

TUMORE DELLA MAMMELLA: UNA RISPOSTA ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI DELLA PAZIENTE.

Collana “per saperne di più”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Dott. GIUSEPPE CANAVESE
Medico Chirurgo

Nato a Tortona (AL) il 29/09/1949.

Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi
di Torino nel luglio 1974.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico chirurgica
nel 1975.

Specializzazione in Oncologia
Clinica presso l'Università degli
Studi di Torino nel 1977.

Specializzazione in Chirurgia
Plastica presso l'Università degli
Studi di Torino nel 1980.

Specializzazione in Chirurgia
Generale presso l'Università degli
Studi di Genova nel 1985.

Responsabile S.S. Senologia
Chirurgica avanzata dell'IRCSS
Azienda Ospedaliera
Universitaria San Martino / IST
Istituto Nazionale per la Ricerca
sul Cancro - Genova.

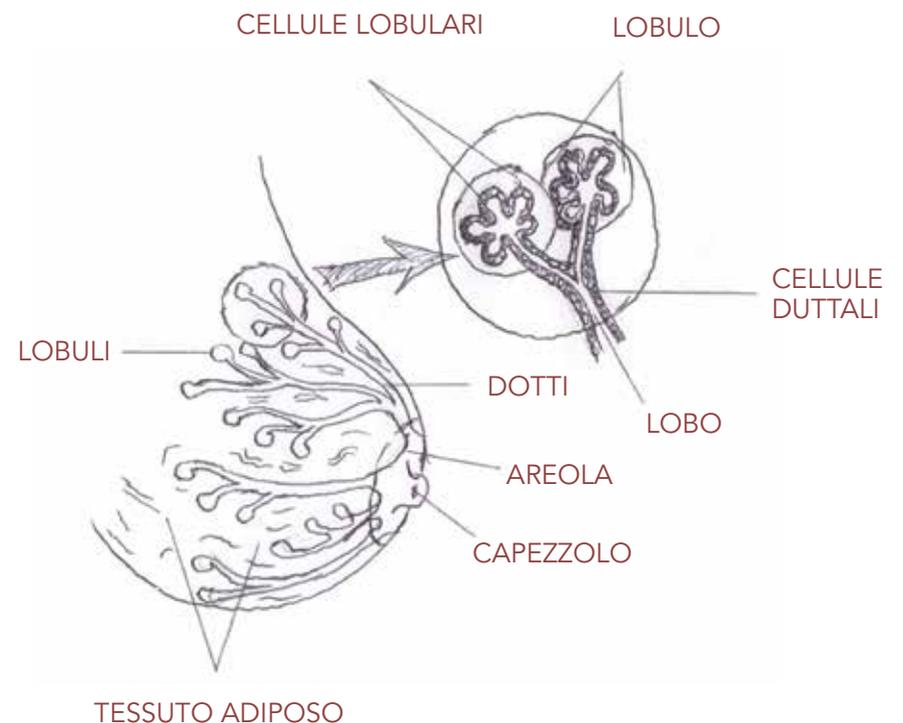
Giuseppe Canavese garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Tumore della mammella: una risposta alle domande più frequenti della Paziente".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

COS'È LA MAMMELLA?

La mammella è una ghiandola esocrina, la cui funzione è quella di produrre il latte. In condizioni fisiologiche questa attività si manifesta solo nel periodo post partum.

La ghiandola mammaria è tubulo-alveolare, composta da 15-20 lobi immersi in tessuto adiposo e sepimentati da lamine connettivali. Ogni lobo, a sua volta composto da numerosi lobuli, fa capo a un proprio dotto escretore o galattoforo, che all'interno del lobo stesso si divide più volte dicotomicamente nei dotti lobulari.



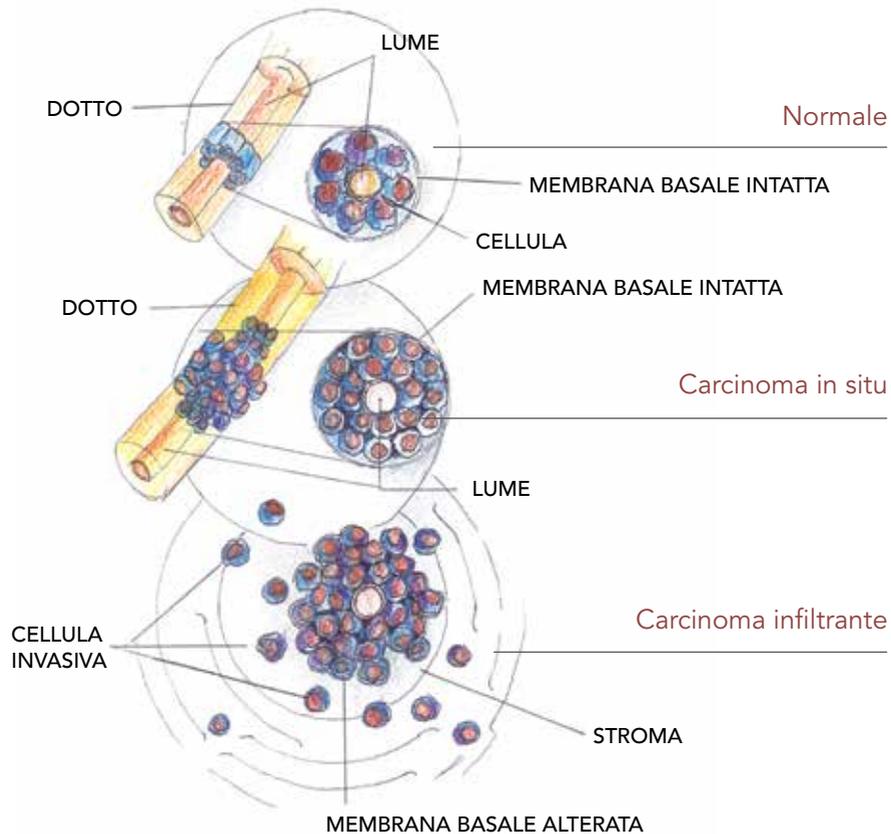
COS'È IL TUMORE DELLA MAMMELLA?

È una neoplasia che deriva dalla componente ghiandolare. Il tipo più comune origina dalle cellule che rivestono i dotti ed è chiamato "duttale"; il secondo, in ordine di frequenza, deriva dai lobuli e si definisce "lobulare".

Entrambi possono essere distinti in forme non invasive (o "in situ") o invasive (infiltranti), dotate cioè di potenziale metastatico.

Nelle forme infiltranti, le cellule neoplastiche hanno la capacità di migrare per via linfatica e/o ematica verso altre sedi anatomiche: es. linfonodi loco-regionali, organi a distanza (ossa, fegato, polmoni).

Evoluzione del carcinoma mammario



QUANTO È FREQUENTE?

È la neoplasia più frequente nel sesso femminile: una donna su dieci corre il rischio di sviluppare un tumore al seno nell'arco della propria vita.

QUALI SONO I SINTOMI?

Sebbene il carcinoma mammario in stadio iniziale sia di norma asintomatico, è importante che la donna consulti il proprio Medico qualora avverta sintomi sospetti quali:

- modificazioni dell'aspetto (di forma, dimensioni) della mammella e del capezzolo (es. retrazione cutanea e/o del capezzolo);
- comparsa di uno o più noduli o di edemi o ulcerazioni o infossamenti a carico della mammella o del cavo ascellare;
- presenza di secrezione spontanea o provocata del capezzolo.

Anche se questa sintomatologia non è sempre indicativa di malignità, è importante sottoporsi a una visita medica.

Il dolore al seno non è in genere sintomo di malattia.

ESISTONO DEI FATTORI DI RISCHIO?

Pur esistendo fattori di rischio noti in circa il 70% dei casi, il tumore al seno si manifesta anche in donne che non hanno particolari predisposizioni.

Fattori di rischio sono: età precoce alla prima mestruazione e tardiva alla menopausa, nulliparità o prima gravidanza dopo i 30 anni, allattamento al seno scarso o assente, familiarità o alterazione genetica in famiglia.

COME SI FA DIAGNOSI?

La diagnosi precoce comporta un'elevatissima probabilità di guarigione, con l'utilizzo di terapie di minima aggressività.

La mammografia, che si basa sull'impiego dei raggi X, è utile per scoprire noduli, microcalcificazioni o altri segni indiretti della neoplasia; in genere si esegue dopo i 40 anni.

L'ecografia, che utilizza ultrasuoni, è utile in Pazienti con mammelle dense, ricche di componente ghiandolare, per rilevare la presenza di un nodulo, definendone consistenza e natura.

La risonanza magnetica (RM) è indicata a completamento dei precedenti esami, quando esista un dubbio di multicentricità, oppure nelle donne con un rischio familiare alto o portatrici di protesi o sottoposte in precedenza a chirurgia mammaria.

Qualora con gli esami strumentali si evidenzino neoformazioni sospette è necessario procedere a una biopsia, per accertarne la natura.



CHE COS'È LO "STADIO"?

La pianificazione terapeutica al momento della diagnosi si diversifica in relazione allo stadio di malattia e alle sue caratteristiche biologiche.

Il tumore della mammella viene classificato in cinque stadi:

stadio 0 - carcinoma in situ

stadio I - neoplasia con diametro inferiore ai 2 cm, senza coinvolgimento dei linfonodi regionali

stadio II - neoplasia con diametro inferiore ai 2 cm, che ha già coinvolto i linfonodi regionali, oppure un tumore maggiore di 2 cm, senza coinvolgimento linfonodale

stadio III - tumore localmente avanzato

stadio IV - tumore che ha metastatizzato a distanza

QUALI SONO LE POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO?

Si utilizzano terapie locali e/o sistemiche; in molti casi il trattamento prevede la combinazione di più terapie.

La chirurgia e la radioterapia sono terapie locali che possono combattere la malattia solo nelle aree specifiche in cui sono applicate. La chemioterapia, la terapia ormonale e la terapia biologica sono invece terapie sistemiche che distruggono il tumore in tutto l'organismo.

Alcune Pazienti sono trattate con terapia sistemica per ridurre il tumore prima dell'intervento chirurgico. In altre, la terapia sistemica viene proposta dopo la chirurgia a scopo precauzionale per ridurre il rischio di ricaduta. I trattamenti sistemici sono indicati anche nel caso in cui vi siano metastasi a distanza.

QUALE TIPO DI INTERVENTO È INDICATO?

È POSSIBILE UN INTERVENTO CONSERVATIVO?

La chirurgia è l'arma più efficace in caso di tumore al seno, cui si ricorre indipendentemente dallo stadio per rimuovere il tessuto malato.

La scelta tra intervento conservativo seguito da radioterapia e intervento demolitivo (mastectomia totale) dipende da molti fattori quali estensione, caratteristiche e sede del tumore, volume della mammella, preferenze della Paziente e sue condizioni nei confronti di una radioterapia.

La chirurgia conservativa, ovvero la quadrantectomia o tumorectomia allargata, comporta l'asportazione del tumore con un po' di tessuto sano circostante; salva così l'integrità del seno; deve sempre essere associata a radioterapia.

NEL CASO DI INTERVENTO DEMOLITIVO È CONSIGLIABILE UNA RICOSTRUZIONE?

Dopo un intervento di mastectomia totale, molte Pazienti optano per una ricostruzione che può essere eseguita contemporaneamente all'intervento o differita in una fase successiva.

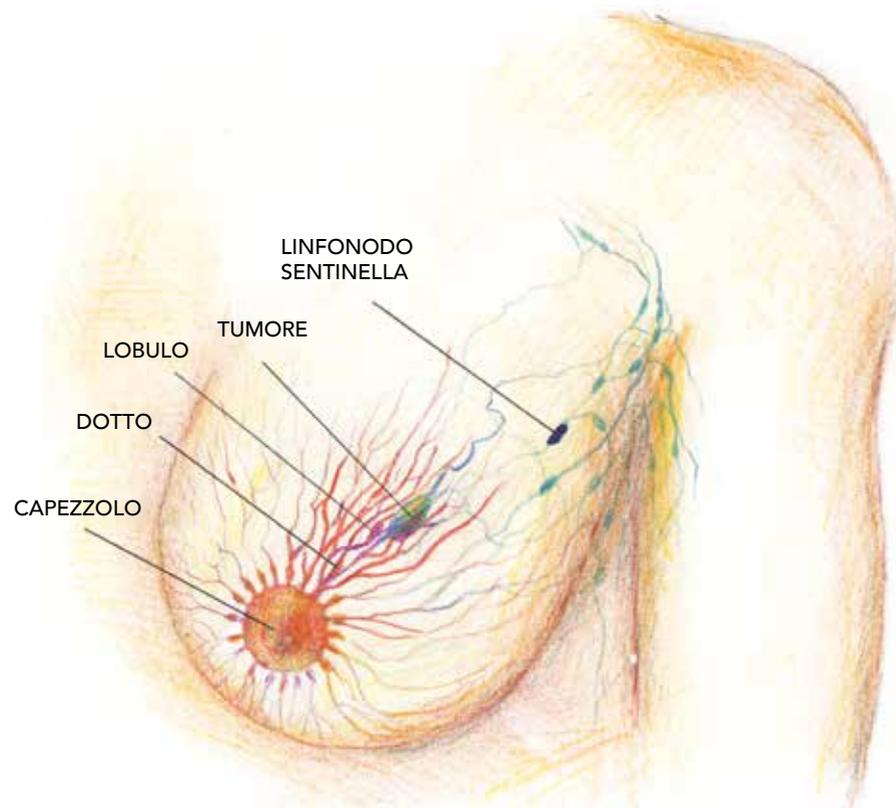
Esistono varie tecniche ricostruttive: il Chirurgo plastico potrà chiarire rischi e vantaggi di ciascun tipo di ricostruzione.

NEL CASO DI MASTECTOMIA TOTALE È POSSIBILE CONSERVARE IL COMPLESSO AREOLA CAPEZZOLO?

Sì, in alcune situazioni particolari come in Pazienti candidate a una ricostruzione in cui la neoplasia sia distante dal capezzolo e quest'ultimo non risulti infiltrato all'esame istologico.

SARANNO ASPORTATI ANCHE I LINFONODI ASCELLARI? QUANTI? PERCHÉ?

Nelle forme infiltranti è prevista anche la dissezione dei linfonodi ascellari che vengono analizzati per verificare l'eventuale presenza di cellule neoplastiche migrate dal seno attraverso le vie linfatiche. Nella maggioranza dei casi, l'asportazione si limita al solo linfonodo sentinella che viene prelevato in modo mirato grazie a un tracciante debolmente radioattivo iniettato il giorno precedente dal Medico nucleare. Se il linfonodo sentinella all'esame istologico risulta indenne, non è necessario rimuovere gli altri linfonodi. Se invece il linfonodo è interessato dalla malattia, si procederà alla dissezione standard che prevede l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari.



QUANDO È NECESSARIO IL TRATTAMENTO RADIANTE?

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia; in genere viene eseguita dopo chirurgia conservativa per distruggere le cellule neoplastiche che potrebbero essere ancora presenti nella mammella; però è utile anche in altre fasi della malattia. In genere si impiega la radioterapia esterna.

Da alcuni anni è oggetto di ricerca la radioterapia intraope-

ratoria (IORT), cioè l'irradiazione dell'area colpita dal tumore durante l'intervento chirurgico.

DA CHE COSA DIPENDE LA PROGnosi?

Dipende dalle dimensioni del tumore mammario, dallo stato patologico dei linfonodi ascellari e dalle caratteristiche biologiche della neoplasia.

COSA SI INTENDE PER CARATTERISTICHE BIOLOGICHE DELLA NEOPLASIA?

L'Anatomo patologo in laboratorio determina la velocità di crescita del tumore, il grado di differenziazione delle sue cellule, la presenza di recettori ormonali (in caso di loro positività viene prescritta una terapia con farmaci ormonali).

La neoplasia viene anche esaminata per individuare la presenza di un'oncoproteina chiamata HER-2/ neu.

Se questa è presente in grande quantità, viene indicato l'impiego di un farmaco biologico che blocca i recettori e impedisce al tumore di crescere.

La terapia del carcinoma mammario è quindi una terapia multidisciplinare, che richiede un'attenta e scrupolosa pianificazione e collaborazione tra un team di esperti: il Chirurgo, il Radioterapista e l'Oncologo medico, cui le Pazienti devono potersi rivolgere per ottenere risposte relative al trattamento più indicato per la loro patologia.

PUBBLICAZIONE

What's new in



MONTALLEGRO

COLLANA

per saperne di più

TITOLO

Tumore della mammella: una risposta alle domande più frequenti della Paziente.

AUTORE

Dott. Giuseppe Canavese

COAUTORI

Dott.ssa Alessandra Catturich, Dott.ssa Daniela Tomei, Dott. Carlo Vecchio.
Si ringrazia per i disegni in originale il Sig. Nilo Tomei.

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione).

Stampato nel mese di dicembre 2012



COLLANA "PER SAPERNE DI PIÙ"

Le neoplasie, insieme alle patologie cardiovascolari, sono oggi le malattie più gravi nel mondo occidentale. "per saperne di più" si propone di fornire ai nostri Pazienti, con l'aiuto dei nostri Professionisti, un'informazione chiara e semplice sulle neoplasie più comuni perché è anche con la conoscenza che si vince la battaglia contro la malattia.

Altre pubblicazioni della stessa collana:

Tumore del colon-retto: una risposta alle domande più frequenti del Paziente.

Tumore della prostata: una risposta alle domande più frequenti del Paziente.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

