

IL TUMORE DELLA MAMMELLA

Le cellule che costituiscono la ghiandola mammaria si modificano con il ciclo ormonale e si riproducono continuamente, sia per generare un ricambio con nuove cellule, sia per riparare quelle danneggiate. Il processo di riproduzione e crescita cellulare è molto complesso e regolato da molteplici geni. In condizioni di normalità avviene secondo un fisiologico programma, in modo preciso e regolare; tuttavia, alcuni fattori possono danneggiare questi geni, determinando una crescita anomala ed incontrollata delle cellule e il conseguente sviluppo di un tumore (cancerogenesi).

Gli esami diagnostico-strumentali oggi disponibili consentono di individuare il tumore in una fase iniziale della sua crescita, quando il tumore non dà alcun segno di sé e non è palpabile (lesione preclinica) o in una fase che precede lo sviluppo del tumore infiltrante (lesione preneoplastica).

Il carcinoma mammario è il tumore più frequente del sesso femminile, con circa 50.000 nuovi casi registrati ogni anno in Italia. Esistono diverse varianti di carcinoma mammario. La capacità di invasione dei tessuti ci permette di distinguere i tumori in situ dai tumori infiltranti. Il tumore in situ si sviluppa all'interno delle strutture mammarie da cui origina senza diffondere ai tessuti circostanti. In questo caso, l'asportazione chirurgica completa del tumore porta generalmente alla guarigione. Il miglioramento delle tecniche diagnostiche ha notevolmente aumentato il numero di tumori in situ diagnosticati. Il tumore infiltrante si estende oltre le strutture da cui origina, infiltrando la ghiandola mammaria circostante e avendo la capacità di invadere anche i vasi linfatici ed ematici, può dare metastasi ai linfonodi e agli organi distanti. I tumori infiltranti a loro volta comprendono due forme principali: i carcinomi duttali infiltranti e i carcinomi lobulari infiltranti. Esistono altre forme invasive più rare (carcinoma tubulare, cribriforme, midollare, mucinoso, ecc.) che hanno comportamento biologicamente meno aggressivo.

Le cellule tumorali, nella maggior parte dei casi, esprimono specifici recettori a cui si legano gli ormoni estrogeno e progesterone, stimolando così la crescita e la differenziazione. I tumori che presentano recettori per estrogeno e/o progesterone possono essere efficacemente trattati con farmaci che interferiscono sulla produzione/azione ormonale (ormonoterapia).

LA DIAGNOSI

Il tumore della mammella si manifesta generalmente come un nodulo duro e non dolorante; altri segni, meno frequenti, possono essere una retrazione del capezzolo e il sanguinamento dal capezzolo. Raramente, il tumore può manifestarsi con dolore continuo alla mammella e ancora più raramente con un quadro infiammatorio caratterizzato da arrossamento cutaneo e gonfiore dell'intera mammella.

La diagnosi prevede sempre un accertamento radiologico mediante l'esecuzione di mammografia ed ecografia mammaria. Questi esami consentono in genere di identificare un tumore mammario in una fase molto precoce del suo sviluppo quando non ha ancora dato alcun sintomo. In presenza di casi dubbi o lesioni complesse, può

essere necessaria l'esecuzione della Risonanza Magnetica Nucleare con mezzo di contrasto delle mammelle. Il percorso diagnostico prosegue generalmente con l'esecuzione di un prelievo istologico (microbiopsia) al fine di giungere a una diagnosi certa. La microbiopsia, che consiste nel prelievo di una piccola porzione di tessuto appartenente alla lesione e consente di ottenere molte informazioni sulla sua natura, è diventata un esame imprescindibile nel percorso preoperatorio; si tratta di una procedura semplice, poco invasiva e viene effettuata sotto guida palpatoria, ecografica o mammografica.

Nel caso in cui gli accertamenti strumentali evidenzino un possibile coinvolgimento linfonodale, potrebbe essere opportuno eseguire un esame citologico o istologico dei linfonodi ascellari radiologicamente visibili e/o palpabili.

LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Prima dell'intervento chirurgico, la paziente sarà invitata a seguire la predegenza, che comprende l'esecuzione di esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace, visita con l'anestesista e visita con il chirurgo per la raccolta dell'anamnesi (patologie pregresse, interventi chirurgici passati, farmaci assunti). Tutti questi accertamenti vengono effettuati possibilmente in un'unica giornata e senza alcun onere economico per la paziente. La paziente verrà quindi contattata telefonicamente circa quindici giorni prima rispetto alla data prevista dell'intervento chirurgico e le verranno fornite tutte le indicazioni per un sereno svolgimento degli accertamenti previsti. Durante la visita con l'anestesista, la paziente potrà ricevere delucidazioni sul tipo di anestesia, mentre durante il colloquio con il chirurgo saranno ribadite le modalità di svolgimento dell'intervento chirurgico e le possibili complicanze ad esso legate.

In alcuni casi, se il nodulo non è palpabile, per condurre efficacemente l'intervento chirurgico, è necessaria la precisa localizzazione della lesione mammaria. Questa procedura prende il nome di centramento e può essere eseguita sotto guida ecografica o mammografica. La data, l'ora e il luogo del centramento vengono comunicati telefonicamente oppure durante la predegenza.

Laddove il programma chirurgico preveda la biopsia del linfonodo sentinella, è necessaria la linfoscintigrafia che consente, tramite la somministrazione di un tracciante debolmente radioattivo (99mTc-nanocoll), l'identificazione dell'infonodo sentinella. Anche in questo caso, la data, l'ora e il luogo della linfoscintigrafia vengono comunicati telefonicamente oppure durante la predegenza.



ASPETTI CHIRURGICI

Nella maggioranza dei casi, l'intervento chirurgico è il primo passo da compiere per la cura del tumore della mammella. Solo in casi particolari (tumori di grandi dimensioni, tumori con particolari caratteristiche istopatologiche, tumori infiammatori, tumori con metastasi linfonodali, ecc.) è preferibile eseguire in un primo momento la terapia farmacologica e solo successivamente procedere con l'intervento chirurgico.

Negli ultimi anni, grazie alla diagnosi precoce che interessa una percentuale sempre più elevata di donne, gli interventi demolitivi (mastectomia) sono stati in buona parte sostituiti dagli interventi conservativi (quadrantectomia). Elementi decisivi nella scelta del tipo di intervento sono la variante istologica, le dimensioni del tumore, il fatto che sia singolo o multiplo, la vicinanza alla pelle e al capezzolo, l'età della paziente, le dimensioni della mammella, la possibilità di sottoporre la donna a terapie complementari alla chirurgia (chemioterapia, terapia con farmaci biologici e radioterapia).

La chirurgia oncoplastica può essere definita come l'insieme delle tecniche chirurgiche che permettono di trattare radicalmente il tumore mammario mirando a ottenere anche un buon risultato estetico, utilizzando procedure che derivano dalla chirurgia plastica ed estetica della mammella. Queste tecniche sono utilizzate, dove possibile, sia negli interventi conservativi che nelle mastectomie, procedendo eventualmente anche ad interventi correttivi sulla mammella controlaterale, allo scopo di garantire la migliore simmetria possibile tra i due lati.

L'INTERVENTO CHIRURGICO

Intervento sulla mammella

In oltre il 70% dei casi, il tumore può essere rimosso in modo radicale senza la necessità di asportare l'intera mammella. Praticando un'incisione cutanea in regione periareolare o radiale centrata sul quadrante mammario infiltrato dalla neoplasia, si esegue la quadrantectomia o nodulectomia. Sono gli interventi conservativi più utilizzati, proposti in presenza di tumori di piccole e medie dimensioni, consistendo nell'asportazione del tumore con una certa quantità di tessuto sano circostante per ottenere margini liberi dalla malattia. A seguire, si pratica il rimodellamento ghiandolare, consistente in una "rotazione" della ghiandola per ripristinarne la forma iniziale. Tuttavia, soprattutto nei casi in cui la mammella sia di dimensioni ridotte, il risultato estetico sarà di una mammella più piccola rispetto a quella controlaterale.

La mastectomia totale è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione completa della ghiandola mammaria, di una losanga più o meno grande di cute, e del complesso areola-capezzolo. Durante l'intervento, verranno posizionati dei drenaggi utili a convogliare all'esterno sangue e/o siero, normalmente prodotti a seguito della procedura chirurgica. Tali dispositivi saranno rimossi nel corso dei successivi controlli ambulatoriali.

La mastectomia "nipple-sparing" (eseguibile solo in casi selezionati) prevede l'asportazione della ghiandola mammaria con la conservazione della cute sovrastante e del complesso areola-capezzolo.

Le complicanze più comuni legate all'intervento chirurgico possono comprendere:

- il sanguinamento post-operatorio, che nella stragrande maggioranza dei casi si manifesta come un ematoma che si riassorbe col tempo;
- l'infezione differita chirurgica, che si risolve con appropriata terapia antibiotica;
- ritardo di guarigione e necrosi cutanea: in caso di mastectomia nipple-sparing, può verificarsi una sofferenza cutanea del complesso areola-capezzolo, solitamente risolta con terapia conservativa.

Ricostruzione della mammella

Nei casi in cui la cura della malattia richieda l'asportazione totale della mammella, è oggi possibile procedere ad interventi di ricostruzione. È chiaro che in nessun modo si potrà riavere una mammella uguale a quella asportata, sebbene oggi la chirurgia permetta di ottenere sia il ripristino del volume che una buona forma della mammella ricostruita.

Quando è necessario eseguire la mastectomia, la ricostruzione mammaria può essere proposta con diverse modalità: utilizzando protesi definitive o provvisorie oppure tessuti muscolari o cutanei della paziente stessa.

La ricostruzione protesica può essere eseguita in contemporanea alla mastectomia (immediata) o a distanza di mesi (differita). Se si decide di eseguire una ricostruzione immediata, si inserisce una protesi definitiva sotto il muscolo gran pettorale o in sede sotto-cutanea, senza l'interposizione di una matrice dermica. Se si opta per una ricostruzione differita, si inserisce un espansore mammario in una "tasca protesica" allestita sotto il muscolo gran pettorale. L'espansore, gonfiato gradualmente con soluzione fisiologica dal chirurgo, ha il compito di creare lo spazio necessario e viene poi sostituito a distanza di alcuni mesi con una protesi mammaria definitiva.

Tutte le protesi attualmente disponibili hanno un involucro esterno di silicone, mentre l'interno è costituito da silicone gel. Gli studi condotti finora hanno dimostrato che non vi sono correlazioni tra le protesi di silicone e le malattie autoimmunitarie, né tantomeno un rischio oncologico.

La ricostruzione con lembi muscolari utilizza una parte dei tessuti della paziente che vengono "trasferiti" dalla regione addominale (lembo addominale D.I.E.P. o TRAM) o dalla regione dorsale (lembo di gran dorsale) alla mammella. Può essere eseguita contestualmente all'asportazione della mammella o dopo vari mesi. Anche durante gli interventi ricostruttivi, vengono posizionati dei drenaggi utili a convogliare all'esterno sangue e/o siero che potrebbero accumularsi. Tali dispositivi saranno rimossi nel corso dei successivi controlli ambulatoriali.

CORREZIONI E RICOSTRUZIONE

Se la mammella ricostruita risulta notevolmente diversa da quella sana, può essere indicata una correzione della mammella controlaterale per ottenere una migliore simmetria. In particolare, se la mammella sana risulta significativamente più grande di quella operata per la neoplasia, può essere ridotta di dimensioni tramite un intervento di mastoplastica riduttiva. Se invece la mammella sana risulta più piccola, è possibile eseguire un intervento di mastoplastica additiva, utilizzando una protesi additiva. Inoltre, la simmetrizzazione può avvenire anche con una mastopessi.

Nel caso in cui venga asportato il complesso areola-capezzolo, può essere effettuata una sua ricostruzione specifica in anestesia locale qualche mese dopo la simmetrizzazione mammaria definitiva. Per l'areola, si utilizza la tecnica del tatuaggio, mentre per il capezzolo si può impiegare un piccolo lembo di tessuto cutaneo locale.

Le complicanze più comuni della ricostruzione possono comprendere:

- il sanguinamento post-operatorio, generalmente controllato mediante medicazione compressiva. In casi limitati, potrebbe richiedere un reintervento chirurgico;
- l'infezione della ferita chirurgica, trattata inizialmente con terapia antibiotica appropriata, ma se si estende alla protesi, potrebbe comportare la necessità di rimuovere temporaneamente la protesi stessa;
- la retrazione della ferita chirurgica dovuta alla formazione di una capsula cicatriziale periprotetica; tale complicanza può essere trattata con il lipofilling, ma talora può rendere necessaria la sostituzione della protesi.

Ricordati di:

- essere a digiuno dalla mezzanotte, inclusi i liquidi (compresa l'acqua)
- fare una doccia completa (anche di capelli) la sera prima o la mattina dell'intervento
- effettuare un'accurata depilazione ascellare con ceretta 24-48 ore prima del ricovero. Se non sei abituata all'utilizzo della ceretta, puoi usare una crema depilatoria, facendo una prova su un'altra parte del corpo.
- evitare l'uso di cosmetici, gel o smalto per le unghie
- non portare o indossare oggetti di valore per evitare spiacevoli furti in reparto

Nell'organizzare il tuo ricovero, non dimenticare di portare con te:

- carta d'identità e tessera sanitaria
- impegnativa con dicitura: RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO
- lista accurata dei farmaci abitualmente assunti a domicilio compilata dal tuo medico di base, specificando il nome del farmaco, il dosaggio e il numero di somministrazioni quotidiane
- tutta la documentazione clinica e diagnostica (lettere di dimissione, precedenti cartelle cliniche, esami radiologici con relative immagini, referti di visite, ecc.)
- reggiseno rigorosamente senza ferretti con apertura anteriore (gancetti o cerniera) e con coppe della tua misura che contengano tutta la mammella; acquistabile presso negozi di articoli sanitari specializzati in abbigliamento sportivo o intimo. Questo dispositivo fornisce un adeguato sostegno al seno e aiuta la cicatrizzazione nel periodo post-operatorio
- pigiama con apertura anteriore
- mutandine di cotone

DOPO IL RICOVERO

Medicazioni chirurgiche

La paziente sarà attesa presso l'ambulatorio per le medicazioni chirurgiche la settimana successiva all'intervento. Durante la medicazione, il chirurgo valuterà il regolare svolgimento del decorso postoperatorio e lo stato di guarigione della ferita chirurgica. In questa occasione, verrà valutata anche la rimozione degli eventuali drenaggi presenti.

Consegna dell'esame istologico

Avverrà circa 20 giorni dopo l'esecuzione dell'intervento chirurgico, e il medico descriverà in maniera accurata il futuro iter terapeutico, basandosi sulle decisioni del meeting multidisciplinare.

DOPO LE TERAPIE

Controllo periodico

Terminato il trattamento chirurgico e l'eventuale trattamento radioterapico e/o chemioterapico, la paziente continuerà ad essere seguita con controlli periodici (il cosiddetto follow-up), che possono avere una cadenza variabile a seconda dei protocolli seguiti dai diversi centri oncologici e chirurgici. Di solito, sono previsti, con cadenza annuale, almeno una visita medica, l'esecuzione degli esami del sangue (compreso il dosaggio dei marcatori tumorali) e lo studio radiologico della mammella residua e di quella controlaterale con ecografia e mammografia ("esame clinico-strumentale delle mammelle"). Altri esami, come la radiografia del torace, l'ecografia epatica, la scintigrafia ossea o la TC toraco-addominale, vengono programmati a discrezione del medico in relazione all'insorgenza di particolari sintomi.

Nel caso di presenza di protesi mammarie, è altrettanto importante il controllo radiologico annuale (effettuato tramite ecografia o, in casi particolari, tramite risonanza magnetica) al fine di valutare anche l'integrità delle protesi stesse.

Consigli pratici:

- Mantenere un adeguato peso corporeo
- Prediligere una dieta ricca di frutta fresca, verdura ed olio extravergine d'oliva
- Svolgere un'attività fisica costante e regolare
- Limitare il consumo di alcol
- Evitare di fumare
- Riprendere appena possibile, secondo le indicazioni fornite dal medico, la normale attività lavorativa e sociale.

Dopo l'intervento, alcune precauzioni sono necessarie per garantire una pronta ripresa e un recupero efficace. Le donne che hanno subito chirurgia al seno possono pianificare il ritorno a una vita quasi normale, facendo attenzione a:

- Evitare trasfusioni, iniezioni o misurazioni della pressione dal lato operato in caso di svuotamento ascellare.
- Evitare di sollevare oggetti pesanti o compiere sforzi prolungati, come stirare o sollevare pesi.
- Prestare attenzione a sbalzi termici e all'esposizione diretta ai raggi solari, specialmente durante il trattamento radioterapico.
- Indossare un reggiseno post-operatorio senza ferretti per almeno 30 giorni dopo l'intervento.

- Evitare di guidare per i primi 15 giorni dopo l'intervento.
- Mobilizzare gradualmente le braccia senza sforzi eccessivi, iniziando dalla prima medicazione post-operatoria.
- Nel caso di drenaggi, seguire le indicazioni fornite alla dimissione, registrando quotidianamente il volume del drenaggio.

Per le donne che hanno subito interventi di ricostruzione con protesi o lembo muscolare:

- Assoluto riposo per almeno 15 giorni, incluso il lavoro domestico.
- Evitare il contatto ravvicinato con animali domestici.
- Riprendere le normali attività quotidiane solo su indicazione del chirurgo.

Se l'intervento ha coinvolto lo svuotamento linfonodale ascellare, ulteriori precauzioni possono essere necessarie.

Per evitare il rischio di rigidità della spalla e prevenire complicanze legate all'asportazione dei linfonodi ascellari, diventa necessario seguire un trattamento riabilitativo mirato. Di seguito, ti presento alcuni semplici esercizi da eseguire quotidianamente dal momento della rimozione dei drenaggi, per almeno 1 mese o fino a quando l'escursione articolare del braccio torna alla normalità:

1. ****Rotazioni della spalla:****

- Stai in piedi con i piedi alla larghezza delle spalle.
- Lentamente, ruota la spalla col braccio teso in senso orario e antiorario.
- Ripeti questo movimento per 10-15 volte in entrambe le direzioni.

2. ****Sollevamento laterale:****

- Con un braccio alla volta, solleva lateralmente il braccio fino a quando è parallelo al pavimento.
- Rallenta il movimento durante la discesa.
- Esegui 2 serie di 10-12 ripetizioni per ciascun braccio.

3. ****Flessioni ed estensioni del gomito:****

- Pieghi lentamente il gomito e poi estendi completamente il braccio.
- Ripeti questo movimento per 15-20 volte su ciascun braccio.

4. ****Rotazione del polso:****

- Fai ruotare il polso in senso orario e antiorario.
- Ripeti il movimento per 10-15 volte in entrambe le direzioni.

5. ****Esercizi di apertura e chiusura delle mani:****

- Apri e chiudi le mani lentamente e completamente.
- Ripeti questo movimento per 15-20 volte.

6. ****Stretching della zona ascellare:****

- Con il braccio sollevato sopra la testa, piega il gomito e con l'altro braccio spingi dolcemente sulla zona ascellare per allungare i tessuti.
- Mantieni la posizione per 20-30 secondi e ripeti 3-5 volte su ciascun braccio.

Ricorda di eseguire questi esercizi con gradualità e attenzione, evitando movimenti bruschi. Inoltre, consulta sempre il tuo fisioterapista o il medico prima di iniziare qualsiasi programma di riabilitazione.



Esercizio di Apertura e Chiusura delle Mani:

1. ****Posizione Iniziale:****

- Seduto o in piedi con la schiena dritta, porta le mani davanti al petto con i gomiti leggermente piegati.

2. ****Apertura delle Mani:****

- Distendi lentamente le dita in modo da aprire completamente le mani.
- Mantieni le dita ben distese senza forzare e senti l'allungamento dei muscoli delle mani e degli avambracci.
- Mantieni questa posizione per 5-10 secondi.

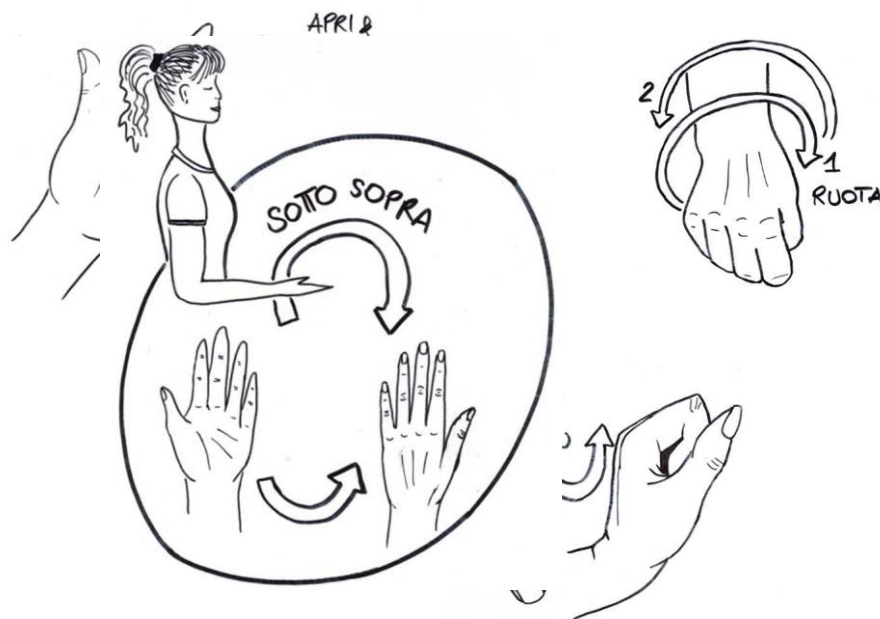
3. ****Chiusura a Pugno:****

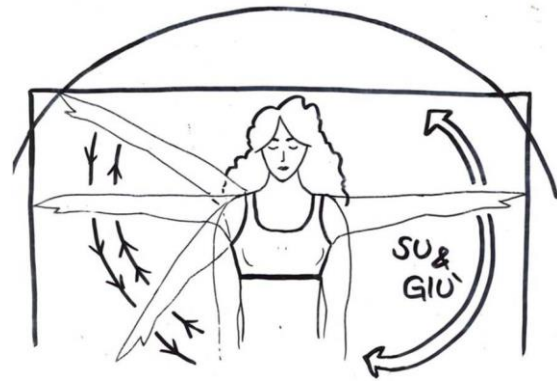
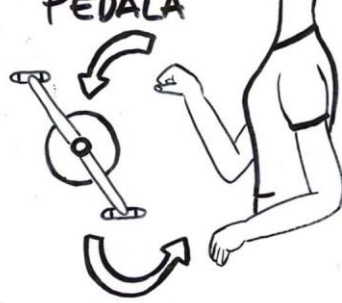
- Dopo l'apertura completa delle mani, inizia a chiudere le dita formando un pugno.
- Contrai i muscoli delle mani e degli avambracci durante la chiusura.
- Mantieni la posizione a pugno per 5-10 secondi.

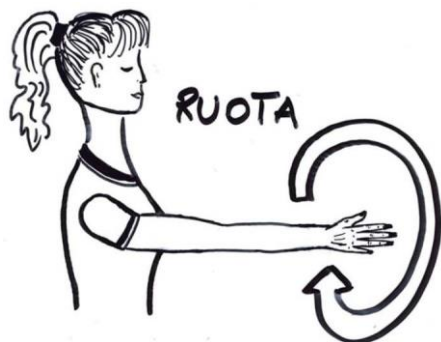
4. ****Ripetizione:****

- Ripeti il movimento di apertura e chiusura delle mani per 5-10 volte.

Questo esercizio è ottimo per migliorare la flessibilità e la forza delle mani, ed è particolarmente benefico dopo interventi chirurgici o per prevenire rigidità muscolare.







DOMANDE E RISPOSTE POST-INTERVENTO CHIRURGICO

1. ****Ho paura di muovere il braccio. È meglio tenerlo fermo?***

- No, è consigliabile muovere il braccio anche se l'estensione dei movimenti non deve essere eccessiva. Muoverlo contribuisce a prevenire il dolore e favorisce il recupero delle normali attività quotidiane.

2. ****Perché avverto dei "cordoncini" sotto l'ascella dopo l'intervento?***

- Questi "cordoncini" sono noti come axillary web syndrome o linfosclerosi. Non devono spaventare e puoi eseguire esercizi per allungarli gradualmente. Muovi il braccio senza forzare, contribuirà a ridurre la sensazione di tensione.

3. ****Ho un fastidioso gonfiore sotto l'ascella. È normale?***

- Dopo la rimozione del drenaggio, potrebbe essere necessario aspirare siero/linfa che si forma sotto l'ascella. Questo non impedisce i movimenti del braccio. Il movimento aiuta a ripristinare la circolazione linfatica e ridurre il fastidio.

4. ****Non ho sensibilità sotto l'ascella o nel braccio. Tornerà normale?***

- La mancanza di sensibilità potrebbe essere dovuta alla lesione di nervi durante l'intervento. Spesso, i sintomi diminuiscono nel tempo. Attività come il rilassamento e la respirazione possono aiutare a ridurre la sintomatologia.

5. ****Sento la cicatrice tirare quando alzo il braccio. Cosa posso fare?***

- Dopo la rimozione dei punti, trattare la cicatrice con creme elasticizzanti può essere utile. Massaggia delicatamente la cicatrice per ammorbidirla. In caso di aderenze profonde, la fisioterapia specializzata può essere consigliata.

6. ****Non riesco ad alzare il braccio come l'altro. Cosa fare?***

- La lesione di un nervo durante l'intervento potrebbe essere la causa. La rieducazione posturale e esercizi specifici possono essere utili. La consultazione con un fisioterapista è consigliata.

7. ****Il braccio è gonfio. Si risolverà da solo?***

- La circolazione linfatica rallenta dopo la rimozione dei linfonodi, causando gonfiore. Il linfedema può essere gestito con terapie tempestive. La consultazione con il chirurgo o fisioterapisti specializzati è consigliata.

8. ****Dopo lo svuotamento ascellare, devo prendere precauzioni?***

- Evita la somministrazione di farmaci endovenosi o prelievi ematici sul braccio interessato dopo lo svuotamento ascellare.

9. ****Sono comparse delle chiazze rosse sul braccio. Cosa fare?***

- Potrebbe essere dovuto a processi infiammatori/infettivi. Consulta il medico per una terapia farmacologica tempestiva