

Il tumore al seno

LA SPERANZA, L'AMORE, LA CURA



IEO
Istituto Europeo di Oncologia

IL TUMORE AL SENO

2



Introduzione

La mammella è una ghiandola con funzioni importanti: produce il latte, ma è anche un organo in cui alcuni ormoni si trasformano in altri oppure diventano attivi a partire da alcune sostanze inerti. E' quindi una "produttrice di ormoni" e questa caratteristica assume un ruolo rilevante quando la ghiandola mammaria si ammala.

Dal punto di vista della sua composizione, è costituita da un apparato lobulo-alveolare e da dotti galattofori: è nei dotti che scorre il latte fino al capezzolo.

La produzione ciclica di estrogeni e progesterone (ormoni sessuali femminili) da parte delle ovaie è responsabile delle modificazioni del seno nelle diverse fasi del ciclo quando la donna è in premenopausa (premenopausa è tutta la fase della vita fertile): dolore, rigonfiamento, sensibilità, consistenza. Il seno risponde agli stimoli ormonali, esprimendo questa risposta in modo evidente: si tratta di fenomeni del tutto benigni che non indicano altro che una buona vitalità dell'organismo

Il dolore al seno che si presenta in modo periodico durante le diverse fasi del ciclo mestruale, per esempio, riguarda decine di migliaia di donne e anche se crea ansia e disagio, non dovrebbe essere considerato un segnale di allarme in senso patologico. In menopausa la diversa produzione di ormoni e la normale involuzione dei tessuti conferiscono al seno l'aspetto più flaccido anche se le fluttuazioni periodiche di consistenza e sensibilità possono permanere.

Come ogni altro organo, anche il seno può ammalarsi. Esistono infiammazioni o infezioni mammarie (le così dette mastiti), patologie della pelle (come eczemi) e noduli: questi sintomi possono essere benigni, pretumorali o veri e propri tumori.

Prevenzione del tumore al seno

Per comprendere il senso della prevenzione e poterla attuare è fondamentale sapere in cosa consiste. Esistono due tipi di prevenzione: la prevenzione primaria e la secondaria.

La prevenzione primaria è ciò che può evitare l'insorgenza e lo sviluppo della malattia. Si fa prevenzione primaria quando si assume un comportamento (o una sostanza) in grado di ridurre il rischio di insorgenza della patologia. Non fumare per esempio è prevenzione primaria nei confronti di alcuni tumori.

La prevenzione secondaria consiste in una diagnosi precoce. Nel caso del tumore al seno la prevenzione è secondaria, anche se sono in studio molti possibili metodi di prevenzione primaria. **La diagnosi precoce è oggi l'arma più efficace nella riduzione della pericolosità di questa malattia.**

Grazie a una tempestiva diagnosi di lesioni mammarie sempre più piccole e iniziali e grazie alle cure sempre più efficaci, la possibilità di guarigione sta aumentando. Scoprire un tumore quando è ancora in fase iniziale, vale a dire di piccole dimensioni e non palpabile, significa avere una elevatissima probabilità di guarigione con l'impiego di terapie di minima entità e minimo disagio, sia chirurgiche che farmacologiche che di radioterapia.

Da anni la comunicazione sul tumore al seno ha fatto conoscere alle donne i cosiddetti "fattori di rischio": età precoce alla prima mestruazione e tardiva alla menopausa, nessuna gravidanza oppure prima gravidanza dopo i trenta anni di età, allattamento al seno scarso o assente, familiarità o alterazione genetica in famiglia. C'è tuttavia da considerare che questi fattori di rischio, seppure importanti, non sono sufficienti per spiegare tutti i casi di malattia; anzi, il settanta per cento circa dei tumori al seno si verifica in donne che non hanno particolari fattori di rischio come quelli qui sopra elencati. Ecco perché è giusto e doveroso che **tutte** le donne siano informate sulla necessità della diagnosi precoce prendendo così la decisione di sottoporsi a controlli periodici adeguati alla loro età: il controllo può salvare la vita.

Tumore al seno: di cosa si tratta?

E' una malattia che si sviluppa dalla componente ghiandolare, cioè dai lobuli e dai dotti che portano il latte al capezzolo. Il tipo più comune dei tumore ha origine dalle cellule che rivestono i dotti e prende il nome di "duttale". Il secondo tipo di tumore in ordine di frequenza si chiama "lobulare" perché origina dai lobuli. Questi tumori nella maggior parte dei casi sono "invasivi" o i così detti "infiltranti", dotati cioè di potenziale metastatico. Questo non vuol dire necessariamente che abbiano provocato già delle metastasi o che le provocherà sicuramente in futuro, ma sta a significare che questo tipo di tumore ha in teoria la capacità di invadere i tessuti e andare oltre il luogo dove la malattia è nata. Il potenziale metastatico è una capacità che le cellule tumorali sviluppano ma che per fortuna non mettono in sempre in pratica. Grazie alla diagnosi precoce è anche

possibile trovare un tumore in fase "in situ" vale a dire una forma quasi pre-tumorale incapace di dare metastasi.

Oltre al duttale e al lobulare esistono forme più rare, come il carcinoma midollare o il carcinoma mucinoso: più o meno il comportamento è simile agli altri, anche se questi sono considerati un po' meno aggressivi del duttale e del lobulare.

Una forma rara è il carcinoma "infiammatorio": in questo caso la mammella, già al momento della diagnosi, è dura, gonfia con la cute diffusamente calda e arrossata.

Le cellule tumorali hanno poi la capacità di spostarsi, attraverso le vie linfatiche e la circolazione sanguigna, dall'area dove sono nate fino ad altre sedi: dal seno possono passare ai linfonodi o ad altri organi (ossa, fegato, polmoni sono i bersagli più frequenti, ma potenzialmente tutti gli organi possono essere raggiunti sia attraverso il sistema linfatico che il circolo ematico).

Così come la mammella è un organo molto ricco di interazioni ormonali e sensibile a questi, soprattutto agli estrogeni e al progesterone, anche molti tumori che nascono nel seno sono sensibili a questi ormoni. Per questo motivo a volte la terapia del tumore si basa su sostanze ormonali che bloccano l'azione degli estrogeni e del progesterone.

Quanto alle terapie ormonali che si adottano per i sintomi della menopausa, esse sono molto utili e preziose quando ve ne sia la reale necessità, ma vanno sempre assunte sotto il controllo dei medici".

La diagnosi

Gli strumenti per la diagnosi di tumore al seno sono noti, meno noto forse è quando e come eseguirli nel corso della vita.

Prima di tutto c'è la **mammografia**, cioè la radiografia della mammella: è utile per scoprire la presenza di noduli, microcalcificazioni o altri segni indiretti di una possibile neoplasia. Si basa sull'impiego di raggi X che, attraversando il seno, imprimono su una lastra (o nel computer) un'immagine in scala di grigio. La dose che la donna riceve da una mammografia non è causa di danni per la salute. La mammografia si esegue a partire dai 40 anni, ogni anno o ogni due anni

In molte Regioni sono attivi screening mammografici che offrono alle donne un controllo mammografico gratuito a partire dai 50 anni e con scadenza biennale.

L'**ecografia** impiega ultrasuoni per rilevare la presenza di un nodulo e ne studia la consistenza, solida o liquida, definendone la natura benigna, dubbia, maligna.

E' un esame ottimo in pazienti con mammelle dense, ricche di componente ghiandolare. Quando il seno con il passare degli anni, soprattutto dopo la menopausa, diventa più adiposo con prevalenza del tessuto grasso, l'ecografia non serve più poiché non riesce a leggere il tessuto adiposo. Rimane fondamentale l'impiego periodico della mammografia.

L'ecografia, che impiega ultrasuoni e non raggi x e pertanto è inno-

cua dal punti di vista biologico, dovrebbe essere eseguita ogni anno a partire dai 30 anni di età; si smette di effettuarla solo quando il medico radiologo vedendo l'involutione adiposa della mammella dirà di interrompere l'ecografia e di eseguire solo periodicamente la mammografia.

La **risonanza magnetica** mammaria è utile quando esiste un dubbio già studiato con mammografia ed ecografia mammaria, oppure quando siano da visualizzare nel dettaglio protesi o immagini vicine a una cicatrice chirurgica. E' indicata dai medici in caso di necessità, oppure si programma nell'ambito della diagnosi precoce nelle donne che abbiano un rischio familiare alto

L'**agoaspirato** è un esame durante il quale si preleva con un ago sottile un campione di cellule da un nodulo mammario: si ottiene così un esame citologico. L'**agobiopsia**, invece, è una tecnica che consente di prelevare un campione di tessuto da una zona o da un nodulo ritenuto sospetto, potendo così ottenere un esame istologico.

Infine è definita **biopsia escissionale** l'asportazione chirurgica totale o parziale di un nodulo effettuata da un chirurgo al fine di fare un esame istologico completo del reperto in esame.

L'**autopalpazione** non è uno strumento di diagnosi precoce. E' un modo importante e utile per conoscere il proprio corpo e familiarizzare con esso, ma non aiuta a ottenere la tempestività nella scoperta di un problema. Per sapere come eseguirla è sufficiente chiedere al medico di medicina generale o al senologo.

E i sintomi?

Premessa necessaria è che non si dovrebbe arrivare a scoprire un tumore al seno attraverso il sintomo. La diagnosi precoce ha il senso di individuare i guai prima ancora che si siano manifestati come sintomi

E' comunque il momento di rivolgersi al medico quando alla vista o al tatto siano presenti:

- uno o più noduli della mammella – si intende per nodulo un indurimento circoscritto, una parte di consistenza diversa rispetto al resto del seno, palline vere e proprie fisse o mobili
- protuberanze o ispessimenti della mammella o della zona ascellare
- variazioni di forma o dimensioni della mammella
- secrezione di liquido dal capezzolo – il liquido può uscire spontaneamente (macchie sul reggiseno o sui vestiti) oppure quando il capezzolo viene toccato o spremuto, e può avere colori diversi (bianco, trasparente, giallo, verdastro, rosso vivo, rosso scuro)
- infossamenti o retrazioni della cute
- cambiamenti di aspetto della pelle, del capezzolo o dell'areola come gonfiore, arrossamenti, sensazione di calore, screpolature.

Il dolore al seno non è di solito un sintomo di malattia: è meglio comunque riferirlo per ricevere rassicurazione.

La cura

La chirurgia è fondamentale perché il tumore e/o la lesione pre-tumorale vanno rimossi.

La chirurgia conservativa, vale a dire con conservazione della mammella e asportazione solo di un quadrante di questa associata alla radioterapia per i tumori in fase iniziale, è una realtà consolidata in tutto il Mondo. Chirurgia conservativa significa asportare il tumore insieme a un po' di tessuto sano, salvando l'integrità del seno: si parla di **quadrantectomia** o **resezione parziale** che riguardano il settanta per cento dei casi di tumore alla mammella.

Nel restante trenta per cento dei casi è necessario asportare il seno nella sua totalità con la **mastectomia**. In questi casi l'integrità estetica viene ristabilita grazie alla collaborazione tra chirurgo senologo e chirurgo plastico. La ricostruzione del seno può essere effettuata con diverse tecniche e di solito garantisce un risultato cosmetico soddisfacente.

Quando il tumore da asportare non è palpabile esiste per il chirurgo la difficoltà a trovarlo per poterlo rimuovere efficacemente. Per questo IEO ha ideato anni fa la tecnica **ROLL** (Radioguided Occult Lesion Localization) ormai adottata in tutto il Mondo che consente di asportare tumori non palpabili in modo preciso e poco invasivo. Questa tecnica consiste nell'iniettare nella zona da operare un liquido debolmente radioattivo. Durante l'intervento il chirurgo userà una sonda per chirurgia radioguidata che indicherà con precisione la sede da trattare.

I linfonodi ascellari si analizzano per verificare se le cellule tumorali si siano spostate dal seno attraverso le vie linfatiche; nella maggioranza dei casi si può limitare l'asportazione al solo **linfonodo sentinella**. Si preleva in modo mirato (anche in questo caso si usa un tracciante debolmente radioattivo, come nella ROLL) un solo linfonodo, che viene esaminato e letto dall'anatomopatologo: se risulta sano non vi è necessità di asportare gli altri linfonodi, se risulta malato si procederà all'asportazione di tutti gli altri linfonodi. E' questa la **dissezione ascellare** (asportazione di tutti i linfonodi), effettuata quando il linfonodo sentinella è interessato dalla malattia o in altre situazioni particolari su decisione del senologo/a.

La radioterapia usa radiazioni ionizzanti per consolidare il risultato della chirurgia conservativa, ma è preziosa anche in eventuali altre fasi della malattia. Nell'ottica di offrire trattamento sempre più conservativi, da qualche anno si studia la **radioterapia intraoperatoria**.

Le cure farmacologiche si basano su **farmaci ormonali**, **chemioterapici** e **recettoriali**. La combinazione tra differenti farmaci e tra farmaci e radioterapia (e chirurgia) dipende dalle caratteristiche di ogni singola situazione clinica e dalla stretta collaborazione tra radiologi, oncologi, chirurghi, radioterapisti, patologi, plastici, medici nucleari e infermieri, psicologi, ausiliari e volontari.

Lungi dall'essere catalogate in protocolli rigidi, le donne che affrontano un tumore al seno devono trovare equipe multispecialistiche che si occupino di loro in modo integrato e personalizzato, ciascuno con la propria competenza ma in una regia globale di cooperazione.

Il tumore al seno nell'uomo

Con molta minore frequenza il tumore alla mammella colpisce anche l'uomo.

Anche in questi casi la diagnosi precoce è fondamentale: il fatto che l'uomo abbia pochissima ghiandola mammaria fa sì che la diagnosi significhi l'approfondimento tempestivo in caso di tumefazione al seno o secrezione dal capezzolo. Gli esami sono gli stessi: per le prime indagini si eseguono mammografia, ecografia e, se necessario, l'agoaspirato e la biopsia. Le cure sono simili a quelle adottate nella donna.

7

Vuoi saperne di più?
vai sul sito www.ieo.it



Come ogni altro organo, anche il seno può ammalarsi. Esistono infiammazioni o infezioni mammarie (le così dette mastiti), patologie della pelle (come eczemi) e noduli: questi sintomi possono essere benigni, pretumorali o veri e propri tumori. Questa guida breve affronta il tema offrendo spunti e consigli utili alle donne e agli uomini.



IEO
Istituto Europeo di Oncologia

IEO Istituto Europeo di Oncologia IRCCS
via Ripamonti 435, 20135 Milano

T +39 02 574.891 E info@ieo.it W www.ieo.it