



Il Tumore al seno Saperne di più

Il seno è un insieme di ghiandole e tessuto adiposo. Le strutture ghiandolari sono unite tra loro a formare un lobo. In un seno ci sono tra 15 e 20 lobi. Il latte giunge al capezzolo attraverso i dotti galattofori.

Il tumore al seno è il più frequente nel sesso femminile. In Italia oltre 40.000 donne ogni anno sono colpite dalla malattia. Una donna su 8 è destinata ad ammalarsi nel corso della vita.

PREVENZIONE

-Dieta. Utile un elevato apporto di frutta, verdura, cereali non raffinati, legumi e pesce. E' bene ridurre il consumo zuccheri raffinati e grassi animali.

L'allattamento al seno ha effetto protettivo.

L'esercizio fisico ed il controllo del peso corporeo hanno anch'essi effetti protettivi.

FATTORI DI RISCHIO

-Età: oltre il 50% dei tumori al seno colpisce donne oltre i 50 anni.

-Familiarità: circa il 10% delle donne con tumore al seno (soprattutto i casi giovanili) ha più di un familiare stretto colpito dalla stessa malattia.

-Predisposizione genetica: una piccola quota di tumori al seno è di tipo ereditario, causato dalle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2.

-Ormoni: il livello degli ormoni sessuali, soprattutto gli estrogeni, sembra essere il fattore che influisce maggiormente sulla nascita e sulla crescita del tumore al seno. Per questo le situazioni che ne aumentano la presenza hanno effetto negativo mentre quelle che la diminuiscono (per esempio le gravidanze) hanno effetto protettivo.

-Obesità e fumo: hanno effetti negativi.

-Terapia ormonale sostitutiva in menopausa: aumenta, anche se in lieve misura, il rischio di sviluppare il tumore al seno. Questo rischio cresce parallelamente al numero di anni di assunzione della terapia.

-Cisti e fibroadenomi non aumentano il rischio di tumore al seno.

PRINCIPALI TIPI DI TUMORE AL SENO

-Carcinoma duttale in situ: forma iniziale di cancro limitata alle cellule che formano la parete dei dotti: Se non curato può diventare invasivo.

-Carcinoma lobulare in situ: anche questo tumore non è invasivo. Indica un rischio aumentato di formare tumori in entrambe le mammelle.

-Carcinoma duttale infiltrante: questo tumore supera la parete del dotto. Rappresenta tra il 70 e l'80% di tutte le forme di tumore al seno.

-Carcinoma lobulare infiltrante: questo tumore supera la parete dei lobuli. Rappresenta tra il 10 ed il 15% dei tumori al seno.

SINTOMI

Le forme iniziali di tumore al seno in genere non provocano dolore.

La maggior parte dei tumori al seno non dà segno di sé e si vede solo con gli esami strumentali.

-Noduli palpabili o visibili. Circa la metà dei casi di tumore al seno si presenta nel quadrante superiore esterno della mammella.

-Alterazioni del capezzolo in fuori o in dentro.

- Perdite da un capezzolo solo** (se la perdita è bilaterale il più delle volte la causa è ormonale).
- Cambiamenti della pelle** (aspetto a “buccia di arancia”).

DIAGNOSI

- Mammografia:** è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce. Consigliabile con cadenza annuale a tutte le donne oltre i 50 anni. In caso di familiarità in genere si inizia a partire dai 40 anni.
- Ecografia:** è più utile nel seno giovane. Viene in genere associata alla mammografia nel corso **dell'Esame clinico-strumentale completo**.
- Visita clinica.**
- Autopalpazione:** se eseguita correttamente e regolarmente consente di scoprire eventuali noduli. Il suo limite è che non rivela lesioni di piccole dimensioni; permette però di acquisire una buona conoscenza del seno e di accorgersi immediatamente di eventuali modificazioni. Va effettuata ogni mese 5-6 giorni dopo la fine delle mestruazioni. Si inizia con l'ispezione, in piedi davanti allo specchio per evidenziare eventuali alterazioni della forma e del profilo delle mammelle; sempre in piedi è bene controllare i cavi ascellari palpando l'ascella destra con la mano sinistra e viceversa alla ricerca di eventuali ghiandole ingrossate. La palpazione del seno va effettuata in posizione supina con il braccio corrispondente alla mammella che si sta esaminando dietro la testa, meglio con un cuscino sotto la spalla; si esercita una pressione delicata ed uniforme con la punta delle dita su tutta la mammella: l'obiettivo è identificare sotto la pelle eventuali masse o noduli.
- Agoaspirato:** con un ago sottile si aspirano cellule da una lesione. È una manovra semplice e poco dolorosa. Si effettua in genere durante l'esame clinico-strumentale. Serve a discriminare tra lesioni benigne e maligne.
- Microbiopsia:** è un esame istologico che viene effettuato su un prelievo di tessuto mammario; consente di valutare le cellule di una lesione ed i rapporti tra di esse e le strutture circostanti. Fornisce la diagnosi della malattia. Il tessuto viene prelevato in anestesia locale con un ago grosso attraverso una piccola incisione cutanea di 2-3 millimetri, su guida ecografica o RX guidata.

EVOLUZIONE

Stadio 0: carcinoma in situ.

Stadio I: cancro in fase iniziale, con meno di 2cm di diametro, senza il coinvolgimento dei linfonodi dell'ascella.

Stadio II: cancro di meno di 2 cm di diametro ma con coinvolgimento dei linfonodi ascellari oppure di oltre 2 cm di diametro senza il coinvolgimento dei linfonodi ascellari.

Stadio III: tumore localmente avanzato, di dimensioni variabili, che ha coinvolto i linfonodi dell'ascella oppure i tessuti vicini al seno, per esempio la pelle.

Stadio IV: tumore già metastatizzato che ha coinvolto organi al di fuori del seno.

Per tumori identificati allo stadio 0 la sopravvivenza è del 98% a 5 anni, se i linfonodi sono positivi, ovvero contengono cellule tumorali, la sopravvivenza è del 75% a 5 anni e diminuisce in caso di tumori più avanzati.

L'INTERVENTO CHIRURGICO

Quasi tutte le donne con tumore al seno subiscono un intervento chirurgico.

I molti casi è possibile (per tumori di piccole dimensioni) ricorrere alla Chirurgia conservativa: gli interventi praticati sono la **tumorectomia** e la **quadrantectomia**.

La scelta di effettuare un intervento conservativo deve comunque rispettare alcuni requisiti: i margini di resezione devono essere liberi da malattia (in alcuni casi può essere necessario un re-intervento, anche di mastectomia) ed il risultato estetico deve corrispondere alle aspettative; è necessario quindi valutare il rapporto tra le dimensioni del tumore ed il volume della mammella.

L'intervento di chirurgia conservativa è quasi sempre accompagnato dalla Radioterapia.

Nel nostro Centro è possibile eseguire il trattamento di **Radioterapia intraoperatoria**, attualmente riservato a pazienti non in giovane età, con neoplasie unifocali infiltranti, poste non al prolungamento ascellare del seno. La **Radioterapia convenzionale** prevede un ciclo di trattamento di circa un mese con sedute giornaliere della durata di pochi minuti.

La **Mastectomia** consiste nell'asportazione dell'intera ghiandola mammaria. E' spesso possibile conservare gran parte della cute del seno e talvolta il complesso areola-capezzolo.

In questi casi l'intervento oncologico è seguito da quello ricostruttivo ad opera dei Chirurghi Plastici.

La **Ricostruzione immediata** si può effettuare in più modi;

il metodo più tradizionale consiste nel posizionare al di sotto dei muscoli pettorali, durante lo stesso intervento di mastectomia, una protesi, l'espansore, che verrà riempita di soluzione acquosa nell'arco di qualche mese per poi venire sostituita, mediante un altro intervento, con una protesi definitiva.

Una tecnica più recente, utilizzabile particolarmente in mammelle di dimensioni medio-piccole e quando è possibile il risparmio della cute, consiste nel posizionamento immediato della protesi assieme ad un impianto di derma rigenerato.

La **Ricostruzione differita** viene eseguita con questa o con altre tecniche più complesse in un tempo successivo all'intervento di mastectomia.

Può talvolta essere indicato il rimodellamento dell'altro seno.

-**La Biopsia del Linfonodo Sentinella.** Durante l'intervento chirurgico può esser necessario asportare i linfonodi dell'ascella. Per sapere se questi sono coinvolti si individua il linfonodo che sarebbe per primo colpito dal tumore (linfonodo sentinella) e se questo risulta libero da cellule tumorali all'analisi al microscopio, non si tolgono gli altri; in caso contrario si procede allo svuotamento del cavo ascellare. Evitare lo svuotamento del cavo ascellare esclude il rischio di molti effetti collaterali, primo fra tutti il Linfedema.

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI ED ESAME DEL TUMORE

Il tumore asportato ed i linfonodi vengono inviati in Anatomia Patologica dove viene eseguito l'**Esame Istologico**. Nonostante l'asportazione del tumore c'è sempre il rischio di una ricaduta dovuta al distacco di cellule tumorali dalla massa e sparse per il corpo: Per questa ragione a molte pazienti viene proposta una terapia con farmaci anticancro.

Terapia Ormonale. Se sono presenti i recettori per gli Estrogeni e per il Progesterone, due ormoni femminili, si possono utilizzare farmaci che bloccano gli estrogeni (per esempio il Tamoxifene) che si assumono in compresse e riducono drasticamente le ricadute.

Anticorpi Monoclonali. La presenza nel tumore di un recettore detto HER2 indica un rischio aumentato di ripresa della malattia; per questa ragione si propone alle donne, positive per questo esame, un farmaco (Trastuzumab) che blocca i recettori ed impedisce al tumore di crescere

Chemioterapia (può anche essere eseguita prima dell'intervento chirurgico, **Chemioterapia neoadiuvante**, per ridurre le dimensioni e l'aggressività del tumore).

DOPO L'INTERVENTO

Il risultato estetico dipende dalla tecnica utilizzata. La degenza per gli interventi meno invasivi è di due- tre giorni, qualche giorno in più per la mastectomia.

Meglio evitare le temperature troppo alte come anche i bagni di sole che, aumentando la dilatazione dei vasi sanguigni, favoriscono, nei casi in cui sono stati asportati tutti i linfonodi ascellari, il **Linfedema** (braccio grosso).

E' possibile fare sport scegliendo attività non troppo impegnative.

Parlare con uno **Psicologo** abituato a gestire la malattia oncologica può aiutare a superare le difficoltà comunicative relazionali.

Il Follow up: la donna operata di tumore al seno viene sottoposta a visite cliniche, esami del sangue e strumentali per diversi anni. Lo scopo di questi accertamenti è la diagnosi precoce di eventuali recidive o ricadute.

IL LINFEDEMA

E' un accumulo di liquido nei tessuti del braccio che si manifesta con gonfiore. Può verificarsi quando è stato effettuato lo svuotamento del cavo ascellare.

In caso di linfedema il braccio e la mano sono più sensibili alle infezioni. Si può ridurre il rischio di linfedema evitando sforzi eccessivi del braccio, le fonti di calore, usando guanti perle attività a rischio di lesioni della pelle, svolgendo attività fisiche che consentano una corretta funzionalità della spalla.

LA LINFOADENECTOMIA ASCELLARE: CONSIGLI PRATICI DOPO LA DIMISSIONE

Cura del braccio

E' utile porre attenzione a:

- curare particolarmente l'igiene usando saponi delicati,

- evitare di affaticare troppo il braccio. Ogni qual volta lo si sente stanco è bene rilassarsi con il braccio appoggiato sopra un cuscino e in modo che sia all'altezza della spalla,
- evitare lavori che implicano movimenti ripetuti per molto tempo, faticosi o da eseguire con il braccio in giù (ad esempio stirare a lungo): questa posizione infatti ostacola il deflusso linfatico,
- evitare di portare pesi (ad esempio le borse della spesa) ed usare quindi una borsa su carrello,
- evitare tagli, punture con spine di fiori od ortaggi, punture di ago, punture di insetti, manicure improprie o uso di sostanze tossiche per la cute (smacchiatori, sturalavandini, ecc), usare guanti di gomma durante i lavori di casa e hobbies. Se succede comunque di pungere o graffiare il braccio, pulire la parte con cura e detergerla con soluzioni disinfettanti. Se compare febbre e rossore consultare il medico curante,
- riparare il braccio e la mano con soluzioni insettifughi durante il periodo estivo,
- indossare abiti non sintetici, comodi e senza elastici che stringano il polso o il braccio. Le spalline del reggiseno devono essere larghe,
- evitare fonti di calore direttamente a contatto con il braccio come forni, sabbiature, sole caldo; l'abbronzatura non è comunque controindicata, purchè l'esposizione al sole sia gradevole evitando gli orari di maggior calura e utilizzando creme ad alta protezione,
- evitare di usare per lungo tempo ferri da stiro normali e a vapore,
- evitare se possibile il prelievo di sangue nel braccio interessato, non è consigliabile infondere fleboclisi,
- evitare in caso di controlli periodici della pressione arteriosa il rilevamento della parte dove si è subito l'intervento,
- non indossare anelli, bracciali e orologi troppo stretti,
- non portare le borsetta con manici infilati nel braccio operato,
- controllare il proprio peso (il grasso si deposita maggiormente nel braccio che ha deficit circolatori); è inoltre raccomandata una dieta iposodica (riduzione dell'assunzione di sale con gli alimenti).

Se il braccio diventa improvvisamente rosso, caldo dolente e gonfio rivolgersi al medico di base!

GUIDA PRATICA PER IL RAPIDO RECUPERO MOTORIO DOPO INTERVENTO CHIRURGICO AL SENO

La sezione che segue, redatta in collaborazione con la Dott.ssa Paola Zapparoli, Fisiatra del Servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione, si propone come guida pratica per un rapido recupero motorio dopo asportazione del linfonodo sentinella o linfadenectomia ascellare durante l'intervento di quadrantectomia e/o di mastectomia.

Lo scopo è quello di prevenire possibili limitazioni funzionali al movimento del braccio, causate da aderenze cicatriziali e fibrosi. L'esecuzione metodica dei 4 esercizi illustrati nel testo permetterà di raggiungere un'ottimale ripresa dopo l'intervento. La respirazione profonda associata agli esercizi aiuterà ad ottenere un miglior rilassamento perché permette di avvertire minor disagio e tensione nell'area della ferita.

Talvolta dopo una quindicina di giorni dall'intervento si potrebbe avere la sensazione di limitazioni nei movimenti. Questo è dovuto alla fibre di riparazione cicatriziale a livello ascellare, ed è in questo che viene richiesta la massima riabilitazione motoria.

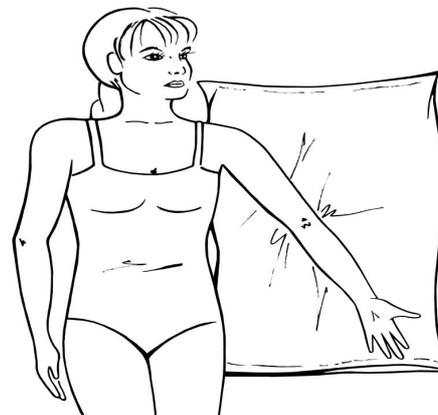
Gli esercizi andranno ripetuti due volte al giorno, salvo espressa controindicazione. Quando Lei sarà dimessa le consigliamo di continuare l'autotrattamento fino al momento in cui effettuerà la visita di controllo, cui potrà o meno far seguito l'inserimento ambulatoriale per un ciclo di trattamenti.

È molto importante che, dalla parte operata, l'arto superiore conservi una buona articolarietà, mantenendo possibilmente invariata l'ampiezza complessiva del movimento.

Gli esercizi vanno eseguiti lentamente, respirando a fondo e mantenendo la posizione ottenuta per circa 10 secondi, senza "molleggiare". Una respirazione profonda e rilassata aiuta a raggiungere e mantenere la posizione desiderata e risulta più facile effettuare manovre di allungamento durante la fase espiratoria.

Se il raggiungimento e/o mantenimento della posizione provoca dolore, è necessario fermarsi prima, in caso di avvertimento di un po' più di fastidio.

Nei primi giorni dopo l'intervento, durante il riposo a letto, mantenere il braccio a 45° rispetto al busto appoggiato su un cuscino, col palmo della mano rivolto verso l'alto. Mantenere il gomito il più esteso possibile, in modo da evitare l'eventuale formazione di retrazioni.



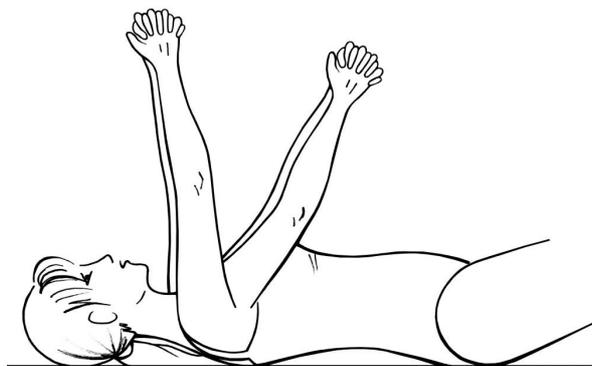
Nei primi giorni dopo l'intervento, durante il riposo a letto, col braccio appoggiato sul cuscino, estendere e flettere l'avambraccio.



Durante l'esercizio, la mano si apre e si chiude a pugno, per migliorare la circolazione dell'arto superiore.



Supine a terra, distendere le braccia verso il soffitto e intrecciare le mani col palmo rivolto verso il petto. Portare più in alto e indietro possibile le braccia e riportarle da questa posizione verso l'addome. Ripetere 5 volte.



I DIRITTI

Esenzione dal Ticket per gli esami e le visite di controllo relativi al tumore al seno; il modulo verrà compilato dai medici dei reparti di cura (Chirurgia, Oncologia).

Prescrizione gratuita delle protesi mammarie effettuata dallo specialista (chirurgo, oncologo) sull'apposito modulo rilasciato dall'ULSS.

Assegno di invalidità civile: lo Stato assiste i malati oncologici che si trovano in determinate condizioni economiche. Tre sono le percentuali di invalidità civile per malattia oncologica:

-11%: prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale.

-70%: prognosi favorevole ma grave compromissione funzionale.

-100%: prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante l'asportazione del tumore.

La domanda va presentata all'Ufficio Invalidi Civili dell'ULSS.

Indennità di accompagnamento: può essere richiesta in caso di difficoltà di deambulazione o ridotta autonomia nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestizione).

Permessi di lavoro e trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale: si ottengono una volta riconosciuto lo stato di invalidità e dipendono dalla sua percentuale.