare da soli, in due o in un gruppo di sport per malati di cancro: l'importante è che l'esperienza sportiva sia piacevole.

Si informi presso la Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro e legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro».

Altri malati di cancro

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Può essere utile confrontare il pro-

prio modo di far fronte a determinate situazioni con le strategie adottate da altri. Ognuno fa comunque le proprie esperienze e le scelte più consone alla propria personalità. Non c'è, in effetti, un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia.

Piattaforme virtuali di scambio

Può condividere le Sue esperienze legate alla malattia in un forum online, come quello moderato dalle operatrici della Linea cancro: www.forumcancro.ch.

Gruppi di autoaiuto

Partecipando agli incontri dei gruppi di autoaiuto, si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Si informi presso la Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro se vi sono gruppi di autoaiuto o gruppi di parola che si riuniscono nelle Sue vicinanze e sull'offerta di corsi per malati di cancro e i loro familiari.

Gruppi di autoaiuto a livello nazionale: su www.autoaiutosvizzera.ch, nella sezione «Alla ricerca/Motore di ricerca» può cercare gruppi di autoaiuto nella Sua zona selezionando il tema d'interesse.

Gruppi di autoaiuto nel Canton Ticino: www.auto-aiuto.ch oppure presso la Lega ticinese contro il cancro: ticino.legacancro.ch/consulenza-e-sostegno.

Servizi di assistenza e cura a domicilio o Spitex per malati di cancro

Si tratta di servizi non ospedalieri che offrono aiuto e cure infermieristiche a domicilio. In alcuni Cantoni ci sono organizzazioni di questo tipo specializzate nella cura dei malati di cancro, che prendono nomi diversi a seconda del Cantone in cui sono attive (per es. Hospice Ticino, Hospiz Graubünden, Onko-Spitem, spitalexterne Onkologiepflege SEOP). Prenda contatto con la Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro per ottenerne gli indirizzi.

Consulenza dietetica

Molti ospedali dispongono di un servizio di dietetica. Sul territorio operano dietiste e dietisti indipendenti che, in generale, collaborano con i medici e sono membri dell'associazione di categoria:

Associazione svizzera delle dietiste e dei dietisti (ASDD)
Altenbergstrasse 29
Casella postale 686
3000 Berna 8
Tel. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch

Sul sito dell'ASDD può cercare un dietista diplomato: www.svde-asdd.ch (in tedesco e francese).

palliative ch

Presso il segretariato dell'Associazione svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi e sul sito dell'associazione trova gli indirizzi delle sezioni cantonali di palliative ch e degli enti erogatori di cure palliative che operano nella Sua zona. Queste reti assicurano che le persone ammalate possano ricevere un'assistenza e una cura ottimali, indipendentemente dal luogo dove abitano.

palliative ch
Bubenberplatz 11
3011 Berna
Tel. 031 310 02 90
info@palliative.ch
www.palliative.ch

La mappa di palliative ch fornisce una panoramica delle offerte in Svizzera che soddisfano gli elevati standard di qualità per le cure palliative: www.cartepalliative.ch/carte.

Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malat-

tie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute ovvero che il farmaco figuri nel cosiddetto «Elenco delle specialità» dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il Suo medico curante è tenuto ad informarla compiutamente a tale proposito.

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 50) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Qualora fossero impiegati medicinali non ancora omologati per il commercio o nuovi procedimenti o si rendessero necessarie ulteriori misure (per es. analisi genetiche), i costi di regola non vengono addebitati a Lei, bensì finanziati con fondi per la ricerca.

Verifichi preventivamente se l'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) o l'assicurazione integrativa garantisce la copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze.

Legga anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi p. 65).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- Accompagnare un malato di cancro
- Alimentazione e cancro
- Assistenza a un familiare e attività lavorativa
- Attività fisica e cancro
- Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali
- Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono
- Cancro: le sfide da affrontare sul posto di lavoro
- Diario del dolore
- Direttive anticipate della Lega contro il cancro
- Dolori da cancro e loro cura
- Il cancro e la sessualità maschile
- Il linfedema dopo un cancro
- Il periodo del lutto
- L'immunoterapia con gli inibitori dei checkpoint
- La chirurgia dei tumori
- La radioterapia
- La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto
- Medicina complementare e cancro
- Predisposizione genetica al cancro
- Quando anche l'anima soffre
- Riabilitazione oncologica
- Scelte di fine vita
- Se un genitore si ammala di cancro
- Senza forze
- Terapie medicamentose dei tumori
- Terapie orali in oncologia

Presso la Lega contro il cancro trova ulteriori opuscoli dedicati a singoli tipi di cancro, a trattamenti specifici e alla gestione della malattia. Tutti gli opuscoli sono gratuiti e disponibili anche in forma elettronica. Sono offerti dalla Lega svizzera contro il cancro e dalle Leghe cantonali o regionali contro il cancro. Ciò è possibile soltanto grazie alla generosità dei donatori.

Modalità di ordinazione

- Lega contro il cancro del Suo cantone
- Telefono 0844 85 00 00
- shop@legacancro.ch
- www.legacancro.ch/opuscoli



 **Può leggere e ordinare tutti gli opuscoli online.**

Il Suo parere ci interessa

Può esprimere la Sua opinione su questo opuscolo compilando il questionario che trova in fondo all'opuscolo o sul sito www.legacancro.ch/opuscoli. La ringraziamo per il Suo interesse.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico**», 2015, Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro SAKK, scaricabile dal sito: www.sakk.ch.

«**Tumore dei testicoli**», della Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro, consultabile all'indirizzo www.airc.it, nella sezione «Conosci il cancro».

«**Tumore del testicolo. Informazioni per i pazienti**», della fondazione AIOM, consultabile all'indirizzo www.fondazioneaiom.it.

Letture consigliate

«**Tumore al testicolo**», della Fondazione Umberto Veronesi, consultabile all'indirizzo www.fondazioneveronesi.it, digitando «Testicolo» come parola di ricerca.

«**Tumore al testicolo**», dell'Associazione italiana malati di cancro, amici e parenti, consultabile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «Informarsi sui tumori».

«**Tumore del testicolo**», della Società italiana di urologia oncologica, consultabile all'indirizzo www.tumorigenitourinari.net, nella sezione «Tumori».

Alcune Leghe cantonali contro il cancro dispongono di una biblioteca dove è possibile prendere in prestito gratuitamente libri sul cancro. Si informi presso la Lega del Suo Cantone (vedi p. 61).

Informazioni su Internet

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

L'intera offerta della Lega contro il cancro con link a tutte le Leghe cantonali e regionali

www.legacancro.ch/cancerline

La Lega contro il cancro gestisce una chat con consulenza.

www.legacancro.ch/corsi

Corsi per persone ammalate e familiari.

www.legacancro.ch/il-cancro/riabilitazione-oncologica

Offerte di riabilitazione oncologica in Svizzera.

www.legacancro.ch/psicooncologia

Per trovare uno psiconcologo nelle vicinanze.

Altre offerte

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.aiom.it

Associazione italiana di oncologia medica

www.airc.it

Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro

www.associazioneitalianatumoretesticolo.it

Associazione italiana tumore del testicolo

www.europauomo.it

Europa uomo Italia Onlus

www.favo.it

Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia

www.fertiprotekt.ch

FertiPROTEKT Netzwerk e.V.

www.fondazioneveronesi.it

Fondazione Umberto Veronesi

www.ieo.it

Istituto europeo di oncologia

www.iirm.ch

Istituto internazionale di medicina della riproduzione

www.iss.it

Istituto superiore di sanità

www.kofam.ch

Organo di coordinamento della ricerca sull'essere umano

www.palliative.ch

Associazione svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi

www.psychoonkologie.ch

Società svizzera di psiconcologia

www.selbsthilfeschweiz.ch

Autoaiuto Svizzera

www.sgrm.org

Società svizzera di medicina della riproduzione

www.siu.it

Società italiana di urologia

www.siuero.it

Società italiana di Uro-oncologia

www.swissurology.ch

Società svizzera di urologia

www.tumorigenitourinari.net

Società italiana di urologia oncologica

Informazioni in inglese

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancerresearchuk.org

Cancer Research UK

<https://ecpc.org>

European cancer patient coalition

www.iarc.who.int

International agency for research on cancer

www.macmillan.org.uk

Macmillan Cancer Support

www.uroweb.org

European association of Urology

Fonti

Bublak, R. (26.10.2019). *microRNA ist zuverlässiger als gängige Tumormarker*. Im Fokus Onkologie 22 (70/2019).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s15015-019-0234-z>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2019). *Hodenkrebs-Screening: Derzeit keine Empfehlung*. Health-care-in-europe.

<https://healthcare-in-europe.com/de/news/hodenkrebs-screening-derzeit-keine-empfehlung.html>

Kunz, B. (23.7.2019). *Hodenkarzinom - Seminom - Überblick*. Deutsches Krebsforschungszentrum.

<https://shr.dkfz-heidelberg.de/dbkid/Web/DocView.aspx?Id=967>

Kunz, B. (23.7.2019). *Hodenkrebs – Nichtseminom – Überblickl*. Deutsches Krebsforschungszentrum.

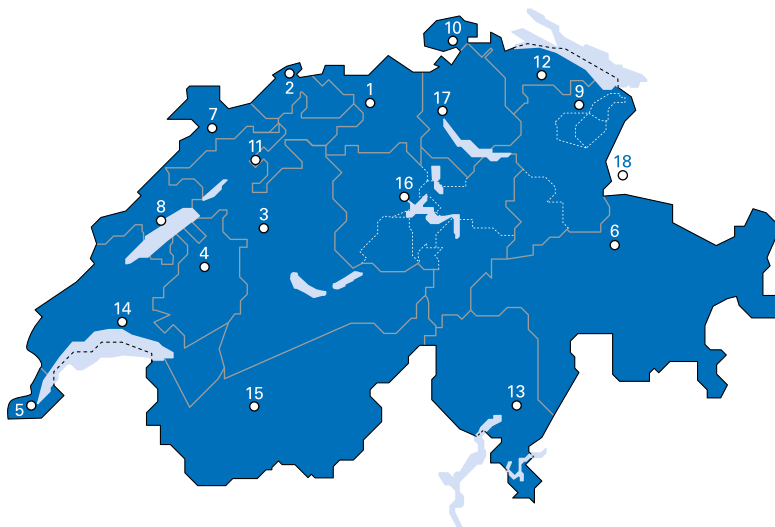
<https://shr.dkfz-heidelberg.de/dbkid/Web/DocView.aspx?Id=2149>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020). *Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens*. Kurzversion 1.1. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Hodentumoren/LL-Hodentumoren_Kurzversion_1.1.pdf

Lorch, A., Albers, P., Beyer, J., Cathomas, R., Oing, C., Souchon, R., Stöger, H. & Bokemeyer, C. (2020). *Keimzelltumoren des Mannes*. Onkopedia.

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/keimzelltumoren-des-mannes/@@guideline/html/index.html>

La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



- 1 Krebsliga Aargau**
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7
- 2 Krebsliga beider Basel**
Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6
- 3 Krebsliga Bern**
Ligue bernoise contre le cancer
Schwanengasse 5/7
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@krebssligabern.ch
www.krebssligabern.ch
PK 30-22695-4
- 4 Ligue fribourgeoise contre le cancer**
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3
- 5 Ligue genevoise contre le cancer**
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8
- 6 Krebsliga Graubünden**
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0
- 7 Ligue jurassienne contre le cancer**
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
info@ljcc.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3
- 8 Ligue neuchâteloise contre le cancer**
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 9 Krebsliga Ostschweiz**
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1
- 10**
- 11**
- 12**
- 13**
- 14**
- 15**
- 16**
- 17**
- 18**

10 Krebsliga Schaffhausen

Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Wengistrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**13 Lega ticinese
contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**14 Ligue vaudoise
contre le cancer**

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
UBS 243-483205.01Y
CCP UBS 80-2-2

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

**16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR, ZG**

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

18 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

**Lega svizzera
contro il cancro**

Effingerstrasse 40
casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Opuscoli

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

Forum

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

Cancerline

www.legacancro.ch/
cancerline, la chat sul
cancro per bambini,
adolescenti e adulti
lunedì – venerdì
ore 11.00–16.00

Skype

krebstelefon.ch
lunedì – venerdì
ore 11.00–16.00

Linea stop tabacco

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

**Le siamo molto grati
del Suo sostegno.****Linea cancro
0800 11 88 11**

lunedì – venerdì
ore 9.00–19.00
chiamata gratuita
helpline@legacancro.ch

Uniti contro il cancro

Questo opuscolo Le viene consegnato dalla Sua Lega contro il cancro, la quale è a Sua disposizione con la sua ampia gamma di prestazioni di consulenza, accompagnamento e sostegno. All'interno trova l'indirizzo della Sua Lega cantonale o regionale.