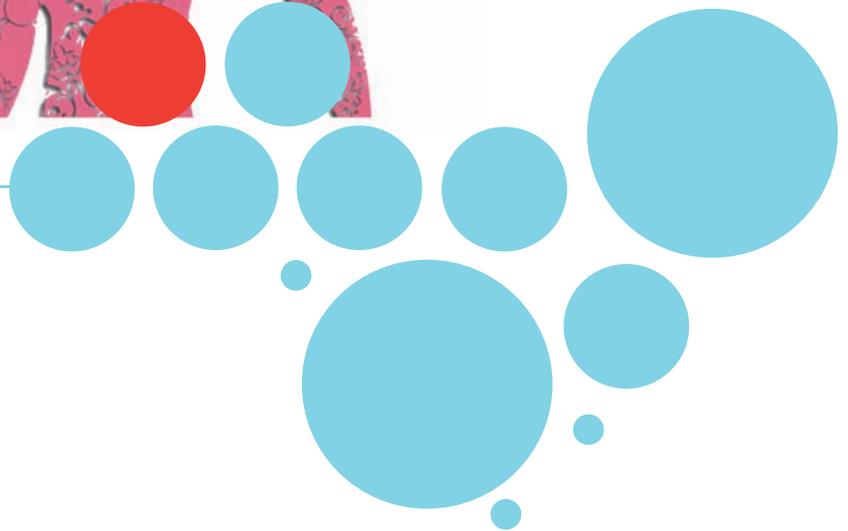
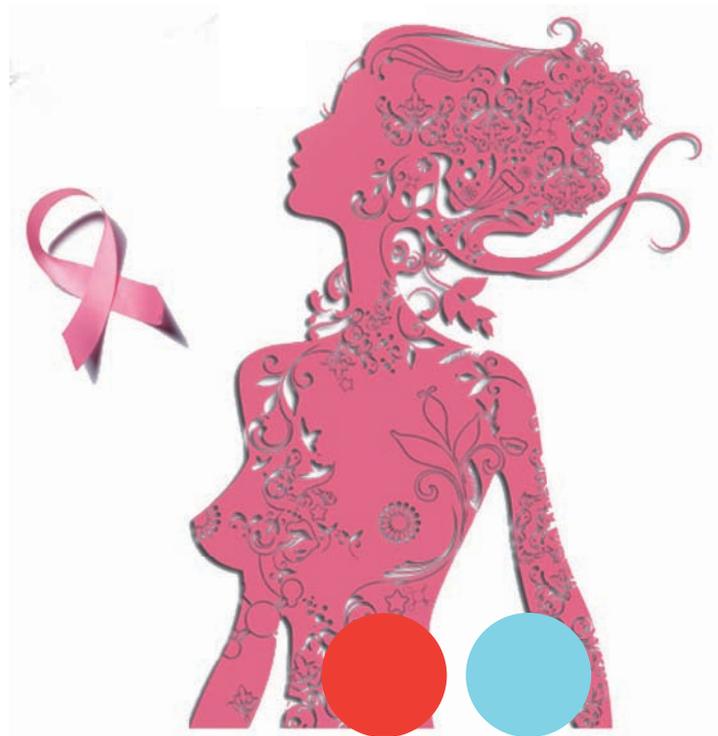


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena
Policlinico



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Chirurgia Oncologica Senologica
Responsabile: prof. Giovanni Tazzioli



Ci occupiamo di te

Il percorso della guarigione
fisica e psicologica

opuscoli a carattere informativo
a cura dei Dipartimenti
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico di Modena

Questo opuscolo

Testi a cura di

Maria Antonietta Valenti

*Coordinatore Infermieristico Struttura Complessa di Chirurgia Toracica
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

Progetto grafico e impaginazione

Angelo Pappadà

*Servizio Formazione e Aggiornamento - Ufficio Attività Grafica e stampa
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

aggiornato: Maggio 2014

Premessa

Lo scopo di questo opuscolo è di dare un'informazione sintetica sulla patologia mammaria e, soprattutto, sul cancro della mammella data l'importanza nosologica di questo tumore che rappresenta la prima forma maligna per il sesso femminile.

Il tumore mammario è una patologia emergente che vede coinvolti, per quanto riguarda la diagnosi precoce e il trattamento, le strutture ospedaliere, gli operatori specialistici e le strutture territoriali.

Dal cancro della mammella si può guarire: questa asserzione va sempre ricordata. Si tratta certo di una sfida impegnativa ma può essere coronata da successo. Alla base di questo iter sta la diagnosi precoce che si ottiene attraverso una prevenzione rigorosa che parte dall'autopalpazione e continua con i percorsi di screening mammario.

L'intervento chirurgico, pur essendo divenuto meno mutilante rispetto al passato, rimane comunque per le donne un evento psicologicamente impegnativo, dato lo stretto rapporto che collega la mammella alla femminilità. Per questo motivo è indispensabile accompagnare la fase terapeutica e chirurgica a quella psicologica, grazie ad operatori dedicati che possano seguire la paziente prima e dopo l'intervento.

E' necessario infine che la popolazione prenda coscienza dell'importanza che riveste il tumore della mammella: a questo proposito da qualche anno stanno nascendo Associazioni di volontariato che si occupano soprattutto dell'informazione sulla prevenzione e del supporto alle persone colpite dalla patologia. Sempre più spesso vengono anche programmate giornate a tema rivolte proprio alla divulgazione capillare del problema.

Con la speranza che questo piccolo opuscolo che parte dalla mia esperienza personale di Caposala possa contribuire a questo percorso di informazione e supporto.

Valenti Maria Antonietta
Coordinatore Infermieristico
Reparto di Chirurgia Oncologica Senologica

La Mammella.

Aspetti anatomico-fisiologici e generali

La mammella è un organo ghiandolare pari e simmetrico che si presenta come un rilievo cutaneo sulla superficie anteriore del torace, ai lati della linea mediana. È determinato dalla presenza di un gruppo di ghiandole, particolarmente sviluppate nella femmina durante l'allattamento.

Nella mammella si distinguono la parte ghiandolare e la parte cutanea che riveste la prima. La ghiandola mammaria ha forma discoidale con superficie anteriore convessa e superficie posteriore piatta; mentre la superficie anteriore del corpo ghiandolare è rivestita dalla cute, quella posteriore è in rapporto posteriormente con la fascia superficiale del muscolo grande pettorale, da cui resta separata mediante lo spazio retromammario, che corrisponde alla lamina profonda del connettivo ipodermico, e, lateralmente, con la fascia che ricopre il muscolo dentato anteriore. Particolarmente dopo la gravidanza, la fascia superficiale assume notevole consistenza formando, a livello della regione sottoclaveare, il legamento sospenditore della mammella (di Cooper).

In corrispondenza della porzione centrale e più sporgente della mammella, la cute presenta un aspetto particolare con una superficie pigmentata rotondeggiante, l'areola, al cui centro s'innalza un rilievo detto capezzolo. Piccole ghiandole sovranumerarie si possono talvolta vedere lungo la linea del latte (o cresta latte) che è compresa tra il cavo ascellare e la sinfisi pubica. In corrispondenza di queste ghiandole eterotopiche si può anche trovare un capezzolo (polimastia o politelia).

Il volume, il grado di sviluppo e la forma delle mammelle variano in rapporto al sesso, al momento funzionale e all'età.

Nel maschio, la parte ghiandolare abitualmente non si sviluppa e pertanto l'organo risulta rudimentale.

Nella femmina, il volume può variare notevolmente; le dimensioni, tuttavia, non hanno alcuna correlazione con la capacità secretoria poiché il tessuto adiposo rappresenta spesso il componente più cospicuo dell'organo. Volume e consistenza sono inoltre sotto l'influsso di stimoli endocrini.

Le mammelle, piccole alla nascita, si sviluppano alla pubertà per proliferazione di tutte le componenti dell'organo. Aumentano la loro consistenza, per edema congestizio dello stroma perighiandolare, nel periodo premestruale ed aumentano di volume in gravidanza e durante l'allattamento per lo sviluppo degli acini e dei relativi dotti.

Nella menopausa, la componente ghiandolare dell'organo va in atrofia (**Fig. 1**).

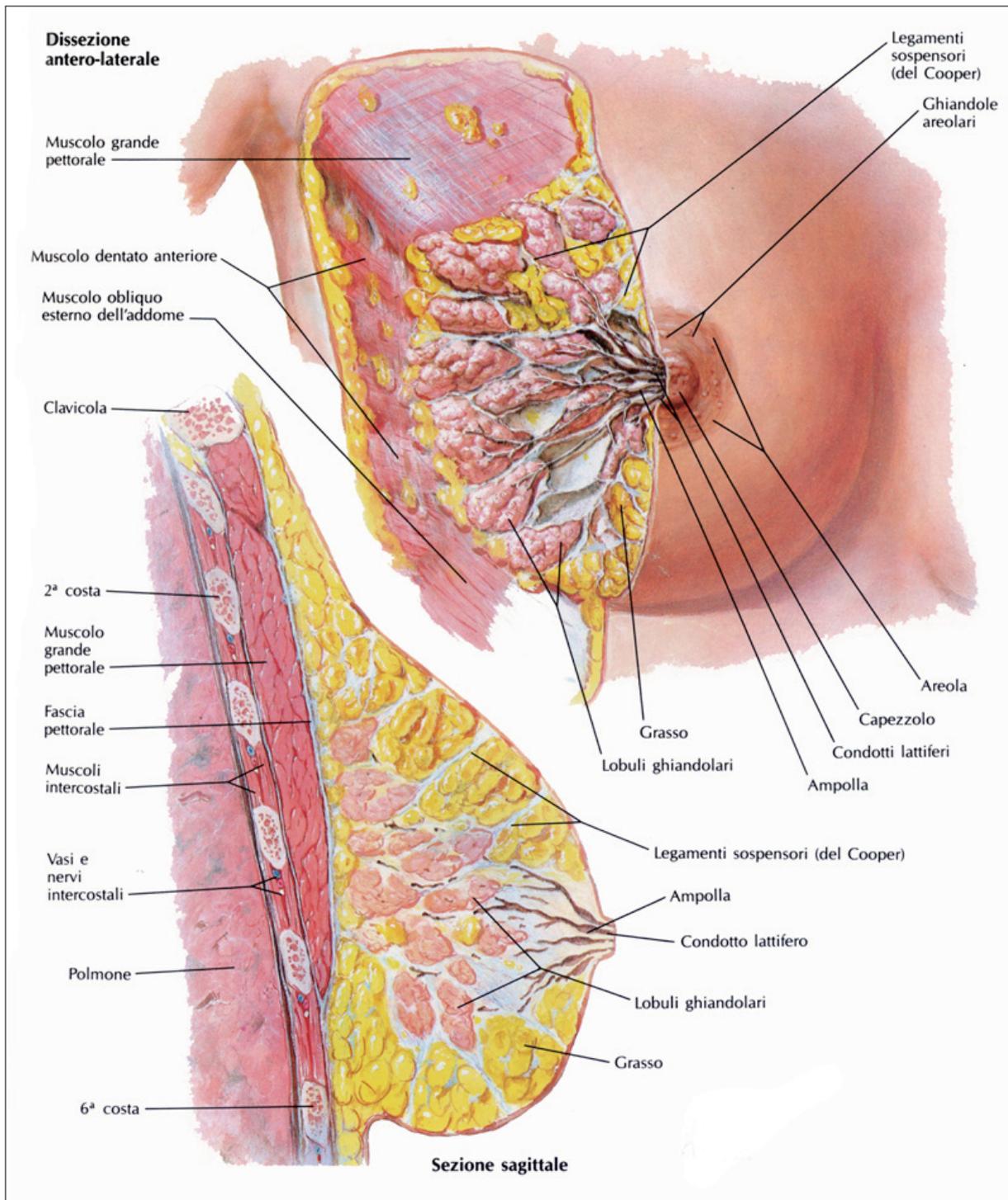


Figura 1. Anatomia della mammella

La mammella rappresenta per una donna, il carattere sessuale più visibile che porta con sé una serie di implicazioni profonde ed antiche. La ghiandola viene infatti concepita come una struttura i cui significati più diversi vanno dalla protezione, al nutrimento, all'affetto, al calore materno, alla sessualità, alla fecondità, alla bellezza, tutti elementi che fanno parte dell'identità di ogni donna e che la condizionano a livello psicologico, culturale e morale. Se il termine mammella rimanda ad un significato eminentemente anatomico e fisiologico, quello di seno è dotato di una valenza soprattutto estetica e sessuale. Ed è indubbio che oggi il seno sia considerato attraente soprattutto da questo punto di vista, mentre ha perso

quasi completamente il proprio significato originario che era quello di allattare. D'altronde da secoli il seno è centro di interesse di letterati, pittori, poeti, mostrando il suo forte contenuto simbolico nell'immaginario collettivo e nella sfera intima o sessuale (**Fig. 2**).

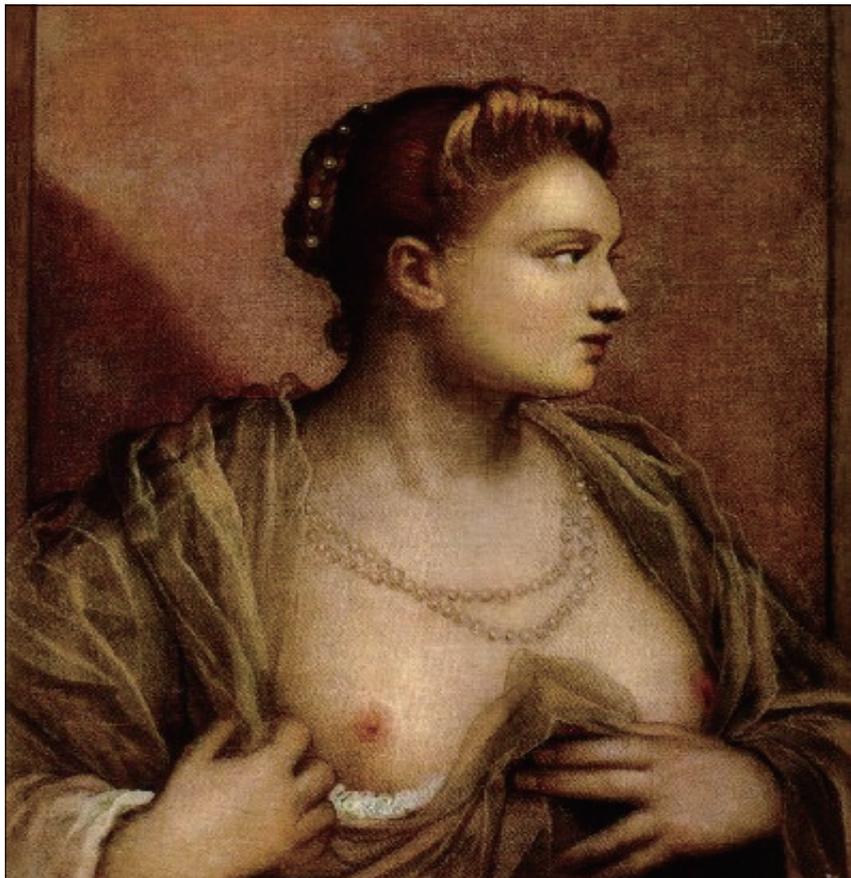


Figura 2. Jacopo Robusti detto il Tintoretto. Dama che si scopre il seno.
Olio su tela (1570). Museo del Prado, Madrid

Attributo nelle donne più sviluppato, il seno è l'immagine che più esprime il segno e la misura del femminile, ed è la parte del corpo in cui la storia personale di ciascuna si riflette: i turgori della giovinezza, la pienezza della maturità, la rilassatezza della vecchiaia. Tutto questo mette in luce l'importanza psicologica che riveste il seno, e potrebbe rendere ragione del fatto che numerose le donne si rivolgano al chirurgo estetico. Una volta rifatto il seno, perchè il proprio naturale viene considerato troppo piccolo, brutto o sgraziato, queste donne si vedono e si sentono diverse, migliori, più attraenti, addirittura più giovani, e ciò rafforza inconsciamente l'autostima e la fiducia che hanno in sé stesse. Da tali premesse si comprende come il supporto psicologico debba essere una componente prioritaria nella gestione di una paziente sottoposta ad intervento demolitivo alla mammella, e come il tempo ricostruttivo protesico, affidato al chirurgo plastico, sia in molti casi un passaggio pressochè obbligato.

Malattie della mammella

Se la patologia preminente della mammella è rappresentata dalle neoplasie maligne, esistono anche altre forme patologiche a decorso sostanzialmente benigno che è utile menzionare.

Le **Malattie infiammatorie** sono relativamente frequenti in Occidente, mentre conservano ancora una certa importanza nei paesi del Terzo Mondo.

La **Mastite** è un'infezione della ghiandola in cui il germe responsabile trova accesso da lesioni o ragadi del capezzolo e dell'areola. Può avvenire durante l'allattamento o più raramente al di fuori di questo.

L'**Ascesso**: è una mastite progredita che richiede un drenaggio chirurgico.

La **Liponecrosi** è una forma pseudotumorale causata da un trauma con successiva necrosi del tessuto adiposo che scatena una risposta infiammatoria e riparativa nei confronti degli adipociti necrotici. La conseguente fibrosi cicatriziale dà luogo ad un nodulo irregolare che può evocare in tutto per tutto un cancro.

Le **Malattie proliferanti benigne** sono sostanzialmente iperplasie benigne della ghiandola mammaria.

La **Mastopatia fibrocistica** è una malattia comune caratterizzata da una crescita eccessiva, iperplastica dei lobuli, dei dotti e dello stroma. Le aree interessate sono di consistenza duro-elastica e possono mostrare al loro interno cisti ripiene di fluido. È una forma di iperplasia degli elementi epiteliali e stromali. E' un quadro da tenere sotto stretto monitoraggio perché potenzialmente suscettibile di degenerazione maligna.

L'**Adenosi sclerosante**: è la proliferazione di tessuto stromale che comprime e separa le strutture acinose e duttali in forma di stretti nastri di cellule. Non dà mai origine a un carcinoma ed è riconoscibile con screening radiologico.

Le **Malattie neoplastiche** si dividono in benigne e maligne.

I Tumori benigni sono meno frequenti, e sono rappresentati da:

Fibroadenomi: sono una proliferazione localizzata benigna di dotti mammari e stroma. Sono costituiti da 2 componenti istologiche: una epiteliale e una stromale.

Amartomi: sono composti da una massa fibrosa e sono simili ai fibroadenomi.

Papillomi dei dotti: sono una causa frequente di secrezione di materiale ematico dal capezzolo e si dividono in solitari e multipli.

Adenomi:
▷ tubulari: costituiti da ghiandole regolari
▷ del capezzolo: ulcerazione e arrossamento del capezzolo.

Tumori filloidi: costituiti da spazi fessuriformi rivestiti da epitelio circondati da uno stroma a cellule fusate.

TUMORI MALIGNI

Rappresentano di gran lunga la patologia più importante. La maggior parte è di tipo epiteliale e ha quindi origine nel tessuto ghiandolare, a livello della porzione dutto-lobulare. Vengono suddivisi in due gruppi, le forme non invasive e quelle invasive.

Le forme non invasive sono due:

- **Carcinoma duttale in situ:** è una forma iniziale di cancro al seno limitata alle cellule che formano la parete dei dotti. Se non viene curata può diventare invasiva.
- **Carcinoma lobulare in situ:** benché anche questo tipo di tumore non sia invasivo, è un segnale di aumentato rischio di formare tumori in ambedue i seni.

Le forme invasive sono due:

- **Carcinoma duttale infiltrante:** si chiama così quando supera la parete del dotto. Rappresenta tra il 70 e l'80 per cento di tutte le forme di cancro del seno (**Fig. 3**).
- **Carcinoma lobulare infiltrante:** si chiama così quando il tumore supera la parete del lobulo. Rappresenta il 10-15 per cento di tutti i cancri del seno. Può colpire contemporaneamente ambedue i seni o comparire in più punti nello stesso seno.

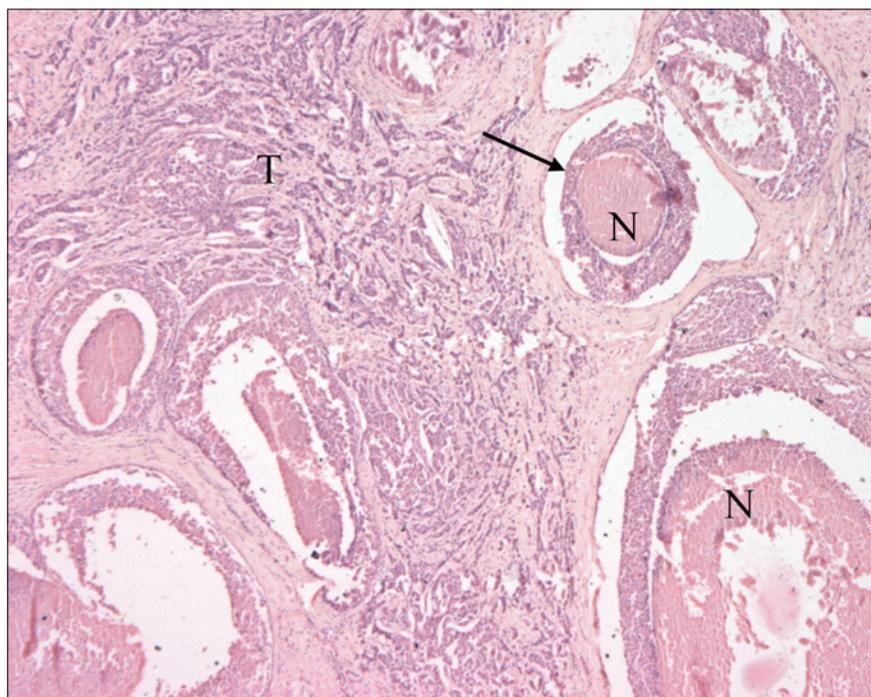


Figura 3. Carcinoma (intra)duttale infiltrante della mammella. E.e.
E' un tumore maligno infiltrante [T], caratterizzato da iniziale proliferazione intraduttale [—>] di cellule neoplastiche con tipiche aree di necrosi centrale [N]

EPIDEMIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

Il tumore del seno colpisce in media una donna su dieci nell'arco della vita. È il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 25 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne.

È la prima causa di mortalità per tumore nel sesso femminile, con un tasso di mortalità del 17 per cento di tutti i decessi per causa oncologica.

L'incidenza più alta è registrata in Nord America (90 casi ogni 100000 donne).

In Europa, ogni anno più di 200000 donne vengono colpite da tumore al seno, con una incidenza variabile dal 5 al 10% a seconda dei Paesi. In Italia, sono circa 31000 i tumori al seno diagnosticati ogni anno, con un'incidenza crescente dal sud al nord (dal registro dei tumori, 52 donne ogni 100.000 a Latina vs 99 donne ogni 100.000 a Varese). Si registra un aumento preoccupante dell'incidenza del tumore al seno del 13,8 per cento negli ultimi sei anni; particolarmente allarmanti i dati relativi alle donne under 45 per le quali si calcola un incremento del 28,6 per cento, una popolazione, attualmente esclusa da qualsiasi campagna di screening, anche per le donne con elevato rischio familiare. Vi sono diversi fattori di rischio per il cancro al seno, alcuni dei quali suscettibili di prevenzione. L'età: più dell'80 per cento dei casi di tumore del seno colpisce donne sopra i 50 anni. La familiarità: circa il 10 per cento delle donne con tumore del seno ha più di un familiare stretto malato (soprattutto nei casi giovanili). Vi sono anche alcuni geni che predispongono a questo tipo di tumore: sono il BRCA1 e il BRCA2. Le mutazioni di questi geni sono responsabili del 50 per cento circa delle forme ereditarie di cancro del seno e dell'ovaio. Gli ormoni: svariati studi hanno dimostrato che un uso eccessivo di estrogeni (gli ormoni femminili per eccellenza) facilitano la comparsa del cancro al seno. Per questo tutti i fattori che ne aumentano la presenza hanno un effetto negativo e viceversa (per esempio, le gravidanze, che riducono la produzione degli estrogeni da parte dell'organismo, hanno un effetto protettivo). Le alterazioni del seno, le cisti e i fibroadenomi che si possono rilevare con un esame del seno non aumentano il rischio di cancro. Sono invece da tenere sotto controllo i seni che alle prime mammografie dimostrano un tessuto molto denso o addirittura una forma benigna di crescita cellulare chiamata iperplasia del seno. Anche l'obesità e il fumo hanno effetti negativi.

SINTOMATOLOGIA

In genere le forme iniziali di tumore del seno non provocano dolore. Uno studio effettuato su quasi mille donne con dolore al seno ha dimostrato che solo lo 0,4 per cento di esse aveva una lesione maligna, mentre nel 12,3 per cento erano presenti lesioni benigne e nel resto dei casi non vi era alcuna lesione.

Il dolore era provocato solo dalle naturali variazioni degli ormoni durante il ciclo. Da cercare, invece, sono gli eventuali noduli palpabili o addirittura visibili. La metà dei casi di tumore del seno si presenta nel quadrante superiore esterno della mammella. Grazie all'avvento dei programmi di screening sulla popolazione a rischio, la maggior parte delle neoplasie viene diagnosticata prima che compaia una vera e propria sintomatologia, cioè prima che si possano palpare noduli. Negli altri casi, il segno più comune è rappresentato dalla comparsa di un nodulo, o una modificazione dell'aspetto della cute (arrossamento, gonfiore, o il cosiddetto seno a "buccia d'arancia"), o la comparsa di una secrezione (in particolare se ematica) o la retrazione del capezzolo, o più raramente l'aumento di

volume di uno o più linfonodi in ascella, qualora siano già presenti metastasi linfonodali. Quando il carcinoma si associa ad infiammazione del tessuto mammario con coinvolgimento della rete linfatica, arrossamento della cute, senso di tensione ed aumento di volume della mammella, il quadro clinico prende il nome di carcinoma mammario infiammatorio. Eventuali variazioni nell'aspetto e nella forma del seno (in particolare del capezzolo), sono importanti indici di sospetto di carcinoma mammario. La Malattia di Paget del capezzolo, sindrome costituita da vari sintomi, con la pelle del capezzolo che si presenta eczematosa, può rappresentare una manifestazione sintomatologica tardiva di carcinoma mammario.

DIAGNOSI

Il cancro del seno viene diagnosticato con la mammografia (**Fig. 4**).



Figura 4. Mammografia. Neoplasia maligna della mammella destra

L'ecografia è di norma un esame di secondo livello. Da sola non è in grado di fornire tutte le informazioni necessarie alla diagnosi, ma può confermare dei dati visibili alla mammografia, pertanto viene usata come esame di complemento. Può talvolta essere utilizzata come esame di primo livello nei casi di donne prima dei 35 anni, con tessuto ghiandolare particolarmente denso. L'eventuale identificazione di noduli o formazioni sospette porta in genere il medico a consigliare una biopsia, che può essere eseguita direttamente in sala operatoria o in ambulatorio con un prelievo mediante un ago inserito nel nodulo (core-biopsy o mammotome). In tal modo si analizzano le cellule e si può stabilire con certezza la natura della malattia.

STADIAZIONE

Si distingue in clinica e anatomopatologica (la prima è basata sui referti clinici mentre la seconda su quelli forniti dall'anatomopatologo, sui pezzi operatori.). Gli esami necessari per la stadiazione clinica sono:

- radiografia del torace
- ecografia epatica
- scintigrafia ossea
- TC torace-addome

Questi esami sono i più adatti per cercare le metastasi, in quanto le principali loro localizzazioni sono:

- linfonodi
- pleura
- polmone
- cervello
- cute
- fegato
- osso

TERAPIA

Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico è il trattamento di scelta; attualmente si evitano procedure mutilanti in tutti i casi ove sia possibile. Gli studi hanno infatti dimostrato che non vi è aumento di mortalità in caso di trattamenti conservativi, se associati a radioterapia e terapia medica adiuvante. Le procedure oggi adottate sono le seguenti:

- **Tumorectomia:** asportazione del nodulo tumorale con una piccola porzione di tessuto normale circostante. Viene indicato solo in quei casi a diagnosi molto precoce.
- **Quadrantectomia:** asportazione dell'intero quadrante mammario interessato dalla neoplasia con la cute sovrastante. E' un intervento conservativo in cui della mammella si asporta solo la parte interessata dalla lesione.
- **Mastectomia radicale (Halsted):** asportazione di tutta la mammella insieme ai muscoli pettorali sottostanti. Rappresenta l'intervento più demolitivo, utilizzato in neoplasie ad uno stadio molto avanzato
- **Mastectomia radicale modificata (Madden):** asportazione di tutta la mammella con risparmio dei muscoli pettorali. Viene utilizzata in neoplasie avanzate che non necessitano un intervento più demolitivo come quello di Halsted.
- **Mastectomia sottocutanea:** asportazione della ghiandola mammaria con risparmio della cute sovrastante e del complesso areola-capezzolo. Viene utilizzata nelle neoplasie. E' la procedura che garantisce la migliore ricostruzione protesica.

Nel caso di tumori infiltranti, alla chirurgia della mammella va associato uno svuotamento dei linfonodi ascellari.

Nel caso invece di tumori non infiltranti, si adotta la tecnica dell'asportazione del linfonodo sentinella. Con questa procedura si asporta, nella stessa seduta operatoria o anche in una seduta precedente, il primo linfonodo di drenaggio del tessuto interessato dalla neoplasia primaria. Nel sottocutaneo corrispondente al nodulo si inietta un colorante vitale, che si accumula poi nel linfonodo sentinella rendendolo visibile. Una volta asportato, il linfonodo sentinella viene sottoposto ad esame anatomo-patologico. Se si rileva la presenza di tessuto neoplastico superiore a 2 mm, è necessario procedere allo svuotamento completo dell'ascella per l'elevata probabilità che altri linfonodi contengano depositi metastatici. Nel caso in cui nel linfonodo sentinella non vi siano cellule neoplastiche o siano presenti solo in forme isolate (le dimensioni comunque non devono superare gli 0,2 mm, condizione classificata come pN0i+) non è necessario lo svuotamento ascellare completo. Nel caso in cui il linfonodo presenti una positività per cellule neoplastiche, di dimensioni comprese fra 0,2 e 2 mm (definita micrometastasi e classificata come pN1mic), lo svuotamento ascellare è consigliato ma è possibile, in casi selezionati, evitare tale procedura. Quando viene effettuata una mastectomia radicale o sottocutanea, si ricorre in genere anche a procedure ricostruttive, che possono essere eseguite nella stessa seduta o anche in tempi successivi. La ricostruzione mammaria con protesi venne descritta per la prima volta da Guthrie nel 1971, ma non ebbe grande successo a causa delle discrete complicazioni insorte, probabilmente, per aver posizionato l'impianto nel sottocutaneo.

Nel 1981 Gruber dimostrò l'importanza di posizionare la protesi al di sotto del muscolo pettorale. In tal modo l'incidenza della retrazione capsulare si abbassò drasticamente (30%) , fino ad assestarsi su livelli molto bassi in seguito all'introduzione, avvenuta negli anni '90, delle protesi ad espansione testurizzate (**Fig. 5**).

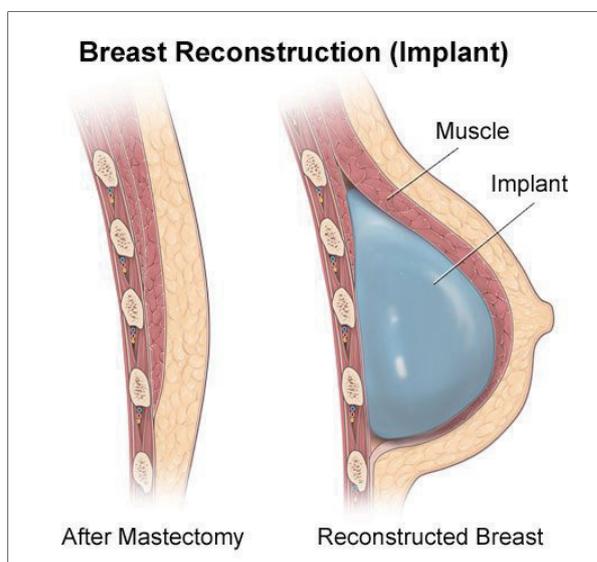


Figura 5. Ricostruzione mammaria con protesi dopo mastectomia radicale modificata

La ricostruzione mammaria con lembo miocutaneo di latissimus dorsi, ottenuta mediante il trasferimento di una porzione del muscolo gran dorsale, fu proposta nel 1896 da Tansini e ridescritta da Olivari nel 1976. Negli anni '70 diventò il metodo principale per la ricostruzione della mammella in pazienti che avevano subito una mastectomia radicale. Nel 1982 venne introdotta da Hartampf una tecnica, che utilizzava un lembo miocutaneo del retto dell'addome (TRAM). Da allora la tecnica che utilizza il lembo TRAM diventò la procedura chirurgica standard per la ricostruzione della mammella. Per la ricostruzione del complesso areola-capezzolo esistono numerose tecniche chirurgiche, risalenti agli anni '70 e '80, che utilizzano una parte del capezzolo e dell'areola controlaterali, o lembi locali o innesti compositi prelevati da altre regioni corporee. Spesso però si preferisce ricorrere alla metodica non chirurgica del tatuaggio, introdotta da Kesselring nel 1975 e da Becker nel 1986. La ricostruzione del tessuto asportato può prevedere il posizionamento immediato di un espansore e la successiva sostituzione con una protesi definitiva, o in alcuni casi il posizionamento diretto della protesi definitiva.

Radioterapia

È indicata se:

- si rilevano più di 4 linfonodi positivi, dopo la mastectomia radicale
- il tumore è voluminoso (stadio III o superiore)
- in caso di resezioni parziali (ad esempio la quadrantectomia)

Il razionale della terapia adiuvante è quello di "sterilizzare" i focolai tumorali residui riducendo i rischi di recidiva. I territori irradiati comprendono:

- la mammella residua
- il cavo ascellare omolaterale
- la parete toracica sottostante

Ormonoterapia

Si utilizza quando:

- il tumore è positivo ai recettori per gli estrogeni (70% dei casi)
- come terapia adiuvante nei gruppi a rischio
- come terapia palliativa nella malattia metastatica.

I farmaci più usati sono:

- antiestrogeni (ad esempio il tamoxifene), soprattutto nelle donne in post-menopausa con recettori per gli estrogeni positivi
- inibitori dell'aromatasi (ad esempio l'anastrozolo), sono i farmaci tendenzialmente migliori per la terapia adiuvante nell'anziana ma causano osteoporosi e hanno un diverso profilo di effetti collaterali, la scelta va quindi fatta caso per caso)
- progestinici (medrossiprogesterone acetato)

- analoghi del Gn-RH (ad esempio il goserelin) in particolare in donne giovani

Chemioterapia

Può essere impostata prima dell'intervento chirurgico (chemioterapia neoadiuvante) o dopo questo (chemioterapia adiuvante). I farmaci più utilizzati sono:

- antracicline
- taxani
- ciclofosfamide
- metotrexate
- 5 fluorouracile
- capecitabina
- vinorelbina
- gemcitabina
- cisplatino

Aspetti e supporti psicologici

Non è facile affrontare la malattia oncologica, l'intervento e le terapie che ne conseguono. La paura e l'angoscia di fronte alla notizia di avere il cancro sono reazioni naturali ma non certo facili da gestire. L'intervento chirurgico modifica una parte del corpo visibile della donna, parte che per lei rappresenta tre grandi temi della vita: la femminilità, la maternità, la sessualità. Molte donne, inoltre, si preoccupano dell'immagine sociale, ossia del fatto che l'intervento, più o meno mutilante, possa influire negativamente su ciò che gli altri pensano di loro. Quindi, accade che il mutamento dell'assetto corporeo, della propria qualità di vita, della propria immagine esterna, della propria intimità e non ultima la paura del cancro possano creare uno stato di depressione e sfiducia nel futuro.

Se tuttavia la donna riesce a elaborare il vissuto della malattia affrontando il dolore e la paura, la voglia di vivere e di proiettarsi verso il proprio benessere, riuscirà anche a elevare paradossalmente la sua qualità di vita. Molte donne operate al seno raccontano di aver deciso di riprendere in mano la loro vita, di vivere in maniera consapevole ogni momento e di rivalutare tutto quello che hanno fatto fino a quel momento, dedicandosi a se stesse con rispetto e gioia, con un atteggiamento più autentico e positivo verso la propria esistenza.

La malattia è uno dei modi in cui la vita ci "toglie il tappeto da sotto i piedi". Arriva sempre nel momento sbagliato, interrompendo bruscamente progetti e speranze. Spazza via di colpo un'agenda di appuntamenti, incombenze, impegni di lavoro, cene con gli amici. Per un periodo, che può essere anche piuttosto lungo, sembra che il ritmo della vita normale sia sospeso e che non ci sia spazio per altro che per la malattia. Eppure, in questo spazio-tempo così particolare, vissuto da ogni donna in modo diverso, ma condiviso da tutte, succedono molte cose. Ci si può rendere conto di essere molto più forti di quello che si credeva, si

possono rivedere le priorità della propria vita, e si inizia a scoprire il valore di cose spesso date per scontate. Se il senso di confusione dopo una diagnosi di tumore è stato paragonato “ai secondi successivi a una scossa di terremoto”, il lungo periodo della cura può essere paragonato alla “ricostruzione”. Da un lato, il sollievo e la forza che derivano dall’aver superato una prova importante, dall’altro la consapevolezza di avere ancora molti ostacoli da affrontare, in un momento in cui la stanchezza psicologica si somma anche a una oggettiva debolezza fisica. L’intervento è vissuto intimamente come un’invasione, anche se razionalmente se ne comprende l’importanza per noi stesse e per la nostra salute, emotivamente ci possiamo sentire aggredite. Dal tumore prima e dalle cure per debellarlo poi. Questo è uno dei momenti più duri di tutto il percorso verso la guarigione, particolarmente tempestoso da un punto di vista emotivo.

È molto complesso per una donna gestire la menomazione risultante da un intervento al seno: insieme al tumore, infatti, sembra che sia stata asportata anche l’immagine di sé. La cancellazione, o comunque la minaccia, a una parte del corpo che culturalmente rappresenta la femminilità in tutte le sue accezioni (materna, erotica, simbolica) può generare un sentimento di crisi dell’identità, un senso di perdita irreparabile e di rabbia. Inoltre, la paura delle conseguenze fisiche delle terapie amplificano questa sensazione di perdita di controllo sul proprio corpo. Sono sentimenti condivisi più o meno da tutte le donne, normali reazioni a un evento forte e traumatico. Per questo è necessario non soffocare le proprie emozioni, non colpevolizzarsi e percorrere fino in fondo una strada complicata, ma generativa, di ricostruzione di sé e della propria immagine interiore. In qualche modo occorre venire a patti con queste emozioni, senza farsi, però, sopraffare dallo sconforto: è importante, infatti, che l’umore sostenga il delicato percorso di guarigione. Le persone care, la famiglia, le amiche, ma anche altre donne che hanno superato il tumore sono un vero e proprio “cuscinetto di protezione” in questo delicatissimo momento.

Ma un ruolo fondamentale spetta anche al personale sanitario con cui la paziente si confronta nel periodo che precede ed in quello che segue l’intervento chirurgico. Sarà necessario raccogliere con molto tatto le informazioni sulla storia clinica della paziente, e soprattutto in un locale appartato per metterla a proprio agio e per rispettarne la privacy. Nel contempo sarà fondamentale rendersi sempre disponibili per qualsiasi domanda e richiesta e, in caso affiorasse qualche dubbio, sforzarsi di essere empatici e cercare di offrire un conforto, conformandosi all’assunto che una buona parola a volte può essere più utile di una medicina. Se il ruolo del personale medico risulta fondamentale per l’informazione da fornire alla paziente, altrettanto importante sarà l’intervento infermieristico, che dovrà muoversi in tre direzioni:

1. La percezione dell’evento da parte della paziente, vale a dire il modo in cui la donna percepisce quanto le sta avvenendo
2. Le strategie di reazione della paziente, cioè come una paziente generalmente approccia i problemi e come elabora le sue percezioni e le sue esperienze

3. Il supporto disponibile alla paziente, inteso come la valutazione della disponibilità di sostegno da parte dei medici, del partner, della famiglia

In genere il supporto psicologico da parte del personale medico ed infermieristico dovrebbe essere incentrato in tre punti fondamentali :

1. L'espressione e l'esplorazione dei sentimenti. La paziente dovrebbe essere incoraggiata ad esprimere le paure correlate alla perdita della mammella ed il suo impatto sull'immagine del proprio corpo e della propria femminilità
2. Il coinvolgimento del partner e di altre persone per lei importanti
3. Le informazioni sulla riabilitazione riguardanti l'utilizzo di protesi esterna, la riabilitazione del braccio, la ricostruzione mammaria

Una particolare attenzione dal punto di vista psicologico sarà rivolta alle donne con una storia familiare positiva per carcinoma mammario. Sono pazienti queste che hanno già assistito una o più parenti sottoposte a procedure aggressive e a pesanti terapie adiuvanti, ma che possono aver anche subito lutti dolorosi per tumore alla mammella. In questi casi le pazienti dovranno necessitare di un particolare supporto medico ed infermieristico (*counseling*) per la gestione di un vissuto già sperimentato su altre persone a loro care. Nel periodo successivo all'intervento poi la paziente potrà essere indirizzata a quelle associazioni, e a Modena abbiamo il "Cesto di ciliegie", che offrono alle donne operate un sostegno pratico e psicologico per affrontare l'esperienza della malattia in tutti i suoi aspetti (**Fig. 6**).



Figura 6. Logo de "Il cesto di ciliegie", associazione onlus di Modena

PREVENZIONE

È possibile ridurre il proprio rischio di ammalarsi con un comportamento attento e con pochi esami di controllo elencati più sotto. È bene fare esercizio fisico e alimentarsi con pochi grassi e molti vegetali (frutta e verdura, in particolare broccoli e cavoli, cipolle, tè verde e pomodori). Anche allattare i figli aiuta a combattere il tumore del seno, perché l'allattamento consente alla cellula del seno di completare la sua maturazione e quindi di essere più resistente a eventuali trasformazioni neoplastiche.

La mammografia è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce. L'Osservatorio nazionale screening, dipendente dal Ministero, suggerisce una mammografia ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna. Nelle donne che hanno avuto una madre o una sorella malata in genere si comincia prima, verso i 40-45 anni.

L'ecografia è un esame molto utile per esaminare il seno giovane, dato che in questo caso la mammografia non è adatta. Si consiglia di farvi ricorso, su suggerimento del medico, in caso di comparsa di noduli.

La visita: è buona abitudine fare una visita del seno presso un ginecologo o un medico esperto almeno una volta l'anno, indipendentemente dall'età.

L'autoesame della mammella: è una tecnica che consente alla donna di individuare precocemente eventuali trasformazioni del proprio seno. Comporta due fasi, una ispettiva ed un'altra palpatoria. In quella ispettiva la donna si pone di fronte ad uno specchio e valuta eventuali asimmetrie della forma delle mammelle e dei capezzoli. In quella palpatoria procede con la mano a piatto ad esplorare secondo una direzione verticale, spirale e radiale, la mammella del lato opposto (**Fig. 7**).

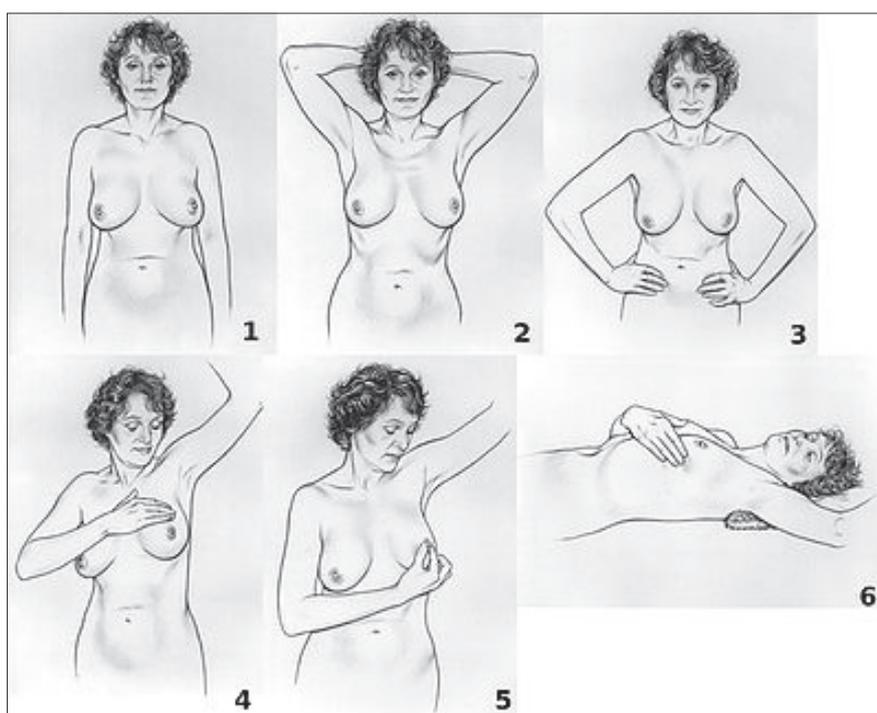


Figura 7. Tecnica dell'autoesame della mammella

L'efficacia di questa manovra in termini di screening è però molto bassa: questo significa che costituisce un valore aggiunto rispetto alla sola visita e alla mammografia a partire dall'età consigliata, ma naturalmente non le sostituisce.

Diversi studi scientifici hanno dimostrato l'utilità di una dieta particolare nella prevenzione delle ricadute del cancro del seno in donne già colpite. Ora si sta valutando l'utilità della stessa dieta nella prevenzione primaria, ovvero in chi non ha ancora sviluppato la malattia. Alla base di questa alimentazione c'è un apporto elevato di fitoestrogeni (ormoni vegetali simili agli estrogeni femminili che sono contenuti principalmente nella soia e nei suoi derivati, ma anche nelle alghe, nei semi di lino, nel cavolo, nei legumi, nei frutti di bosco, nei cereali integrali). Inoltre vanno limitati gli zuccheri raffinati, che hanno l'effetto di innalzare l'insulina nel sangue e quindi di indurre il diabete, a favore di zuccheri grezzi e di amidi.

Ancora: si consiglia di consumare molte crucifere (rape, senape, rucola, cavolfiore, cavolini di Bruxelles, ravanelli, cavolo) perché agiscono in modo positivo nei confronti del metabolismo degli ormoni. Infine è bene privilegiare il pesce rispetto alle altre proteine animali, accompagnato da grandi quantità di fibre (attraverso il consumo di frutta, cereali, verdura, legumi). Da limitare l'apporto di latticini e uova, tenendo però d'occhio la quantità totale di calcio per prevenire l'osteoporosi.

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione del tumore della mammella, nel 1989 è nata negli Stati Uniti la Campagna Nastro Rosa grazie a Evelyn Lauder, Presidente di Estée Lauder Companies, importante multinazionale di prodotti di bellezza. La campagna, che in pochi anni vedrà il concorso di 70 paesi di tutto il mondo fra cui l'Italia, era contrassegnata dal simbolo del nastro rosa, l'awareness ribbon, nastro della consapevolezza, che da allora diventerà il logo del progetto. L'obiettivo era quello di aumentare la consapevolezza su questa patologia, incoraggiare le donne a praticare un programma mirato sulla prevenzione al seno, operando, al contempo, per raccogliere fondi a favore di questa missione. Venne deciso che per convenzione il mese di Ottobre diventasse il mese della prevenzione e dell'informazione in tutto il mondo attraverso visite e consulenze gratuite atte alla diagnosi precoce del tumore al seno. Durante tutto il mese alle donne vengono fornite informazioni per prevenire il cancro al seno, riguardanti le abitudini e stili di vita, i fattori di rischio e i campanelli d'allarme a cui fare attenzione per arrivare ad una diagnosi precoce. Viene infine spiegata la tecnica di un corretto autoesame della mammella. Nel corso del mese della prevenzione si accendono simboliche luci rosa e molti edifici restano illuminati per ricordare che il tumore al seno si può combattere e la prevenzione è l'arma principale. Location famosissime e prestigiose nel mondo si accendono di luce rosa: l'Empire State Building (New York, USA), le Cascate del Niagara (Ontario, Canada), l'Opera House (Sidney, Australia), la Torre 101 (Taipei, Taiwan), il Ponte di Nan Pu (Shanghai, Cina), la Torre di Tokyo (Tokyo, Giappone), l'Arena di Amsterdam (Amsterdam, Olanda), Palazzo Reale (Milano), il Campidoglio (Roma).

Oggi, venti anni dopo, la Campagna Nastro Rosa continua a portare avanti la missione di Evelyn Lauder, incoraggiando e sensibilizzando tutte le donne a sconfiggere il tumore al seno (**Fig. 8**).



Figura 8. Logo della Campagna Nastro Rosa - Estée Lauder

In Italia la campagna patrocinata dalla Estée Lauder Companies ha come partner la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), che durante l' "Ottobre Rosa" potenzia, mettendo a disposizione di tutte le donne, gli oltre 390 Punti Prevenzione, dotati di ambulatori e di esperti, che forniscono gratuitamente visite senologiche e controlli clinici strumentali. A Modena, durante l'edizione 2011 che aveva come motto "Ricordati di te" il programma, piuttosto nutrito, prevedeva fra le altre iniziative anche seminari, dibattiti col pubblico, proiezioni cinematografiche (**Fig. 9**).



Figura 9. Logo di "Ottobre Rosa" tenutosi a Modena, 2011

Il tumore della mammella: aspetti storici

Il cancro del seno è conosciuto fin dall'antichità, perché uno dei tumori più frequenti e riconoscibili. Il primo caso è stato registrato in un papiro egiziano databile intorno al 1600 a.C.: si dice che nel tumore protuberante della mammella, freddo al tatto, non esiste alcun trattamento attuabile, al contrario delle malattie calde della mammella (es. gli ascessi) per le quali può essere praticata la cauterizzazione ovvero la bruciatura con ferro arroventato. Dallo storico greco Erodoto ci viene tramandata la storia della Principessa Atossa, seconda moglie del re persiano Dario I e figlia di Ciro il Grande, che affetta da un nodulo mammario non si sottopose, per pudore, all'esame di alcun medico. Quando la tumefazione aumentò di volume venne interpellato il crotonese Democede, il famoso medico di corte, che la guarì asportandole la mammella. È questo il primo caso di mastectomia ovvero di asportazione della mammella riportato nella storia. Ippocrate, il più famoso medico dell'antichità greca, cita poche volte il tumore al seno: la brevità della vita della donna, all'epoca meno di 20 anni, ne determinava la bassa incidenza. Ma le sue osservazioni risultano in piena linea con quella che è la storia naturale del tumore al seno non curato: esse sono degne di un attuale testo di semeiotica medica. Ippocrate non consigliava la pratica chirurgica: "nel caso di tumori occulti", diceva, "se non vengono trattati, i pazienti vivono più a lungo", conclusione, questa, decisamente sbagliata. Ippocrate considerava il tumore al seno costituzionale secondo la cosiddetta teoria umorale che riconduceva ciascuna malattia alla prevalenza di uno dei quattro umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera (atrabile), e quindi in un certo senso non curabile. La teoria umorale di Ippocrate fu ripresa da Galeno, il più grande studioso di medicina dell'impero romano, vissuto dal 129 al 200 d.c., il quale riconduceva il tumore mammario all'eccesso di atrabile o bile nera, umore ritenuto responsabile tra l'altro dell'ipocondria. A Galeno risalgono i primi trattamenti chirurgici della mammella, grazie anche alla disponibilità di uno strumentario chirurgico sufficientemente adeguato, così come dimostrato dai ritrovamenti pompeiani. Nel periodo medievale poco si aggiunge alle conoscenze sulla malattia, mentre la povertà dei mezzi di cura si rende evidente nei trattati di chirurghi autorevoli come Ruggero da Parma (XII secolo) che dispongono solo del coltello e del cauterio per asportare e cauterizzare il tumore (**Fig. 10**).



Figura 10. Esame obiettivo della mammella. Miniatura, Francia, sec. XIV

La terapia chirurgica, ovvero l'eradicazione della malattia, venne però successivamente abbandonata, non solo per la carenza di strumenti chirurgici, ma anche per l'alta frequenza di complicanze settiche postoperatorie, sia per la non disponibilità di presidi, per così dire anestetici, che potessero rendere meno pesante e più tollerabile l'intervento. Alla fine del 1500 risale l'utilizzo di una vera e propria chirurgia sistematica: il napoletano Marco Aurelio Severino, chirurgo dell'Ospedale degli Incurabili a Napoli, al presentarsi della malattia asportava la mammella e i linfonodi ascellari. Egli cercava di attuare un intervento radicale in tempi brevi. A partire dal 1600 il grande sviluppo dell'anatomia e della fisiologia del corpo umano portò a nuove ed importanti conoscenze su cause, sviluppo e diagnosi del tumore della mammella. Venne suggerita l'ipotesi di una familiarità nei carcinomi ma si osservò anche che non insorgevano mai prima della pubertà e con scarsa insorgenza fino alla terza decade di età. Bernardino Ramazzini mise in rilievo che il carcinoma della mammella era più frequente tra le monache che non nelle donne sposate. A metà del 1700 un medico francese, Henri Francois Le Dran, intuì che il tumore mammario era inizialmente una malattia locale per poi divenire una malattia di tutto il corpo e pertanto che una precocità nel trattamento chirurgico poteva assicurarne la guarigione. Era l'inizio di un approccio oncologico al tumore al seno. Alla fine del 1800 lo statunitense William Stewart Halsted mise a punto una tecnica chirurgica che avrebbe rappresentato lo standard in tutto il mondo per quasi 80 anni: l'asportazione di tutta la mammella con i muscoli pettorali e di tutti i linfonodi ascellari. Un nuovo e decisivo passo per la cura del tumore al seno risale al 1895, quando il fisico tedesco Wilhelm Conrad Roentgen scoprì i raggi X. Essi potevano essere utilizzati non solo per fare diagnosi e per svelare, quindi, precocemente la malattia ma anche per curarla. Negli anni settanta, grazie alla ricerca italiana, la vera rivoluzione chirurgica: tecniche chirurgiche più limitate (asportazione del solo quadrante mammario interessato dal tumore, intervento detto di quadrantectomia secondo Veronesi) ed aggiunta di radioterapia alla mammella operata, realizzavano gli stessi risultati in termini di guarigione degli interventi più demolitivi e deturpanti utilizzati agli albori, preservando così anche la qualità di vita delle donne. Di poi gli ulteriori progressi realizzati dalla tecnica del linfonodo sentinella (che ha permesso di evitare d'emblée lo svuotamento ascella riservandolo solo alle donne con linfonodi interessati dalla malattia), dalla chemioterapia, dall'ormonoterapia e dalla terapia immunologica con l'impiego dei cosiddetti farmaci intelligenti.

* * *

Nella cultura popolare contro le malattie della mammella e soprattutto contro i tumori viene invocata Sant'Agata. La leggenda vuole che Agata sia nata in una famiglia siciliana ricca e nobile, nell'anno 246, indicata come di origine catanese o palermitana. Secondo la tradizione si consacrò a Dio all'età di 15 anni circa, ma studi storico-giuridici approfonditi rivelano un'età non inferiore ai 21 anni: non prima di questa età, infatti, una ragazza poteva essere consacrata diaconessa come effettivamente era Agata. Nel periodo fra il 250 e il 251 il proconsole Quinziano, giunto a Catania con l'intento di far rispettare l'editto dell'imperatore

Decio, che chiedeva a tutti i cristiani di abiurare pubblicamente la loro fede, s'invaghì della giovinetta e, saputo della consacrazione, le ordinò, senza successo, di ripudiare la sua fede e di adorare gli dei pagani. Al rifiuto deciso di Agata, Quinziano diede avvio ad un processo e convocò Agata al palazzo pretorio. Dal processo si passò rapidamente al carcere e alle violenze con l'intento di piegare la giovinetta. Inizialmente venne fustigata e sottoposta al violento strappo delle mammelle, mediante delle tenaglie. Questo risvolto delle torture, costituirà in seguito il segno distintivo del suo martirio, infatti Agata viene rappresentata con i due seni posati su un piatto e a volte anche con le tenaglie (**Fig. 11**).

Riportata in cella sanguinante e ferita, verso la mezzanotte mentre era in preghiera le apparve San Pietro apostolo, accompagnato da un bambino porta lanterna, che la risanò le mammelle amputate. Trascorsi altri quattro giorni nel carcere, venne riportata alla presenza del proconsole, il quale visto le ferite rimarginate, domandò incredulo cosa fosse accaduto, allora la vergine rispose: "Mi ha fatto guarire Cristo". Ormai Agata costituiva una sconfitta bruciante per Quinziano, che non poteva sopportare oltre, intanto il suo amore si era tramutato in odio e allora ordinò che venisse bruciata su un letto di carboni ardenti, con lamine arroventate e punte infuocate. A questo punto, secondo la tradizione, mentre il fuoco bruciava le sue carni, non bruciò il velo che lei portava; per questa ragione "il velo di sant'Agata" diventò da subito una delle reliquie più preziose; esso è stato portato più volte in processione di fronte alle colate della lava dell'Etna, avendo il potere di fermarla. Mentre Agata spinta nella fornace ardente moriva bruciata, un forte terremoto scosse la città di Catania e il Pretorio crollò parzialmente; la folla dei catanesi spaventata, si ribellò all'atroce supplizio della giovane vergine, allora il proconsole fece togliere Agata dalla brace e la fece riportare agonizzante in cella, dove morì qualche ora dopo. I resti della santa sono oggi conservati nel duomo di Catania, parte all'interno del prezioso busto-reliquiario in argento e parte, fra cui le mammelle, dentro a teche poste in un grande scrigno anch'esso d'argento.



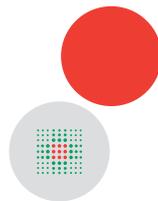
Figura 11. Francisco de Zurbarán. Sant'Agata (1630) Olio su tela. Musée Fabre, Montpellier

In Sicilia il culto di Sant'Agata è così radicato, che in suo onore preparano anche un dolce, la Cassatella di Sant'Agata. La prima cosa che colpisce quando si osserva una Cassatella di Sant'Agata (detta familiarmente Cassateddi di Sant'Ajita), è il suo aspetto decisamente particolare. Si tratta infatti di un dolce dalla inconfondibile forma di mammella che in dialetto è definito come Minni di vergini (ovvero "seni di vergine") o Minni di Sant'Ajita ("seni di Sant'Agata"). La versione attuale della Cassatella di Sant'Agata è preparata con diversi strati di pan di spagna imbevuti in un liquore dolce e farciti con un ricco ripieno a base di ricotta, canditi e gocce di cioccolato. All'esterno vi è infine una copertura di glassa bianca sulla quale viene posta, richiamando il capezzolo, una ciliegia candita (**Fig. 12**).



Figura 12. Cassatella di Sant'Agata

**Chirurgia Oncologica
Senologica**
Responsabile
Prof. Giovanni Tazzioli



www.policlinico.mo.it