

Donne e tumore al seno



D.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

O.N.Da

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile, promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento.

O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute.

Consiglio Direttivo:

Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo, Ilaria Viganò

Co-fondatore:

Giorgio Viganò (1939-2010)

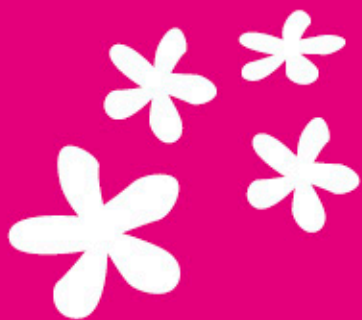
Comitato d'onore:

Vittoria Buffa, Gaetano Gifuni, Umberto Veronesi

Comitato Tecnico Scientifico:

Adriana Albini (Presidente), Giuliano Binetti, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Patrizia Colarizi, Gilberto Corbellini, Flavia Franconi, Claudio Mencacci, Eva Negri, Walter Ricciardi, Nicla Vassallo, Carlo Vergani, Riccardo Vigneri

Donne e tumore al seno



Autore:

Alberto Costa

Chirurgo,

Coordinatore del Centro di Senologia

Multimedica, Milano



Indice

Introduzione	5
Nomi diversi per una sola malattia	6
Malattie diverse per un solo nome	7
Perché uno stesso nome per malattie diverse?	8
È ereditario il carcinoma mammario?	11
Se è solo raramente ereditario, perché è così frequente?	12
Come fare per proteggersi?	13
E se mi ammalo cosa faccio?	15
La paura dell'intervento	16
La tecnologia ha la sua importanza.....	17
E dopo l'intervento.....	18
Di cosa disponiamo oltre alla chirurgia?.....	19
L'importanza del lato estetico	22



Introduzione

Con il termine “tumore al seno” intendiamo ormai correntemente molte diverse condizioni di malattia di questo prezioso organo del corpo femminile. In realtà, anche quelli del seno, come tutti i tumori, possono essere benigni o maligni. Quelli benigni sono anche chiamati *fibroadenomi*, sono frequenti nelle donne giovani, soprattutto in quelle che non hanno ancora avuto gravidanze. I fibroadenomi non rappresentano un pericolo per la persona che ne è portatrice e si asportano chirurgicamente solo se crescono rapidamente di dimensioni oppure se cambiano aspetto o forma.

I tumori maligni sono sostanzialmente i *carcinomi*, così chiamati perché colpiscono la ghiandola mammaria (tutti i tumori maligni delle ghiandole si chiamano carcinomi). Un po' di anatomia: le mammelle si sviluppano con la pubertà, hanno pelle molto elastica (si ingrossano con l'allattamento poi tornano normali), sono abbastanza spesso diverse l'una dall'altra (in genere una lievemente più piccola o più grande dell'altra). La mammella contiene al suo interno la *ghiandola mammaria* che a sua volta è immersa in una quantità variabile di *tessuto adiposo* (ed è proprio questa quantità a determinare il volume del seno).

Nomi diversi per una sola malattia

Ciò di cui importa parlare, quando si discute di tumori al seno, è di quella malattia che colpisce ormai in Italia una donna su 10, che quindi cambia la vita a quasi 40mila donne ogni anno e che, sempre ogni anno, ne arriva ad uccidere quasi 10mila. Questa malattia è chiamata soprattutto carcinoma della mammella, oppure carcinoma mammario, oppure ancora neoplasia maligna della mammella o infine, più crudamente, cancro al seno o cancro della mammella.

Per questa breve trattazione sceglieremo il termine di *carcinoma mammario*, perché esso è tecnicamente il più corretto e certamente il più usato.



Malattie diverse per un solo nome

A dire il vero però, per parlare con cognizione di causa dei tumori maligni del seno non basta più oggi usare il termine carcinoma mammario perché alla luce delle attuali conoscenze della medicina esso è troppo generico. Abbiamo detto infatti che il carcinoma mammario è il tumore maligno della ghiandola mammaria (non del tessuto adiposo, non della pelle). La ghiandola mammaria è un complesso e sofisticato insieme di cellule molto ben organizzate fra loro e programmate dalla natura per una sola e fondamentale funzione: produrre il latte che nutrirà il neonato della donna cui quelle ghiandole appartengono (in passato anche di altre, ai tempi delle balie). A loro volta, le cellule della ghiandola mammaria sono di due tipi, quelle dette lobulari, che producono il latte, e quelle dette duttali perché formano i dotti (o condotti) che portano il latte al capezzolo e quindi alla bocca del neonato.

Perché nasca e cresca un carcinoma mammario, dunque, occorre che si trasformi in maligna una cellula che prima era sana. Non sappiamo ancora bene perché e come questo avvenga ma certo questo è ciò che accade.

Allora capiamo anche rapidamente che se la cellula che perde la sua identità e stabilità appartiene ad un lobulo, nascerà un **carcinoma lobulare**. Se la trasformazione verso la malignità avviene in un dotto, avremo un **carcinoma duttale**. Poiché la trasformazione verso la malignità è un processo relativamente lento, abbiamo anche una fase in cui il carcinoma cresce nella zona anatomica in cui è nato (per definirlo si usa il termine latino **in situ**), seguita da una fase in cui poi la crescita diventa infiltrante della stessa zona.

Quando parliamo di carcinoma mammario, pertanto, ci troviamo di fronte a diverse situazioni: quelle in cui la trasformazione rimane confinata alla zona, ad esempio quello che un tempo si chiamava carcinoma duttale in situ (o carcinoma intraduttale), oppure carcinoma lobulare infiltrante (o invasivo), oppure ancora carcinoma duttale infiltrante (o invasivo).

È essenziale che su questo punto vi sia chiarezza perché altrimenti la paziente e i suoi cari vengono presi dal terrore quando leggono la parola **infiltrante o invasivo**: si potrebbe pensare a prima vista che già la malattia tumorale abbia cominciato ad infiltrare o ad invadere l'intero organismo. Invece, infiltrante o invasivo sono aggettivi di lobulare o di duttale, nel senso che si limitano a precisare che è stato trovato un carcinoma mammario, nato in un lobulo o in un dotto, in essi cresciuto fino al punto di infiltrarli.

Perché uno stesso nome per malattie diverse?

Fino a qualche decennio fa la diagnosi di tumore avveniva guardando al microscopio le cellule del nodulo duro che prima era presente nella mammella della paziente e che poi era stato tolto con l'intervento chirurgico (oppure "esplorato" con un ago sotto vuoto in grado di aspirare del materiale biologico da esaminare). Vista la cellula maligna, fatta la diagnosi. Il patologo, cioè il medico che conosce l'anatomia delle cellule e dei tessuti sia sani che malati, vede al microscopio che il tessuto ghiandolare si è trasformato e formula la diagnosi di carcinoma mammario.



Nel passato la terapia del tumore al seno era sempre la stessa e cioè l'asportazione totale della mammella (intervento di *mastectomia*), unica cura dimostratasi utile dopo che con essa il chirurgo americano Halsted aveva ottenuto finalmente qualche guarigione e ne aveva dato notizia sulle riviste scientifiche nel 1894.

Col tempo, tuttavia, i patologi hanno cominciato a distinguere il carcinoma nelle quattro varianti che abbiamo descritto prima ed anche a mettere in guardia i chirurghi sulla loro sostanziale diversità. Ecco perché il termine è rimasto lo stesso ma il suo significato cambia moltissimo a seconda degli aggettivi che lo accompagnano.

La prima variante, il **carcinoma lobulare in situ**, è assolutamente incapace di aggredire l'organismo della paziente e di rappresentare un rischio per la sua vita. La sua malignità è praticamente solo formale, nel senso che le singole cellule sono sì morfologicamente maligne ma non lo è la loro natura. Molti patologi hanno recentemente proposto di abolire la parola carcinoma in questo caso e di parlare semplicemente di **malattia lobulare** proprio per non spaventare il profano che davanti al termine carcinoma non riesce a trattenere l'ansia e lo spavento. Altre classificazioni usano la sigla LIN (dall'inglese *Lobular intraepithelial neoplasia*) per definire il carcinoma lobulare in situ e a seconda del livello di evoluzione verso la malignità, esprimono gradi diversi con le sigle LIN 1 o LIN2 o 3.

La terapia si limita alla semplice asportazione della zona malata e mai più, negli ultimi anni, è stata proposta la mastectomia. La malattia lobulare viene semmai considerata una "precancerosi", cioè una dimostrazione dell'esistenza di un rischio per quella persona di ammalarsi di carcinoma mammario, e alla paziente vengono proposte diverse possibili misure di prevenzione.

Anche il **carcinoma intraduttale** è una precancerosi, ma è già un po' più pericoloso del lobulare *in situ*, perché tende a riformarsi, perché è più predisposto a diventare infiltrante, perché non raramente colpisce allo stesso modo entrambe le mammelle.

Va curato con molta attenzione e non sempre è possibile farlo facilmente perché nella fase *in situ* il carcinoma non è palpabile. Non è la donna che si accorge di averlo ("stavo facendo la doccia e ho sentito un nodulo duro proprio qui") ma è il suo radiologo che lo riconosce subito alla mammografia sotto forma di **micro calcificazioni** (sono infatti dei microscopici depositi di calcio che segnalano in genere la presenza di questa malattia).

Ecco perché la mammografia ogni tanto va fatta anche se non si sente nulla all'auto-palpazione! Perché la lunga fase che precede il passaggio all'infiltrazione non è diagnosticabile in altro modo, neppure con l'ecografia e/o la risonanza magnetica che invece sono utilissime per altri scopi.



Il *carcinoma lobulare infiltrante* è un chiaro tumore maligno della mammella, un carcinoma mammario in senso pieno. È più raro del duttale e tende ad essere sia multicentrico che multifocale, cioè a colpire la ghiandola mammaria in più punti contemporaneamente, forse perché la donna che ne è portatrice ha spesso una sorta di predisposizione genetica ad ammalarsi e lo fa in modo generalizzato. Per fare bene la diagnosi di carcinoma lobulare infiltrante e per programmare con accuratezza il giusto tipo di intervento chirurgico è spesso necessaria, oltre alla mammografia, anche la risonanza magnetica



Il *carcinoma duttale infiltrante* è di gran lunga il tipo di carcinoma mammario più comune e frequente, non più grave né meno grave del lobulare, generalmente concentrato in un unico nodulo che cresce in un punto preciso della ghiandola mammaria. La sua cura è soprattutto chirurgica, come per il lobulare infiltrante, e la chirurgia comprende anche l'asportazione (parziale o totale, come vedremo) dei linfonodi ascellari e cioè dei piccoli organi del sistema immunitario che hanno il compito di "bloccare" l'uscita dal seno delle cellule maligne e il loro ingresso nel resto dell'organismo.

È ereditario il carcinoma mammario?



Molte figlie di pazienti escono purtroppo terrorizzate dall'esperienza della madre colpita da carcinoma mammario e inconsciamente attendono "il loro turno" tutta la vita pensando che questo debba essere il loro ineluttabile destino. In realtà non è affatto così e le forme ereditarie di carcinoma mammario non superano il 5%. Ci si comincia a pensare quando in una famiglia esso compare costantemente in quasi tutte le donne legate da uno stretto grado di parentela (mamma, nonna e zia materna, ecc). Il sospetto si fa più grande se compaiono in quella famiglia anche casi di tumore dell'ovaio e soprattutto se si ammala di carcinoma mammario anche qualche maschio (l'eventualità è molto rara, ma possibile perché anche i maschi hanno un residuo atrofizzato di ghiandola mammaria, che regredisce con la pubertà invece di svilupparsi come nelle femmine e che si può comunque ammalare di carcinoma).

In questi casi bisogna rivolgersi ad un centro di consulenza genetica, ricostruire l'albero genealogico della famiglia e, se necessario, eseguire un *test genetico*, con un semplice prelievo di sangue, per capire se la persona ha ereditato la predisposizione ad ammalarsi di carcinoma (il test si chiama ricerca del gene BRCA1 e 2).

Se è solo raramente ereditario, perché è così frequente?

È probabile che la risposta a questa domanda stia nel grande cambiamento epocale avvenuto nelle abitudini di vita delle donne negli ultimi cento anni. Fino a un secolo fa infatti, e per milioni di anni, le ragazze avevano il primo figlio pochi mesi dopo la prima mestruazione (in genere verso i 14 anni), lo allattavano per mesi e mesi e così facevano nella loro vita almeno altre 7-8 volte. In seguito all'introduzione della scolarizzazione e dell'ingresso delle donne nel mondo del lavoro l'età della prima gravidanza si è rapidamente (100 anni sono un nulla nella storia millenaria dell'umanità) spostata oltre i 25 anni, il numero di gravidanze si è ridotto drasticamente e così è stato per il numero di mesi di allattamento. Poiché in natura sembra che il significato "esistenziale" di ogni cellula e di ogni organo stia nella sua "missione" da compiere all'interno dell'organismo cui appartiene, si pensa che le ghiandole mammarie delle donne occidentali (tra di esse infatti è più frequente il carcinoma mammario) siano diventate più "vulnerabili" alla trasformazione maligna proprio perché vengono ormai meno in tutto (nessuna gravidanza) o in parte (poche gravidanze, in età non più giovanile e con ridottissimo allattamento) alla loro missione. Gli studi in corso sul genoma umano e sul DNA delle cellule tumorali diranno fra qualche anno se questa ipotesi è fondata, ma per il momento essa appare la più plausibile e quella che spiega anche perché il carcinoma mammario è così più frequente nel mondo occidentale che nel resto del pianeta.

Si pensa che ci siano anche cause legate alla dieta (eccessivo uso di grassi?, eccessivo aumento di peso?), alla mancanza di esercizio fisico e all'uso di alcool.

Nella sostanza, tuttavia, l'essenza del problema sembra proprio risiedere in una questione di equilibrio ormonale, di stimolazione della ghiandola mammaria, di completamento o meno dello sviluppo delle sue cellule tramite il fenomeno dell'allattamento.

Da questo punto di vista c'è ben poco da fare perché nessuno vuole tornare ai tempi in cui le ragazze partorivano a 14 anni e nessuno (o pochissimi) possono più permettersi di crescere più di 2 o 3 figli. Ma è importante sapere che gli ormoni sessuali femminili giocano un ruolo di enorme rilievo nella genesi del carcinoma mammario, perché questo avrà anche grandi conseguenze sulle cure.

Come fare per proteggersi?

Dai primi interventi di mastectomia verso la fine dell'800 al dopo guerra ben poco è cambiato nella possibilità per una donna di sopravvivere al carcinoma mammario. Poi qualcosa di molto importante è accaduto negli anni Sessanta: la scoperta e la valorizzazione della mammografia, cioè l'esame radiologico delle mammelle. Questo esame ha rivoluzionato la realtà della lotta al cancro al seno perché ha cominciato a consentirne una diagnosi precoce, visto che fu presto chiaro che facendo una mammografia anche in assenza di sintomi (cioè senza sentire nulla di particolare nelle proprie mammelle) si poteva cogliere un tumore nella fase iniziale della sua crescita e quindi ancora di piccole dimensioni.

Altrettanto presto si cominciò ad interrogarsi sulla reale necessità della mastectomia, ponendo in dubbio la necessità di asportare l'intera mammella anche nei casi in cui il tumore era colto in fase iniziale (il cosiddetto stadio T1). Com'è noto fu proprio un chirurgo italiano, Umberto Veronesi, a dimostrare per primo che negli stadi T1 si poteva curare il tumore conservando il seno. La scoperta valse a lui e alla sua équipe di Milano la prima pagina del New York Times nel 1981 e oggi in tutto il mondo occidentale è ormai pratica comune e diffusa la cosiddetta *chirurgia conservativa della mammella*. L'introduzione della chirurgia conservativa ebbe un grande impatto sulle donne che finalmente ebbero un incentivo a controllare il proprio seno e a recarsi subito dal medico in caso di dubbio o a sottoporsi a mammografia anche in assenza di sintomi.

Nacque così (questa volta in Svezia) l'idea dello *screening di massa*, cioè l'organizzazione di programmi di diagnosi precoce che invitassero per lettera le donne dai 50 anni in su a recarsi nel centro più vicino a fare la mammografia.

Questi progressi hanno portato a risultati incredibilmente positivi nella riduzione della mortalità e oggi siamo alla vigilia di un altro importante passo avanti, quello della personalizzazione del piano di diagnosi precoce, invitando ogni donna a fare una valutazione del proprio rischio individuale e ad agire di conseguenza.

Esistono programmi di computer che usano modelli matematici per il calcolo del rischio e che aiutano a pianificare con maggior precisione il tipo di esami da fare e la loro frequenza.

Da quanto abbiamo detto precedentemente, è chiaro che il rischio di una donna che non ha avuto gravidanze, non ha allattato e ha due o tre parenti di primo grado colpite da carcinoma mammario è ben più alto di una che invece ha avuto la prima gravidanza in giovane età, ha partorito e allattato più figli e non ha nessun'altra donna in famiglia malata di tumore al seno. Alla prima verrà certamente consigliato di fare la mammografia già a 40 anni e di ripeterla poi annualmente dopo i 50, mentre alla seconda verrà proposto un programma di controlli più "leggero".

Altri esami molto utili sono l'*ecografia* e la *risonanza magnetica* ma essi vanno richiesti al momento opportuno e dopo un'analisi accurata del proprio rischio. Nelle zone dove è in atto un programma di screening, pertanto, è certamente raccomandabile che le donne accettino l'invito e si sottopongano a mammografia. Laddove ciò non accade o per le donne che preferiscono avere un programma più personalizzato è allora consigliabile rivolgersi al centro di senologia più vicino e chiedere un incontro per la valutazione del proprio rischio. I centri di senologia certificati sono spesso all'interno degli ospedali con i Bollini rosa (www.bollinirosa.it), oppure nelle reti specializzate (www.senonetwork.org) oppure ancora nei centri che curano il carcinoma mammario (www.corriere.it area salute, sezione Sportello Cancro).



E se mi ammalo cosa faccio?

Anche se sembra impossibile, la prima cosa da fare davanti al dubbio di avere un tumore al seno, è non perdere né la calma né la testa. Bisogna ripetersi come un mantra che solo pochi carcinomi mammari sono ormai veramente pericolosi per la vita e che la stragrande maggioranza è guaribile.

Salvo assolute eccezioni – che il vostro medico di famiglia sarà comunque in grado di riconoscere – il tumore al seno non richiede mai un intervento urgente. Due o tre settimane sono assolutamente “spendibili” per capire bene che cosa fare e non compromettono l’efficacia delle cure. Meglio cominciare i trattamenti un po’ più tardi ma con un chiaro piano d’azione che non precipitarsi all’intervento chirurgico e poi scoprire che era magari meglio fare prima una cura medica.

Fraasi come “meglio tagliar subito la testa al toro”, “via il dente via il dolore” e simili non hanno nessun senso al giorno d’oggi quando è stranoto che la guarigione non dipende dalla quantità di tessuto asportata ma dalla natura delle cellule tumorali. Per oltre un secolo è stato tolto tutto il seno a tutte le donne ammalate eppure solo da pochi anni la mortalità ha cominciato a diminuire, perché ciò che conta è la precocità della diagnosi e l’efficacia delle cure, non la quantità di mammella asportata.

Senza perdere la testa, quindi, è importante cercare il centro di cura più competente e con maggiore casistica, stabilire il contatto e chiedere un programma di cura. Molto utile può anche essere quella che si chiama “seconda opinione”, cioè l’ottenimento di un parere sulla cura proposta anche da parte di un altro centro, in modo da confrontare eventuali diversi orientamenti.

Altrettanto importante può rivelarsi il contatto con una delle associazioni femminili impegnate sul fronte del tumore al seno, perché possono essere lo strumento di un miglior orientamento delle proprie cure. A livello nazionale operano l’ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, www.andosonlusnazionale.it, Europa Donna (www.europadonna.it), Komen Italia (www.komenitalia.org) e l’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da, www.ondaosservatorio.it), riuniti in una campagna promozionale chiamata Gomitolò Rosa (www.gomitolorosa.org). Potrebbe risultrarvi utile anche il portale www.saluteseno.it.

La paura dell'intervento

Molte donne hanno paura della chirurgia, altre temono di più la chemioterapia. Ciò che è importante sapere è che esistono molte decine diverse di combinazioni fra i diversi fattori biologici che caratterizzano un tumore al seno e che quindi anche per la cura bisogna personalizzare i programmi al massimo. Se possibile è bene sottoporsi ad una *biopsia istologica*, cioè ad un prelievo di tessuto che permetta di avere non solo la diagnosi di carcinoma ma anche altre informazioni quali la sua velocità di crescita, la sua dipendenza dagli stimoli ormonali, ecc.

La chirurgia deve essere realizzata da mani esperte, ma soprattutto da cervelli esperti, capaci cioè di capire qual è il *miglior intervento per ogni singolo caso*, stando attenti a non "tagliare" troppo né troppo poco, a proporsi di sradicare drasticamente tutte le cellule tumorali, ma anche a mantenere una buona immagine corporea perché non è giusto guarire di tumore e poi ammalarsi di depressione perché non ci si può più guardare allo specchio.

L'intervento al seno non è praticamente mai pericoloso, non richiede di norma trasfusioni di sangue, non causa dolore grave, permette una rapida ripresa e una corta convalescenza. Anche qui deve prevalere il buon senso, proponendosi di eseguire l'operazione in tempi ragionevoli (non precipitosi, come si è detto, ma nemmeno troppo lunghi), in una sede competente e dopo aver ben compreso che cosa accadrà in sala operatoria, a scampo di equivoci e sorprese.

La tecnologia ha la sua importanza

Nella cura del tumore al seno, ovviamente, conta molto l'esperienza, la competenza e l'umanità dell'equipe dei medici e degli infermieri cui si affida la propria guarigione. Ma anche la tecnologia ha la sua importanza. Tre esempi valgono per tutti.

1. La **biopsia del linfonodo sentinella**. Con questo termine si indica una procedura che viene svolta durante l'intervento chirurgico e che permette di analizzare il linfonodo ascellare più vicino al tumore. Esso si chiama sentinella perché segnala la presenza o meno di cellule maligne al di fuori della mammella: se è sano, non occorre proseguire l'intervento chirurgico, se il sentinella è malato bisogna togliere anche gli altri linfonodi dell'ascella. Se si può essere operate solo in un centro che non dispone di questa tecnologia non è la fine del mondo, naturalmente (per 100 anni si è fatto così!) ma se potete beneficiarne allora è meglio perché evitate il rischio di farvi togliere linfonodi sani che possono continuare a fare il loro lavoro di difesa immunitaria.
2. La **centratura radioguidata** dei tumori non palpabili. La diffusione della mammografia ha fatto sì che in certe zone geografiche quasi un quarto dei tumori siano diagnosticati in fase non palpabile. Perché il chirurgo possa operarli con successo occorre quindi che essi siano "centrati", cioè resi reperibili al momento dell'intervento. Anche qui, le metodologie tradizionali come l'inserimento di un filo metallico nella zona da asportare mantengono il loro valore, ma la centratura della zona da togliere con metodi radioguidati dà certamente migliori risultati.
3. La **radioterapia intraoperatoria**. Uno dei dogmi della chirurgia conservativa è che si può anche non togliere tutto il seno (nei tumori allo stadio iniziale) a patto di irradiare però poi la mammella conservata per "sterilizzare" le eventuali cellule tumorali residue. La radioterapia esterna della mammella non dà disturbi, non ha effetti collaterali ed è un trattamento ormai consolidato da oltre quarant'anni di esperienza. Tuttavia, la possibilità di irradiare la mammella durante l'intervento chirurgico, semplifica la complessità della cura e rende come minimo più breve (se non addirittura inutile in casi selezionati) la successiva irradiazione dall'esterno.

E dopo l'intervento?

In un certo senso è dopo l'intervento che comincia la fase più cruciale perché è a quel punto che il tumore "scopre le sue carte" nel senso di manifestarsi per quello che è. Come abbiamo visto nelle prime pagine, infatti, esistono tanti tipi diversi di carcinoma mammario e la ricerca prosegue veloce nel suo cammino di differenziazione sempre più precisa.

Dopo qualche giorno dall'intervento (in genere dopo una settimana) il laboratorio di anatomia patologica permette di consegnare alla paziente *l'esame istologico* del suo tumore, l'identikit che ne svela le caratteristiche più specifiche. L'esame si compone generalmente di quattro parti: l'elenco del "materiale" asportato ed inviato al laboratorio, la sua descrizione macroscopica (cioè a occhio nudo), le eventuali diagnosi fatte durante l'intervento (al "congelatore"), l'esame microscopico con le relative conclusioni.

Solitamente un buon esame istologico di carcinoma mammario dà informazioni su **otto parametri**: il tipo istologico (duttale, lobulare, ecc.), le dimensioni, il grading (G1, 2, 3), la presenza o meno di cellule tumorali nei capillari sanguigni che circondano il tumore (invasione vascolare), la presenza o assenza di recettori ormonali (estrogeni e progestinici), lo stato di salute dei linfonodi ascellari, la percentuale di proliferazione, con la sigla Ki67 o MIB-1 (cioè in un certo senso la velocità di crescita) e la positività o negatività di un test chiamato Her2 o c-erbB2, che caratterizza ulteriormente le cellule tumorali.

Da questo "identikit" è possibile finalmente sapere con chi si ha a che fare e le variabili sono tante, da tumori che sono sì maligni, ma poco aggressivi, a lenta crescita, sensibili alle cure ormonali, fino a tumori che hanno già raggiunto i linfonodi ascellari, che crescono rapidamente e che dovranno quindi essere affrontati con determinazione con tutte le armi terapeutiche possibili.

Di cosa disponiamo oltre alla chirurgia?



Il contributo delle altre terapie alla cura del carcinoma mammario è stato enorme soprattutto negli ultimi vent'anni. La tanto temuta chemioterapia (iniezione di sostanze antitumorali in vena) ha causato centinaia di migliaia di drammi e sofferenze psicologiche per i suoi effetti collaterali fra cui prima di tutto la perdita dei capelli, ma ha anche contribuito alla guarigione di un grandissimo numero di pazienti.

Molti centri di senologia nel mondo e soprattutto in Europa, si fanno guidare volentieri da "linee guida" internazionali nella scelta delle cure da proporre dopo la chirurgia. Queste cure si chiamano adiuvanti, perché in un certo senso servono a completare la cura principale che è la chirurgia. Vengono assegnate in base al profilo del tumore e quindi in base al rischio che ogni determinata paziente corre di riammalarsi di nuovo al seno (ricidiva locale) o di avere una diffusione della sua malattia ad altri organi (metastasi).

Le cure mediche adiuvanti

Le cure mediche che si prescrivono dopo l'intervento servono appunto a diminuire il rischio di un ritorno della malattia. Le linee guida internazionali più seguite in Europa e quindi anche in Italia sono quelle redatte ogni due anni nella cittadina svizzera di San Gallo e per questo chiamate appunto linee guida di San Gallo.



Nelle pazienti che hanno avuto un tumore decisamente dipendente dagli ormoni e poco aggressivo (questi tumori si chiamano Luminale A) viene di solito proposta una cura a base di pastiglie ad effetto anti-ormonale, proprio per proteggere la paziente da una stimolazione che si è rivelata capace di causarle un tumore.

Nei casi in cui la malattia è solo parzialmente di origine ormonale e la sua velocità di crescita supera una certa soglia (Luminale B), alla cura anti-ormonale si aggiungono dei cicli di chemioterapia precauzionale nei primi mesi dopo l'intervento.

Quando il tumore al seno aveva anche la caratteristica di contenere cellule che si chiamano Her2 positive, allora si aggiunge alle altre cure anche un anticorpo speciale dal nome complicato (Trastuzumab) di scoperta relativamente recente.

Quando infine il tumore non ha né recettori per gli ormoni estrogeni, né per quelli del progesterone, né per l'Her2, viene chiamato Triplo Negativo e richiede molta attenzione perché in alcuni casi può diventare più pericoloso degli altri.

La radioterapia

La scoperta di Veronesi (e, qualche tempo dopo, dell'americano Fisher) che era possibile curare altrettanto bene i tumori più piccoli anche conservando la mammella, implicava comunque che questo nuovo tipo di chirurgia - detta appunto conservativa - fosse seguita da una cura con radiazioni in grado di "sterilizzare" le eventuali cellule tumorali sparse nel resto del seno e non visibili alla mammografia perché troppo piccole.

È quindi normale che a una donna operata di tumore al seno con conservazione della mammella venga raccomandato, dopo qualche mese (massimo 6) dall'intervento un completamento della chirurgia con circa **6 settimane di radioterapia ambulatoriale** (le sedute avvengono ogni giorno ferialmente e durano pochi minuti).

Come si può intuire questa necessità di completamento dell'intervento conservativo rappresenta una limitazione perché se la paziente vive lontano da un centro di radioterapia (che ovviamente non possono essere ovunque) si trova a dover viaggiare moltissimo oppure a stare 6 settimane lontana dalla sua casa affrontando magari spese importanti.

Purtroppo questo porta alcune pazienti alla dolorosa decisione di chiedere una mastectomia (asportazione completa della mammella) non per una reale necessità medica ma per l'impossibilità di sottoporsi a radioterapia dopo l'intervento. Ed è per questo che molti tentativi sono in corso per cercare di risolvere il problema e somministrare possibilmente la radioterapia durante l'intervento chirurgico. Esistono anche situazioni in cui la necessità di radioterapia postoperatoria può essere vista in modo meno dogmatico, come per esempio nelle pazienti meno giovani (a partire dai 65 anni di età) e soprattutto nei casi di tumore tipo Luminale A perché la prognosi è per definizione assai favorevole e perché la protezione principale viene molto probabilmente dalla cura anti-ormonale più che da ogni altra misura.

L'importanza del lato estetico

Quasi tutte le donne che si scoprono ammalate di tumore al seno tendono a dire al proprio medico “non mi importa l'estetica, quello che voglio è guarire”. Questa frase può sembrare ovvia, ma non lo è, anche perché in qualche caso essa comporta anche una specie di predisposizione al “sacrificio” che appartiene alla nostra mente umana da migliaia e migliaia di anni (faccio il sacrificio di rinunciare alla mia bellezza così gli déi saranno clementi con me).

Il medico ha il dovere di far riflettere la paziente sul fatto che quando fra sei mesi sarà fuori dal tunnel delle terapie e andrà magari al mare con i suoi bambini (o con i nipotini, se è già nonna) la signora si renderà conto che l'immagine corporea va preservata e che non è certo “vanità” voler conservare l'integrità del proprio corpo.

Abbiamo così assistito, negli ultimi anni, ad un uso progressivo e intelligente delle tecniche di chirurgia plastica e anche estetica messe al servizio della chirurgia oncologica: ne è nata una nuova disciplina, detta *chirurgia onco-plastica della mammella*, che permette oggi di mantenere il massimo dell'armonia e della simmetria del seno, pur asportando in modo radicale e completo tutte le parti colpite da tumore. È sacrosanto quindi che le donne trovino il modo di esprimere il loro bisogno di preservare la propria immagine corporea e che non siano intimidite da falsi pudori (non sono mica una “velina”!). Ed è altrettanto importante che i medici siano attenti anche a questo aspetto e che aumenti il numero delle chirurghe donne, spesso più in grado di capire ed interpretare i bisogni reali delle pazienti.

Affrontare un tumore al seno può rappresentare per alcune donne la prova più importante della vita: tutto deve essere pronto perché sia dato loro il massimo aiuto e la più ampia solidarietà.

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Foro Buonaparte 48 • 20121 Milano • Tel. 02 29015286 • Fax 02 29004729

E-mail: info@ondaosservatorio.it • www.ondaosservatorio.it