

l'Ora della Salute

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

TUMORE AL SENO

curato in tempo si può battere

In Italia, ogni ora di ogni giorno vengono scoperti 4 nuovi casi di tumore al seno. Sono infatti decine di migliaia di donne colpite da questa patologia nell'arco di un anno e 400.000 le pazienti che stanno combattendo contro la malattia. La diagnosi di tumore al seno è tra quelle più frequenti rispetto alle altre forme di tumore, sfiorando ormai il 30%. Si ammalano di più le donne che vivono nel Nord Italia, ma sono ancora molto poche le donne del Sud che si sottopongono agli esami diagnostici di routine come la mammografia o l'ecografia. La possibilità di guarigione completa, se il tumore è diagnosticato in tempo, oggi supera l'80%, mentre solo 20 anni fa era circa la metà. Non solo, se diagnosticato in fase preclinica, ovvero quando non è ancora palpabile, la percentuale supera il 98%.

Tumore al seno: una visione generale

Il tumore della mammella si sviluppa dalla componente ghiandolare di questa, costituita da una serie di lobuli ghiandolari e di dotti che portano il latte fino al capezzolo: la tipologia più comune di tumore ha origine dalle cellule che rivestono questi dotti e prende il nome di "duttale". Il tumore che origina invece dai lobuli è definito "lobulare" ed è assai meno frequente (circa il 10%). Questi tumori nella maggior parte dei casi sono "invasivi", sono dotati cioè di potenziale metastatico, ma non è infrequente ritrovare la forma "in situ", che ha uno sviluppo locale ma non può dare metastasi. Esistono poi forme più rare, come il carcinoma midollare o il carcinoma mucinoso, generalmente caratterizzate da una buona prognosi. Una forma rara di esordio del carcinoma mammario è il carcinoma "infiammatorio": in questo caso la mammella è edematosa, gonfia, rivestita da cute calda e arrossata. Quando il tumore si diffonde, le cellule cancerose, oltre ad essere presenti nella mammella, invadono i linfonodi ascellari per via linfatica: la diffusione rappresenta un rischio anche per gli altri organi, in particolare modo le ossa, il fegato, i polmoni, che possono essere raggiunti attraverso il sistema ematico. Gli strumenti per effettuare la diagnosi di tumore al seno sono ormai noti: prima di tutto la mammografia, ovvero la radiografia della mammella utile per scoprire la presenza di noduli, microcalcificazioni o altri segni indiretti di una possibile neoplasia. L'ecografia, invece, usa gli ultrasuoni per rilevare la presenza e la natura di un nodulo, solido o liquido. Per le diagnosi più approfondite i medici utilizzano l'agoaspirato, un

esame durante il quale si preleva un campione di cellule da un nodulo mammario che viene inviato al patologo per ottenere un esame citologico. L'agobiopsia, invece, è una tecnica che consente di prelevare un campione di tessuto da una zona ritenuta sospetta, potendo così effettuare un esame istologico. Infine, è definita biopsia escissionale l'asportazione chirurgica totale o parziale di un nodulo effettuata da un chirurgo per essere analizzata in seguito da un patologo (esame istologico).

Attenzione ai sintomi:

È il momento di rivolgersi al proprio medico nel caso in cui alla vista o al tatto fossero presenti: una o più formazioni nodulari della mammella; protuberanze o ispessimenti della mammella o della zona ascellare; variazioni di forma e dimensioni della mammella; secrezione di liquido dal capezzolo; infossamenti o rilievi sulla superficie; cambiamenti di aspetto della pelle, del capezzolo o dell'areola come gonfiore, arrossamenti, oppure sensazione di calore. È bene ricordare che il dolore al seno non è solitamente un sintomo di tumore al seno: è meglio comunque agire prontamente anche per ricevere al più presto rassicurazioni o soluzioni.

Come si interviene?

Da trent'anni la chirurgia conservativa della mammella associata alla radioterapia per i tumori in fase iniziale è una realtà consolidata in tutto il mondo. Grazie alla tecnica della quadrantectomia può essere risparmiata la mammella, che un tempo veniva sempre e completamente asportata anche per un tumore di piccole dimensioni. Lo studio milanese sulla chirurgia conservativa ha infatti evidenziato che non ci sono differenze di guarigione tra intervento conservativo associato a radioterapia e mastectomia. Oggi anche i linfonodi ascellari possono essere salvati grazie alla tecnica della biopsia del linfonodo sentinella. Viene prelevato in maniera mirata un solo linfonodo, che viene esaminato esaustivamente: se questo è sano non vi è necessità di asportare gli altri linfonodi. Lo svuotamento ascellare viene effettuato solo quando il linfonodo sentinella è interessato dalla malattia. Nell'ottica di offrire trattamenti sempre più conservativi, la Radioterapia Intraoperatoria consente con un'unica applicazione di radioterapia durante l'intervento chirurgico di evitare il normale trattamento post-operatorio che consiste in 30 applicazioni quotidiane. Già migliaia di pa-



indicazioni è stata nuovamente confermata, nei giorni scorsi, da uno studio pubblicato sulla rivista *Radiology* e condotto dai ricercatori americani del Swedish Cancer Institute di Seattle su oltre duemila pazienti con carcinoma mammario e un'età compresa fra i 40 e i 49 anni: nelle partecipanti che si erano sottoposte a mammografia (tramite la quale era stata scoperta la malattia) la prognosi si è rivelata migliore perché la neoplasia era in uno stadio iniziale, più facile da curare e dunque meno letale e con minori probabilità di ricaduta. L'età dai 30 ai 50 anni è in effetti la più delicata dal punto di vista diagnostico, poiché coesistono tutte le patologie, benigne (fibroadenomi, cisti, displasia) ma anche neoplastiche. È quindi opportuno abbinare la mammografia all'ecografia e possibilmente al controllo specialistico dal senologo che, in base ai vari fattori di rischio (come la familiarità) e agli esiti degli esami, può indirizzare la singola donna verso il corretto iter di prevenzione. Per quanto riguarda i possibili danni da radiazioni è doveroso ricordare che la moderna mammografia digitale utilizza dosi di radiazioni bassissime, assolutamente non pericolose.

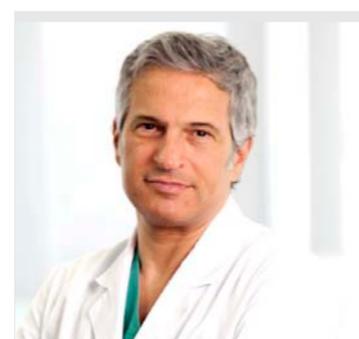
La ghiandola mammaria inoltre è sensibile ai danni da radiazione solo nel momento dello sviluppo, quindi non nelle donne adulte. È vero comunque che nelle giovani donne, ma a volte anche in post-menopausa, la mammografia può risultare poco leggibile per la densità del tessuto ghiandolare: è uno dei limiti degli screening mammografici, nei quali una mammografia non ben chiara (e dunque difficilmente interpretabile) viene refertata come «negativa» inducendo a volte una falsa tranquillità. In questi casi, infatti, non ci si deve fermare ma eseguire anche un'ecografia per completare le informazioni a disposizione e avere un quadro completo.

zienti hanno beneficiato di questa nuova tecnica. Oggi è inoltre possibile pensare di intervenire sul tumore al seno con una tecnica simile a quella utilizzata per i calcoli renali: la paziente viene accolta in un ambulatorio specializzato e sottoposta ad una terapia a ultrasuoni in grado di "sciogliere" il tumore.

I controlli da fare: lo screening non basta

Prima viene diagnosticato il tumore e maggiore sarà la probabilità di successo. È vero che gli screening mammografici iniziano solitamente a 50 anni, ma

questo solo perché dopo la menopausa i tumori della mammella sono più frequenti e la mammografia è più efficace, quindi si ha il massimo di ritorno dall'investimento economico fatto dal Servizio Sanitario Nazionale (poiché stiamo parlando di salute pubblica e di controlli gratuiti per i cittadini). Completamente diversa è invece l'indicazione ai controlli periodici individuali, che devono iniziare già a 30-35 anni con un'ecografia mammaria annuale e dai 40 anni anche con una mammografia annuale, l'unico esame in grado di identificare ad esempio le microcalcificazioni che sono spesso una spia di una iniziale lesione tumorale. La validità di queste



Prof. Paolo Veronesi
Direttore Unità Chirurgia
Senologica Integrata
Istituto Europeo di Oncologia (IEO)
Via Ripamonti, 435 - 20141 Milano