

**Il carcinoma mammario**, sul quale ci soffermeremo in modo particolare, rappresenta senza dubbio la patologia più importante, in ambito oncologico, per il sesso femminile. Questo anche per le valenze simboliche del seno, in quanto essenza stessa della femminilità, intesa nella sua duplice veste di florida bellezza e materna fecondità.

**Il tumore della mammella** rappresenta, nei paesi occidentali, la neoplasia più frequente nelle donne. Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 37.000 nuovi casi di tumore mammario. Nonostante tale tumore costituisca ancora oggi la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie utilizzate molte pazienti possono guarire da questa malattia.

Sono stati identificati molti fattori di rischio per il tumore al seno, quali soprattutto l'età o la familiarità, ma ne esistono alcuni che sono evitabili se conosciuti.

Il tumore mammario ha un'incidenza maggiore tra i 40 e 50 anni e aumenta nuovamente dopo i 65 anni. Come tutti i tumori predilige la vecchiaia ma al giorno d'oggi sono sempre di più le donne giovani, anche sotto i 40 anni, che possono presentare questa malattia.

Circa il 10% delle donne affette da tumore mammario, e una percentuale maggiore nelle donne giovani, ha un familiare stretto malato. Esistono inoltre delle forme ereditarie che rappresentano il 5-7 % di tutti i tumori al seno e che sono determinate dalla mutazione di due geni chiamati BRCA1 e BRCA2. In caso di familiarità quindi le donne dovranno sottoporsi a controlli precoci e più accurati.

Studi internazionali hanno dimostrato che l'utilizzo, soprattutto prolungato, di terapie ormonali sostitutive assunte con la menopausa aumenta significativamente il rischio di sviluppare il tumore mammario. Come è noto infatti molti tumori mammari sono fortemente sensibili all'azione degli ormoni. La pillola anticoncezionale (terapia estro progestinica orale) non sembra invece aumentare il rischio di sviluppo di tumore mammario.

È molto importante sottoporsi a controlli senologici con regolarità.

La mammografia è il metodo più efficace per la diagnosi precoce.

Secondo le linee guida italiane la mammografia deve essere eseguita ogni anno tra i 40 e i 49 anni e ogni due anni dopo i 50 anni nelle donne che non presentano fattori di rischio. Nelle donne con familiarità i controlli devono iniziare a 35 anni mentre nelle donne che hanno seguito una terapia ormonale sostitutiva la mammografia deve essere eseguita annualmente anche dopo i cinquant'anni. Strumenti utili in associazione alla mammografia sono l'ecografia mammaria e la visita senologica. L'ecografia è inoltre consigliata nelle donne giovani in cui è presente una mammella densa o per la valutazione di un nodulo mammario di recente comparsa.

Indipendentemente dall'età è buona abitudine fare una visita al seno presso un senologo almeno una volta all'anno.

La risonanza magnetica è un esame molto utile per la valutazione di donne con familiarità o in caso di dubbio con gli esami tradizionali.

L'esecuzione regolare, ogni 2 o 3 mesi, di un'autovalutazione della mammella (autopalpazione) permette alla donna di individuare precocemente eventuali trasformazioni del proprio seno.

L'intervento chirurgico è spesso il primo atto terapeutico che la donna deve affrontare per la cura del tumore.

Fino agli anni 70 ogni tumore mammario veniva trattato con una chirurgia demolitiva attraverso la

mastectomia radicale e l'asportazione dei linfonodi ascellari. Al giorno d'oggi fortunatamente la maggior parte dei tumori mammari può essere curato con la chirurgia conservativa.

I tumori di piccole dimensioni possono infatti essere curati con l'intervento chirurgico di quadrantectomia, ovvero l'asportazione del tumore e di una piccola porzione di tessuto sano attorno.

Quando il tumore è di dimensioni maggiori la paziente potrà essere sottoposta inizialmente a trattamento chemioterapico allo scopo di ridurre il volume del tumore e quindi poter essere sottoposta successivamente ad intervento conservativo.

Nonostante i progressi compiuti negli ultimi anni nel trattamento del carcinoma mammario, è purtroppo necessario a volte, per ottenere un trattamento che garantisca la radicalità chirurgica, rimuovere la totalità della ghiandola mammaria, ovvero eseguire una mastectomia. Questa decisione non è legata alla gravità della malattia, ma alla localizzazione anatomica, alle dimensioni del tumore e naturalmente alle dimensioni della mammella. Questo trattamento chirurgico è vissuto dalle pazienti come una mutilazione altamente traumatizzante, poiché il seno nella nostra cultura è simbolo di maternità, femminilità ed eros.

Lo scopo della chirurgia ricostruttiva della mammella è aiutare le pazienti a superare questo trauma ritrovando l'immagine del proprio corpo. La possibilità di ricostruire la mammella deve essere offerta a tutte le donne che lo desiderino, indipendentemente dalla loro età o dalla stadiazione della malattia. Esistono diverse tecniche chirurgiche e la scelta dipende dalle caratteristiche anatomiche residue alla mastectomia, dal seno contro laterale e dal desiderio della paziente.

Quando vi è un tumore mammario è necessario valutare l'interessamento dei linfonodi ascellari omolaterali. Per tale motivo anni fa veniva sempre eseguita contestualmente all'intervento sulla mammella anche l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari. Al fine di evitare gli esiti invalidanti della linfoadenectomia ascellare (edema e parestesie dell'arto superiore omolaterale, difficoltà ai movimenti del cingolo scapolare) si effettua oggi, nelle pazienti con neoplasia in fase iniziale (che non hanno evidenza clinica o strumentale di linfonodi ascellari patologici), una tecnica chirurgica conservativa detta del "linfonodo sentinella".

Il chirurgo, dopo aver iniettato, alcune ore prima dell'operazione, dell'albumina marcata con tecnezio in corrispondenza della lesione mammaria, è in grado al momento dell'intervento chirurgico di identificare, con una sonda capace di rilevare il punto di massima radioattività in sede ascellare, il primo linfonodo di drenaggio (linfonodo sentinella) e di asportarlo in modo selettivo. La negatività istologica di tale linfonodo è altamente predittiva della negatività istologica di tutti gli altri linfonodi ascellari e consente quindi di evitare la dissezione ascellare completa, con le inevitabili complicanze precoci e tardive connesse con questa procedura. La positività istologica del linfonodo sentinella è invece naturalmente indice di diffusione regionale della neoplasia e determina il ricorso alla linfoadenectomia ascellare completa.

Dopo l'intervento chirurgico conservativo la paziente verrà sottoposta a radioterapia sulla

mammella residua per “sterilizzare” la ghiandola e ridurre il rischio di recidive locali. In alcuni centri di ricerca oncologica, ancora in fase sperimentale, viene oggi praticata la radioterapia intraoperatoria (IORT), che, con l'utilizzo di acceleratori lineari mobili, forniti di un braccio robotico direzionabile sul campo chirurgico, consente di erogare in corrispondenza del letto tumorale una elevata dose di radiazioni in una unica frazione, nel corso stesso dell'intervento chirurgico. Ciò permette un trattamento radioterapico adiuvante precoce, preciso e mirato, riducendo gli effetti collaterali derivanti dall'irradiazione dei tessuti sani interposti e consentendo alle pazienti di evitare, dopo l'intervento, le numerose sedute radioterapiche tradizionali. Dopo il trattamento chirurgico, le ulteriori fasi della terapia di una neoplasia mammaria variano in base al dato istopatologico definitivo.

**Le terapie a disposizione** sono la chemioterapia, utilizzata nel caso di malattie più aggressive, la terapia ormonale (tamoxifene o inibitori delle aromatasi), molto efficace nel caso in cui il tumore esprima i recettori per gli estrogeni e il progesterone, e la terapia con anticorpi monoclonali, in malattie in cui è espresso un oncogene.

In ambito oncologico, particolare rilievo assume per le donne il problema del Rapporto tra trattamento chemioterapico antitumorale e fertilità.

Il trattamento chemioterapico del carcinoma mammario è frequentemente associato ad una amenorrea (scomparsa delle mestruazioni), che può essere temporanea o permanente ed è determinata dalla tossicità diretta dei farmaci sulla funzione ovarica. L'incidenza della amenorrea chemio-indotta dipende dal tipo di trattamento utilizzato (rischio maggiore con CMF piuttosto che con schemi contenenti antracicline) e dall'età della paziente. Le donne più giovani sono a minor rischio di sviluppo di amenorrea e, qualora la sviluppino, questa è spesso (80% dei casi) reversibile (quindi compatibile con una successiva gravidanza). Nelle donne di età superiore ai 40 anni l'amenorrea è invece comune e nel 95% dei casi irreversibile. Le donne che continuano ad avere mestruazioni dopo la chemioterapia sono comunque a rischio di menopausa precoce.

Sulla base dei risultati degli studi clinici disponibili si può poi affermare con sufficiente sicurezza che un precedente trattamento chemioterapico non determina evidenti fenomeni di embrio o fetotossicità. I dati a disposizione riguardo a pazienti sottoposte a trattamenti antineoplastici anche per patologie diverse dal carcinoma mammario evidenziano che il tasso di malformazioni congenite fetali durante una successiva gravidanza è sovrapponibile a quello riscontrato nella popolazione sana di controllo. Si segnalano solo più frequentemente casi di aborto spontaneo, parto prematuro o basso peso alla nascita.

Le donne che assumono tamoxifene possono diventare gravide durante il trattamento (tranne nei casi in cui il tamoxifene determini una amenorrea). Il tamoxifene ha però evidenziato, in studi di laboratorio sul topo, effetti teratogenici, in particolare a carico degli organi urogenitali. Le pazienti che desiderano una gravidanza devono perciò interrompere la terapia con tamoxifene alcuni mesi prima del concepimento. Durante il trattamento le donne devono inoltre essere sottoposte ad attenti controlli per escludere la possibilità di una gravidanza in atto.

(Fonte: O.N.Da)