

E SE MI RICHIAMANO... DOPO LA MAMMOGRAFIA?

Informazioni sui percorsi
di trattamento
chirurgico e di cura



PROGRAMMA REGIONALE PER LA
PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI

Coordinamento editoriale e di redazione:

Marta Fin, Alba Carola Finarelli, Carlo Naldoni, Priscilla Sassoli de' Bianchi

Redazione testi:

Gianni Saguatti, Debora Canuti, Mario Taffurelli, Claudio Zamagni, Giovanni Frezza

Grafica: Tracce, Modena

3° ristampa aggiornata: aprile 2014

Questa pubblicazione è rivolta alle donne che hanno la necessità di seguire un percorso di cura, dopo aver effettuato approfondimenti diagnostici che hanno evidenziato la possibile presenza di un tumore della mammella.

Lo specialista senologo e lo specialista oncologo dei Centri screening sono a disposizione delle donne per fornire tutte le spiegazioni necessarie, per chiarire dubbi, e soprattutto per valutare assieme i trattamenti chirurgici e di cura necessari.

Tuttavia, avere informazioni sul tipo di esami effettuati, sulle diverse tecniche di chirurgia da utilizzare in relazione al tipo di lesione tumorale individuata, sui percorsi di cura dopo gli interventi chirurgici, può essere utile alla donna per conoscere meglio la propria situazione e per intervenire in modo attivo al momento delle scelte.

Il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella prevede che tutte le fasi diagnostiche, le eventuali cure e i successivi controlli siano gratuiti.

Una volta terminato il percorso di diagnosi (che in genere termina con una biopsia), alla donna viene proposto un percorso di cura.

CHE COSA È LA BIOPSIA?

È un prelievo del tessuto corrispondente alla lesione individuata per la successiva analisi istologica. Tradizionalmente la biopsia mammaria si effettua chirurgicamente con la asportazione di una piccola porzione di tessuto, comunque sufficiente alla diagnosi. Oggi sono disponibili altri sistemi (si tratta di microbiopsia, descritta nel punto 4.4 dell'opuscolo "E se mi richiamano dopo una mammografia? Informazioni sul percorso diagnostico e di cura") che consentono di non ricorrere alla chirurgia per prelevare frammenti di tessuto:

- per le lesioni palpabili si usano aghi un poco più grossi di quelli utilizzati per l'esame citologico;
- per le lesioni molto piccole e non palpabili si utilizzano strumentazioni tecnologicamente avanzate che, sotto guida radiografica o ecografica, consentono di prelevare il tessuto necessario per l'esame istologico con precisione millimetrica.

Il prelievo è eseguito in ambulatorio, in anestesia locale e quindi in modo indolore. Tali metodiche permettono, durante lo stesso esame, di localizzare con precisione la lesione inserendo reperi (sostanze o materiali come traccia di carbone, sonde uncinatate, microclip metalliche, ovuli di gel) particolarmente utili per gli eventuali accertamenti chirurgici successivi. Una delle più recenti metodiche di localizzazione è la R.O.L.L. (Radio-guided Occult Lesion Localization, cioè localizzazione radioguidata delle lesioni occulte). La R.O.L.L. può essere eseguita in Centri che hanno a disposizione un'Unità operativa di medicina nucleare in quanto comporta l'iniezione locale di una sostanza radioattiva, anche se del tutto innocua, che può poi essere rilevata da un'apposita sonda. Le complicanze dovute ad una biopsia sono assolutamente rare: talora può presentarsi un modesto dolore nella sede del prelievo che può persistere per alcune ore, per il quale generalmente non è necessaria alcuna terapia.

In alcuni casi può formarsi un ematoma, per il quale non è richiesta alcuna terapia.

QUALE CHIRURGIA?

Negli ultimi anni la chirurgia è diventata sempre più specialistica, consentendo interventi più conservativi e, grazie alle nuove tecniche, con risultati estetici sempre migliori, con evidenti risvolti positivi sul piano fisico e psicologico per la donna.

Nella maggioranza dei casi, poiché le indagini diagnostiche effettuate (dalla mammografia di screening agli accertamenti successivi) permettono di diagnosticare la presenza di un eventuale tumore anche quando è ancora di dimensioni molto ridotte e/o non apprezzabile alla palpazione, l'intervento chirurgico non sarà esteso a tutta la mammella (mastectomia), ma a porzioni ridotte di essa (intervento chirurgico conservativo). L'intervento chirurgico conservativo consiste nell'asportazione del settore della mammella in cui è localizzato il tumore. Questo intervento (quadrantectomia, ma normalmente è meno di un quadrante intero), come documenta la letteratura scientifica, nei tumori in stadio iniziale, è efficace, associato alla radioterapia postoperatoria, nel controllo della malattia come un intervento di mastectomia.

Nei pochi casi in cui la localizzazione o la dimensione del tumore rendono necessaria una mastectomia, è possibile eseguire una ricostruzione immediata della mammella asportata durante lo stesso intervento chirurgico con esiti in genere molto buoni se eseguiti da chirurghi qualificati ed esperti. Durante l'intervento chirurgico di quadrantectomia o di mastectomia viene asportato dall'ascella anche un linfonodo (linfonodo sentinella). Il linfonodo sentinella è il linfonodo ascellare ove è più probabile trovare cellule tumorali provenienti dal tumore della mammella di quel lato. Se questo linfonodo risulterà all'esame istologico negativo (ovvero senza cellule tumorali) tutti gli altri linfonodi potranno essere lasciati al loro posto nel cavo ascellare con grandi vantaggi per la funzione del braccio che non andrà incontro soprattutto a gonfiori (linfedema, comunque raro), dolori, zone di non sensibilità sulla pelle, negli anni successivi all'intervento.

Se invece il linfonodo sentinella risulterà contenere cellule tumorali, o se questa informazione è già presente prima dell'intervento (i linfonodi aumentano di volume e di consistenza, diventano duri, poco mobili, o sono stati rilevati con certezza con esami specialistici, ad esempio ecografia), occorrerà togliere tutti i linfonodi del cavo ascellare. Sono in corso studi per cercare di comprendere quali donne pur avendo il linfonodo sentinella positivo possono evitare di togliere tutti i linfonodi del cavo ascellare.

La tecnica del linfonodo sentinella è diventata oggi di uso corrente perché si è dimostrata assolutamente sicura nell'informare sullo stato reale delle ghiandole ascellari (malate o non malate, ovvero interessate o no dal tumore) evitando, come succedeva solo pochi anni fa, l'asportazione di tutti i linfonodi a tutte le donne.

L'informazione sullo stato reale dei linfonodi del cavo ascellare (malati o sani) è particolarmente utile per l'oncologo medico e il radioterapista oncologo per le successive terapie a cui la donna dovrà essere sottoposta.

In alcuni casi particolari, ben identificati, le attuali conoscenze scientifiche indicano di effettuare, prima dell'intervento chirurgico, un trattamento chemioterapico, definito "neoadiuvante", al fine di ridurre la dimensione del tumore e di rendere possibile un intervento conservativo laddove si sarebbe potuto eseguire solo una mastectomia.

CHE COSA SI DEVE FARE DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO?

Dopo un intervento chirurgico di quadrantectomia, la donna dovrà sempre effettuare un trattamento di radioterapia sulla mammella operata. Questo trattamento è necessario per eliminare i piccolissimi focolai (microfocolai) eventualmente presenti nelle altre parti della mammella, lontano dalla lesione tumorale principale trattata chirurgicamente.

Per una valutazione complessiva della situazione e per valutare la eventuale necessità di terapie successive all'intervento chirurgico, la donna viene indirizzata all'oncologo dell'Unità operativa oncologica di riferimento.

L'oncologo valuta tutti gli esami ed i referti istologici verificando le dimensioni del tumore asportato, l'interessamento o meno dei linfonodi, i parametri biologici della neoplasia (recettori ormonali ed altri marcatori) molto importanti per comprendere l'aggressività del tumore e fondamentali per decidere le successive terapie, eventuali metastasi presenti (stadiazione: ovvero la classificazione del tumore per la terapia medica conseguente).

Dopo la visita specialistica, l'oncologo propone il percorso terapeutico più idoneo alla specifica situazione. La decisione viene assunta in accordo e con il pieno consenso della donna.

Il raggiungimento della piena guarigione può richiedere o meno trattamenti chemioterapico, ormonoterapico, immunoterapico.

In una fase difficile come la malattia oncologica è molto importante per la donna avere un contesto di relazioni umane che possano aiutarla ad affrontare meglio il percorso di cura. In alcune realtà sono attivi gruppi di “auto aiuto” con la presenza di psicologi dedicati. Gli operatori sanitari dei Centri screening partecipano a questi gruppi e sono comunque a disposizione della donna per fornire le informazioni necessarie.

In tutti i Centri screening sono disponibili, per un pieno recupero fisico, le opportune possibilità di assistenza per la riabilitazione fisica delle donne che hanno subito un trattamento chirurgico: prevenzione del linfedema al braccio del lato operato ed eventualmente degli effetti collaterali delle terapie utilizzate.

CHE COSA È LA RADIOTERAPIA?

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia (generalmente fotoni gamma – telecobaltoterapia – o fotoni X) precisamente localizzate (attraverso un apparecchio collimatore) per eliminare le cellule tumorali e danneggiare il meno possibile i tessuti sani circostanti.

La radioterapia eseguita sulla mammella operata con intervento di quadrantectomia ha lo scopo di ridurre al minimo il rischio di recidive locali, ossia delle riprese del tumore dovute ad eventuali microscopici focolai tumorali presenti nella ghiandola mammaria. L'irradiazione del tessuto mammario avviene, di norma, entro 12 settimane dall'intervento chirurgico per le donne che non debbano eseguire chemioterapia. Per queste ultime, la radioterapia può essere effettuata al termine della chemioterapia, dato che la concomitanza di chemioterapia e radioterapia può aumentare il rischio di effetti collaterali. Le sedute radioterapiche si svolgono in ambulatorio e si concludono generalmente in 30-40 giorni: una seduta al giorno per cinque giorni alla settimana.

Ogni seduta ha la durata di qualche minuto ed è assolutamente indolore.

La radioterapia è di solito ben tollerata; può causare a volte un temporaneo arrossamento cutaneo (dermatite da raggi) che si risolve dopo qualche settimana e che viene trattato con pomate apposite.

In caso di dermatite da raggi è opportuno che la donna eviti esposizioni al sole o a lampade, detersivi aggressivi sulla pelle, profumi alcolici e indumenti stretti.

Il radioterapista fornisce le indicazioni necessarie per risolvere questo problema.

CHE COSA SONO LA CHEMIOTERAPIA, LA TERAPIA ORMONALE E LA TERAPIA ANTI HER-2?

La terapia medica si avvale di tre tipi di trattamento: la chemioterapia, la terapia ormonale e la terapia anti HER-2 (HER-2 è un marcatore biologico del tumore che, come gli altri, serve a verificare il grado di aggressività del tumore e la sua probabilità di rispondere alla terapia medica prevista dai protocolli clinici: vedi il capitolo relativo). La decisione sull'opportunità o meno di effettuare una terapia medica è assunta dallo specialista oncologo, assieme alla donna interessata, dopo la valutazione dei fattori che hanno portato alla prognosi e alla previsione di risposta alle terapie (fattori prognostici e fattori predittivi).

Essi riguardano principalmente:

- la dimensione del tumore;
- lo stato linfonodale (cioè se la malattia è estesa ad alcuni linfonodi ascellari);
- lo stato recettoriale (cioè se le cellule tumorali presentano recettori per gli ormoni femminili);
- lo stato del recettore HER-2 (cioè se le cellule tumorali presentano il recettore HER-2);
- il grado di differenziazione del tumore;
- la cinetica cellulare (cioè la velocità di moltiplicazione delle cellule);
- lo stato di salute generale della donna.

QUANDO È INDICATA LA CHEMIOTERAPIA?

La chemioterapia è spesso consigliabile in caso di malattia estesa ai linfonodi ascellari, mentre, nei casi con cavo ascellare libero, si procede alla valutazione di tutte le altre caratteristiche del tumore.

I farmaci disponibili per la chemioterapia sono numerosi: l'oncologo valuta la combinazione di farmaci (regime chemioterapico) più appropriata per ogni donna.

Per la somministrazione dei farmaci viene elaborato un "piano di trattamento" che prevede diversi cicli, il cui numero totale dipende dal tipo di tumore e dai tipi di farmaci somministrati.

Tra un ciclo ed il successivo è previsto un intervallo di qualche settimana per consentire all'organismo di smaltire gli eventuali effetti collaterali della chemioterapia (ad esempio,

eventuale riduzione dei globuli bianchi, disturbi gastrointestinali), strettamente legati al trattamento, e che, nella maggioranza dei casi, si risolvono completamente al termine del trattamento. Talora è necessario utilizzare chemioterapici che provocano la perdita dei capelli, che comunque ricresceranno al termine della chemioterapia.

Lo specialista oncologo è comunque disponibile per affrontare insieme alla donna i problemi che eventualmente insorgono durante la chemioterapia.

QUANDO È INDICATA LA TERAPIA ORMONALE?

L'ormonoterapia è consigliata per le donne il cui tumore è influenzato dagli ormoni, in particolare dagli estrogeni. Si ritiene infatti che gli estrogeni siano coinvolti nell'insorgenza e nello sviluppo di almeno un terzo dei tumori alla mammella. La terapia ormonale ha la funzione di contrastare la proliferazione e la sopravvivenza di cellule tumorali favorita dagli ormoni estrogeni.

QUANDO È INDICATA LA TERAPIA ANTI HER-2 (anticorpale)?

L'anticorpo è stato costruito per legarsi specificamente al recettore HER-2. È un farmaco che si somministra per via endovenosa ed è utile solo in quei casi di tumore della mammella (che sono il 15-20% circa) che hanno il recettore di HER-2 sulla loro superficie: bloccando questo recettore si ostacola potentemente la proliferazione delle cellule tumorali. È un farmaco molto ben tollerato, che richiede però il controllo regolare della funzione del cuore, che l'oncologo avrà cura di programmare.

I CONTROLLI SUCCESSIVI

Ogni donna, in ogni caso, è invitata ad eseguire periodicamente controlli programmati, specifici e mirati (follow-up) presso le Unità di oncologia o lo stesso Centro screening. Si definisce "follow-up" l'insieme degli accertamenti clinici e degli esami programmati dopo il trattamento del tumore per la verifica dello stato di salute complessivo della donna. Il "follow-up" viene proposto attivamente e gestito dall'Unità di Oncologia o dallo stesso Centro screening e viene registrato nella cartella clinica personale.

A large rectangular area with a light yellow background, enclosed by a double-line red border. Inside, there are 25 horizontal red lines, providing a space for writing or drawing.

A large rectangular area with a light yellow background and a dark red border, containing horizontal red lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the rectangle.



PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI