

# Tumore al seno

Domande e risposte  
dalla diagnosi al dopo cura



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze

# Pink is good: il progetto di Fondazione Umberto Veronesi contro i tumori femminili

Attraverso il progetto Pink is good, Fondazione Umberto Veronesi è attiva nel campo della prevenzione e del sostegno alla ricerca scientifica sui tumori che colpiscono le donne: seno, utero e ovaie.

Pink is Good per Fondazione Umberto Veronesi significa promuovere la prevenzione e fare informazione sul tema in modo serio, accurato, aggiornato; il manuale che state leggendo vuole raggiungere proprio questo obiettivo.

Pink is Good per la Fondazione Umberto Veronesi è anche sostegno concreto alla ricerca, grazie al finanziamento di borse e progetti di ricerca per medici e scienziati che, in tutta Italia, dedicano la loro vita allo studio e alla cura dei tumori femminili.

## **Sostieni Fondazione Umberto Veronesi**

Per far sì che Fondazione Umberto Veronesi possa continuare a sostenere la ricerca scientifica e a impegnarsi per offrire gratuitamente la migliore e più accurata informazione sulla salute e sulla prevenzione, il contributo di tutti è importante, anche il tuo. Scopri come donare sul sito

[www.fondazioneveronesi.it/donazioni/](http://www.fondazioneveronesi.it/donazioni/)

e non dimenticare di destinare alla Fondazione Umberto Veronesi il 5x1000 nella tua dichiarazione dei redditi.

[www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)

# Tumore al seno

Domande e risposte  
dalla diagnosi al dopo cura



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze

Fondazione Umberto Veronesi da 16 anni si impegna per sostenere la ricerca scientifica e fornire una corretta informazione in tema di salute e prevenzione anche attraverso il progetto Sportello cancro in collaborazione con Corriere.it.

Dal 2013 ha dedicato uno specifico progetto alla lotta contro i tumori tipicamente femminili, Pink is good, a cui partecipa anche un gruppo di donne runner che, dopo aver superato un tumore al seno, si sono fatte testimonial dell'importanza dell'attività fisica per tornare in salute e riprendere le redini della propria vita dopo la malattia, con ancora più energia.

Dal confronto continuo con loro, dall'ascolto delle loro storie ed esigenze, è nata l'idea di questo manuale che vuole fornire risposte concrete e pratiche alle domande e dubbi che si presentano dal momento della diagnosi di un tumore al seno al dopo cura: le tematiche legate alle terapie e agli effetti collaterali, all'alimentazione e allo stile di vita, come cambierà la propria sfera personale e il rapporto col partner e con i figli, come gestire il dolore fisico e psicologico, quali sono i diritti delle pazienti lavoratrici.

È dunque alle nostre Pink Ambassador, e a tutte le donne che hanno affrontato e stanno affrontando un tumore al seno, che dedichiamo questo manuale.

**Fondazione Umberto Veronesi**

*Cara Amica,*

*oggi, grazie alla ricerca, il tumore al seno fa molta meno paura di un tempo. Abbiamo raggiunto obiettivi ritenuti impensabili e siamo pronti ad affrontare nuove sfide per trasformare quello che un tempo era una malattia difficilmente curabile, che in Italia vede 53 mila nuove diagnosi all'anno, in una patologia sempre più curabile soprattutto se diagnosticato in fase precoce.*

*Già moltissimo è stato fatto: oggi, l'88% delle pazienti colpite da tumore al seno è viva a 5 anni dalla diagnosi, il doppio di quanto avveniva solo vent'anni fa. Questo traguardo è stato reso possibile dai progressi della ricerca medica, ma anche dalle donne che sempre di più hanno imparato a prendersi cura della propria salute partecipando attivamente agli screening e ai controlli periodici per intercettare la malattia, qualora comparisse, nelle prime fasi, quando è più facilmente curabile.*

*Nonostante le buone notizie che provengono dal mondo della ricerca, ricevere una diagnosi di tumore al seno sconvolge, comprensibilmente, la vita della donna e dei suoi familiari. In questo manuale troverete tante informazioni utili su come fare prevenzione e sulle terapie ad oggi disponibili per affrontare la malattia. Una sezione è dedicata in particolare alle domande più comuni sul tumore al seno. Un supporto e un aiuto a tutte le persone che vogliono saperne di più su questo tema.*

*Buona lettura!*

  
*Con affetto*  
*Paolo Veronesi*

# SOMMARIO

## 1 DAL SOSPETTO ALLA DIAGNOSI

11

### Sezione 1: L'epidemiologia

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1.01 | Quante persone si ammalano di tumore al seno? Quali sono i tassi di curabilità? .....   | 12 |
| 1.02 | È vero che anche gli uomini possono ammalarsi di tumore al seno? .....                  | 12 |
| 1.03 | Come ha origine il tumore? In quale parte del seno? .....                               | 13 |
| 1.04 | I miei capezzoli sono induriti e prudono: è un sintomo di un tumore? .....              | 14 |
| 1.05 | Mi hanno detto che ho una mastopatia fibrocistica. Può trasformarsi in tumore? .....    | 14 |
| 1.06 | Quali sono i tipi più comuni di tumore al seno? .....                                   | 16 |
| 1.07 | Come mai il corpo permette la formazione del tumore al seno? .....                      | 17 |
| 1.08 | La mia biopsia mammaria mostra una iperplasia atipica. È una forma maligna? .....       | 18 |
| 1.09 | Il carcinoma duttale in situ e il carcinoma lobulare in situ sono tumori maligni? ..... | 19 |
| 1.10 | Che cos'è il carcinoma duttale invasivo? .....  | 20 |
| 1.11 | Che aspetto ha il tumore mammario infiammatorio? .....                                  | 21 |

### Sezione 2: I fattori di rischio

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1.12 | È vero che il menarca precoce, la menopausa tardiva e la gravidanza in età avanzata aumentano l'incidenza del tumore al seno? .....                   | 22 |
| 1.13 | La terapia ormonale sostitutiva può aumentare il rischio di ammalarsi? .....  | 22 |
| 1.14 | Ho utilizzato la terapia ormonale sostitutiva per alcuni anni ma ora l'ho interrotta. Sono ancora considerata a rischio aumentato di ammalarmi? ..... | 24 |
| 1.15 | Gli ormoni naturali (fitoestrogeni) sono simili a quelli di sintesi? Che relazione hanno con il rischio di tumore al seno? .....                      | 25 |
| 1.16 | Che relazione c'è tra sovrappeso e rischio di tumore al seno? .....   | 25 |
| 1.17 | È vero che le protesi al seno aumentano il rischio di ammalarsi? .....  | 26 |
| 1.18 | In che modo la densità del seno si correla col rischio di ammalarsi? .....  | 26 |

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| <b>1.19</b> | Quali sono i fattori di rischio fuori dal mio controllo? Posso fare qualcosa per attenuare il loro impatto?.....   | 27 |
| <b>1.20</b> | Che relazione c'è tra l'alimentazione e il rischio di tumore al seno? Ci sono cibi con un effetto preventivo?..... | 29 |
| <b>1.21</b> | È vero che l'allattamento è un fattore protettivo?.....  | 29 |
| <b>1.22</b> | È vero che le creme e i deodoranti fanno aumentare il rischio di tumore al seno?.....                              | 30 |
| <b>1.23</b> | Esporsi al sole è pericoloso per lo sviluppo del tumore al seno?.....  | 30 |
| <b>1.24</b> | Mia mamma è morta di tumore al seno: che rischi corro di avere la stessa malattia? ....                            | 31 |
| <b>1.25</b> | Sono malata di tumore al seno e ho due figlie. Che rischi corrono?.....  | 31 |
| <b>1.26</b> | Ci sono dei segnali che possono far sospettare che in famiglia siano presenti i geni del tumore al seno?.....      | 33 |
| <b>1.27</b> | Cosa devo fare se risulterà positiva per uno di questi geni?.....  | 33 |

### Sezione 3: Screening e diagnosi precoce

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| <b>1.28</b> | A che età occorre iniziare lo screening mammografico e fino a che età bisogna continuare? .....  | 35 |
| <b>1.29</b> | Faccio la mammografia da alcuni anni: che rischio corro legato alle radiazioni dell'esame?.....  | 36 |
| <b>1.30</b> | Una mia amica che ha sempre fatto la mammografia si è ammalata tra un controllo e l'altro. C'è stato qualche errore nei suoi esami? .....      | 37 |
| <b>1.31</b> | A cosa serve l'ecografia del seno? Quando va fatta?.....   | 38 |
| <b>1.32</b> | Come si svolge una visita senologica? Quando va fatta? .....   | 38 |
| <b>1.33</b> | Un tempo si consigliava l'autopalpazione del seno per la diagnosi del tumore al seno, oggi molto meno. Perché? Questo esame serve ancora?..... | 39 |
| <b>1.34</b> | Ho sentito parlare di risonanza magnetica al posto della mammografia. Quando si fa e perché?.....  | 40 |

## 2 IL TRATTAMENTO

41

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| <b>2.01</b> | La mammografia mostra qualcosa di sospetto e il medico vuole proseguire nelle indagini. Quali sono gli strumenti possibili?..... | 42 |
| <b>2.02</b> | Il nodulo è benigno. Può diventare maligno? È meglio farselo togliere lo stesso? .....   | 44 |
| <b>2.03</b> | Cos'è il lavaggio dei dotti? .....   | 44 |

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| <b>2.04</b> | Come si svolge l'intervento di quadrantectomia?.....   | 45 |
| <b>2.05</b> | In cosa consiste la tecnica del linfonodo sentinella? .....  | 46 |
| <b>2.06</b> | Cosa accade se il chirurgo decide di procedere con lo svuotamento del cavo ascellare?...   | 47 |
| <b>2.07</b> | Cos'è la radioterapia intraoperatoria e quando la si usa? .....  | 48 |
| <b>2.08</b> | Quando si può procedere con la ricostruzione del seno durante l'intervento e quando è meglio aspettare la fine delle cure?.....  | 49 |
| <b>2.09</b> | Ho un carcinoma in situ. Devo per forza fare una quadrantectomia per eliminarlo?.....  | 50 |
| <b>2.10</b> | Il mio carcinoma in situ è stato tolto. Dovrò fare la radio e la chemio? .....   | 50 |
| <b>2.11</b> | Quali sono gli stadi del tumore al seno e quali le terapie più comuni per ciascuno stadio?.....  | 51 |
| <b>2.12</b> | Perché devo fare la radioterapia?.....   | 53 |
| <b>2.13</b> | Quanto dura la radioterapia e come si svolgono le sedute? .....  | 54 |
| <b>2.14</b> | Chi deve fare la chemioterapia e perché? .....   | 54 |
| <b>2.15</b> | Quali sono le tipologie più comuni di chemioterapia usate nel tumore al seno? .....  | 56 |
| <b>2.16</b> | Perché la chemio fa cadere i capelli? Esistono chemioterapie che non fanno cadere i capelli?.....  | 57 |
| <b>2.17</b> | Come funziona il casco per evitare la caduta dei capelli e quando si può usare? .....  | 58 |
| <b>2.18</b> | Come devo affrontare la caduta dei capelli? Li devo tagliare? Come devo scegliere la parrucca? .....   | 59 |
| <b>2.19</b> | Quali sono gli effetti collaterali della chemioterapia e come vengono contrastati?.....  | 60 |
| <b>2.20</b> | Sto facendo la chemio e non riesco a mangiare per via della nausea e delle lesioni alle mucose della bocca. C'è qualcosa che posso fare per migliorare la situazione? .... | 62 |
| <b>2.21</b> | Posso guidare mentre faccio la chemioterapia?.....   | 62 |
| <b>2.22</b> | Perché hanno studiato i recettori ormonali del mio tumore?.....  | 64 |
| <b>2.23</b> | È un bene che il tumore sia molto positivo per i recettori degli estrogeni? Cosa significa per la cura? .....  | 64 |
| <b>2.24</b> | Ho scoperto di essere malata in gravidanza e ho paura che le cure danneggino il bambino. Cosa devo fare?.....  | 65 |
| <b>2.25</b> | Ho paura che le terapie mi impediscano in futuro di avere un figlio. C'è qualcosa che posso fare per preservare la mia fertilità?.....                                     | 66 |
| <b>2.26</b> | Che cosa sono le metastasi? .....  | 67 |
| <b>2.27</b> | Come si possono bloccare le metastasi?.....  | 68 |
| <b>2.28</b> | Che cosa sono le micrometastasi? .....   | 69 |
| <b>2.29</b> | Come si curano i tumori metastatici?.....  | 69 |
| <b>2.30</b> | Perché devo smettere di fumare? Potrò riprendere dopo le cure?.....  | 72 |



- 3.01 Perché dopo la chemioterapia o l'intervento si usano spesso farmaci che agiscono sui recettori ormonali?..... 74
- 3.02 Quali sono questi farmaci ormonali e che differenze ci sono tra di loro?..... 74
- 3.03 Quali sono gli effetti collaterali dei farmaci ormonali?..... 75
- 3.04 Come posso contrastare gli effetti degli ormoni come la menopausa precoce e le vampate? ..... 76
- 3.05 Le cure ormonali inducono nelle donne giovani una menopausa artificiale. È reversibile?..... 78
- 3.06 Quanto tempo devo aspettare prima di poter tentare di avere un figlio? E che rischi corro?.....79
- 3.07 Cosa sono le recidive e come si evitano? ..... 79
- 3.08 È possibile prevedere il proprio rischio di recidiva? ..... 80
- 3.09 È vero che l'alimentazione è importante per le donne che hanno avuto un tumore al seno? ..... 81
- 3.10 In che modo dovrei mangiare?..... 82
- 3.11 È vero che consumare latte e latticini aumenta il rischio di ammalarsi di tumore al seno? .....83
- 3.12 Quando potrò riprendere a lavorare dopo le cure? ..... 83
- 3.13 Quando potrò riprendere a fare attività fisica e di che tipo?..... 84
- 3.14 C'è una controindicazione all'attività sessuale durante e subito dopo le cure per il tumore al seno?..... 85
- 3.15 In che modo cambieranno la mia forma fisica e il mio aspetto durante e dopo le cure? ..... 86
- 3.16 Quando potrò procedere alla ricostruzione del seno?..... 87
- 3.17 Come avviene l'intervento? Quali sono le tecniche possibili?..... 87
- 3.18 Quali esami mi faranno, e per quanto tempo, dopo la dimissione?..... 89
- 3.19 Per quanto tempo dovrò restare sotto controllo? Quando potrò dire di essere davvero guarita?..... 90
- 3.20 Le cure per il tumore al seno mi espongono a un rischio aumentato di contrarre altre malattie? Se sì, quali?..... 91
- 3.21 Soffro di linfedema cronico. Come dovrò gestire questo effetto collaterale negli anni? Come si evolve il disturbo? Quali sono gli interventi più efficaci?..... 92

### **Sezione 1: Psicologia**

- 4.01** Cos'è uno psiconcologo? Nella mia città non ci sono questi specialisti, posso rivolgermi a qualsiasi psicologo per parlare di quel che sta succedendo? ..... 95
- 4.02** Come posso affrontare la questione del tumore con i miei figli ancora piccoli? Che cosa posso dire loro?..... 95
- 4.03** Come devo affrontare la malattia con il mio partner? ..... 97
- 4.04** A causa della chirurgia, della chemio e poi delle cure ormonali, il mio interesse per il sesso è totalmente svanito ma questo mette in crisi la mia coppia..... 98
- 4.05** Il mio partner non vuole più avvicinarsi a me ma io ho bisogno di sentire che malgrado la malattia sono ancora me stessa. In che modo posso affrontare la questione del sesso e con chi? ..... 99
- 4.06** Vivo con la mia compagna da molti anni e ora che sono ammalata non so come gestire la nostra relazione. In che modo il tumore al seno influisce sulla vita di una coppia omosessuale? ..... 100
- 4.07** È utile raccontare la propria esperienza di malata ad altre donne? Perché alcune donne si trovano bene nel farlo e altre preferiscono dimenticare?..... 101
- 4.08** Ho pensato di aprire un blog / un sito / di scrivere un libro sulla mia esperienza. È una cosa utile?..... 101

### **Sezione 2: Dolore**

- 4.09** È vero che la mammografia è dolorosa? Posso fare qualcosa per ridurre il fastidio?.... 102
- 4.10** La biopsia fa male? Cosa posso fare per provare meno fastidio?..... 103
- 4.11** Devo sottopormi a quadrantectomia. Fa male? Che tipo di dolore mi devo aspettare e come può essere affrontato?..... 103
- 4.12** Devo sottopormi a una mastectomia totale. Fa male? Quale tipo di dolore mi devo aspettare e come posso affrontarlo? ..... 104
- 4.13** La radioterapia fa male? Che fastidi può provocare e come posso affrontarli?..... 105
- 4.14** Dopo l'intervento mi si è gonfiato il braccio. Cosa devo fare?..... 106
- 4.15** Soffro di linfedema cronico. Quali terapie posso fare per contrastare il dolore? ..... 106
- 4.16** Soffro di tumore al seno metastatizzato. In che modo l'esperto di terapia del dolore mi può aiutare?..... 107

- 5.01** Che impatto avrà la malattia sulla mia situazione economica? Ho diritto a percepire lo stipendio se non posso lavorare? ..... 109
- 5.02** Sono una lavoratrice autonoma: che tutele ho?..... 109
- 5.03** Non voglio lasciare il lavoro, ma spesso sto troppo male per finire il turno. Posso avere un orario abbreviato? ..... 110
- 5.04** Non voglio lasciare il lavoro, ma la sede di lavoro è molto lontana: è vero che ho diritto al trasferimento alla sede più vicina a casa? ..... 110
- 5.05** La malattia ha cambiato radicalmente la mia efficienza sul lavoro. Ho paura che il datore di lavoro voglia licenziarmi. Cosa posso fare?..... 111
- 5.06** Dopo il rientro al lavoro, posso godere di permessi per curarmi?..... 112
- 5.07** La malattia ha ridotto la mia capacità di lavoro, così il mio reddito si è drasticamente abbassato. Ho diritto a qualche forma di sostegno?..... 113
- 5.08** Non riesco più a lavorare, ma sono troppo giovane per andare in pensione. È prevista qualche forma di sostegno? ..... 113
- 5.09** Non ho ancora un lavoro e ho paura che il tumore possa condizionare una mia futura assunzione. Come comportarmi? ..... 114
- 5.10** Ho perso ogni interesse per il lavoro, ma mi mancano ancora pochi anni per raggiungere l'età pensionabile. È prevista qualche agevolazione ai fini pensionistici per i malati di tumore? ..... 115
- 5.11** Con la chemio ho perso i capelli. Posso detrarre anche le spese per la parrucca?..... 115
- 5.12** Come viene attribuita l'invalidità civile ai malati di tumore?..... 116
- 5.13** Chi ha diritto all'indennità di accompagnamento?..... 116
- 5.14** La malattia non mi consente di svolgere molte attività che non possono essere delegate (come le pratiche in banca). Come fare?..... 117
- 5.15** Ho bisogno dell'auto per muovermi in città: ho diritto a qualche agevolazione?..... 118
- 5.16** Il mio partner mi sta dando grande supporto in questo periodo, ma fa fatica a conciliare le cure con il lavoro. Esiste qualche tutela per chi assiste i malati di tumore?..... 119
- 5.17** In questa fase della malattia ho bisogno di costante assistenza per lunghi periodi. Esiste la possibilità per il mio partner di assentarsi dal lavoro senza perdere la retribuzione?..... 120

*Per la realizzazione dei contenuti di questo manuale,  
Fondazione Umberto Veronesi ringrazia  
il proprio Comitato Scientifico,  
il Comitato Scientifico del progetto Pink is good,  
e tutti i medici e specialisti che quotidianamente collaborano  
con la Fondazione per tutte le attività scientifiche.*

# Dal sospetto alla diagnosi

**Q**uante donne si ammalano di tumore al seno? Quanti tipi ne esistono e come vengono diagnosticati? È possibile (e con quali strumenti) identificare precocemente la malattia ed evitare le cure più invasive? A questa e a (molte) altre domande cerca di rispondere la prima sezione di questa guida che vuole accompagnare le donne (sane o malate) nella comprensione di una malattia che sebbene faccia ancora paura può contare, grazie ai progressi della ricerca e della diagnosi precoce, su un tasso di guarigione elevato. I numeri hanno il potere di darci una immagine chiara dell'importanza sociale del tumore al seno che, sebbene sia la malattia femminile per eccellenza, può, in alcuni casi, colpire anche gli uomini.

Sapere quali sono gli elementi che contribuiscono ad accrescere (o diminuire) il proprio rischio di ammalarsi è il primo passo per evitare le conseguenze peggiori di un tumore al seno. Gli ormoni, per esempio, hanno una “brutta fama” non sempre giustificata ed è importante poter ricevere una risposta chiara sugli effetti di alcune scelte, come per esempio quella di ricorrere alla terapia ormonale sostitutiva dopo la menopausa. E sebbene esistano fattori di rischio sui quali non abbiamo la possibilità di agire in prima persona (per esempio l'età o l'assetto genetico col quale siamo venute al mondo), possiamo sempre ricorrere alla diagnosi precoce per contrastarne

gli effetti. Ecografia, mammografia, visite senologiche ma anche esami più complessi come la risonanza magnetica e i test genetici vengono spiegati in termini semplici e concisi perché nel tumore, come in molte malattie, un'informazione può salvare la vita e la conoscenza è la migliore arma preventiva.

Sezione 1 → L'epidemiologia

## 1.01 Quante persone si ammalano di tumore al seno? Quali sono i tassi di curabilità?

Il tumore al seno è la più frequente neoplasia femminile: in Italia colpisce 53 mila donne ogni anno (dati AIRTUM) pari a un terzo di tutti i tumori che insorgono nella popolazione femminile. Ogni donna ha un rischio di circa l'11 per cento di incorrere in un tumore al seno prima degli 85 anni (cioè ne viene colpita circa una donna su otto) e del 3 per cento di morire per questa causa. Il tumore al seno è inoltre la prima causa di morte per tumore nelle donne: provoca il 17 per cento di tutti i decessi oncologici per il sesso femminile. Nonostante questi numeri, il tumore al seno è anche uno di quelli con **maggiori tassi di guarigione**. A un anno dalla diagnosi il 96 per cento delle donne che ne sono affette è ancora vivo, mentre l'87 per cento supera la barriera dei fatidici 5 anni, il primo termine per essere considerati guariti secondo una stima ragionevole. Le probabilità di guarigione, inoltre, sono tanto più alte quanto più la diagnosi è precoce.

Per questo in Italia vivono quasi 800 mila donne che in passato hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno. Il 40 per cento di esse l'ha ricevuta più di 10 anni fa, il 26 per cento tra i 5 e i 10 anni, il 20 per cento tra i 2 e i 5 anni fa; il 15 per cento da meno di 2 anni.

## 1.02 È vero che anche gli uomini possono ammalarsi di tumore al seno?

Il tumore al seno non è un'esclusiva femminile. Benché sia molto più raro, può colpire anche i maschi. In media ogni anno in Italia si contano

circa 500 nuovi casi di tumore alla mammella maschili: ciò significa che ogni uomo ha meno di una probabilità su 500 di ammalarsi di questa neoplasia nel corso della vita. Nel 2015 sono stati registrati 107 decessi per tumore al seno nei maschi. Le probabilità di ammalarsi di tumore al seno, per i maschi, crescono all'aumentare dell'età, se è presente familiarità per il tumore al seno o sindrome di Klinefelter, una genetica caratterizzata dalla presenza di un cromosoma X in più che comporta ridotti livelli di ormoni maschili e più elevati livelli di ormoni femminili: gli uomini con Klinefelter (malattia che colpisce circa 1 uomo su mille) hanno il 3 per cento di probabilità di incorrere in un tumore al seno.

Anche la presenza di patologie come cirrosi epatica o obesità, l'esposizione a radiazioni, l'assunzione di farmaci ormonali - per esempio per il tumore alla prostata - possono aumentare il rischio.

## Come ha origine il tumore? In quale parte del seno?

1.03

Ogni tumore è caratterizzato dalla crescita eccessiva di cellule anormali, in un processo definito carcinogenesi. Si tratta di un processo molto

### I SINTOMI DEL TUMORE AL SENO

Il più comune sintomo di tumore al seno è la presenza nella mammella di un nodulo che non causa dolore e ha contorni irregolari. Tuttavia, non sempre il tumore al seno dà sintomi immediatamente riconoscibili. Inoltre, può presentarsi con modalità diverse da persona a persona e a seconda del tipo di tumore.

Altri sintomi frequenti della malattia sono il rigonfiamento di una parte o di tutto il seno, la trasformazione della pelle che

tende a diventare a buccia d'arancia, cambiamenti nella forma della mammella come la presenza di avvallamenti, alterazioni del capezzolo (all'infuori o dentro), perdite di liquido o sangue dal capezzolo, rigonfiamento dei linfonodi nell'ascella, intorno alla clavicola o al collo.

In tutti questi casi è bene non allarmarsi, ma è necessario consultare il proprio medico che potrà richiedere gli esami più opportuni.

lungo durante il quale le cellule tumorali assumono progressivamente caratteristiche che le differenziano notevolmente da quelle sane.

Nel caso del tumore al seno, nella maggior parte dei casi questo processo ha inizio all'interno dei dotti galattofori (o lattiferi), i piccoli canali che durante l'allattamento portano il latte dai lobuli - le strutture in cui è prodotto - ai capezzoli. Da qui la massa tumorale può espandersi al di fuori dei dotti e invadere il tessuto circostante. Inoltre, sfruttando i vasi sanguigni e il circolo linfatico, può raggiungere altre aree dell'organismo formando metastasi. Meno frequentemente il tumore del seno ha origine nei lobuli.

#### 1.04 I miei capezzoli sono induriti e pruriscono: è un sintomo di un tumore?

Sì, potrebbe trattarsi di un particolare tipo di tumore: la malattia di Paget, dal nome del chirurgo britannico che lo identificò nella seconda metà dell'Ottocento.

Il **morbo di Paget** può colpire sia le donne sia gli uomini ed è caratterizzato da lesioni simili a eczema a livello del capezzolo e dell'areola mammaria. Si sviluppa dai dotti della ghiandola mammaria e tende a diffondersi all'epidermide sovrastante. La malattia di Paget rappresenta meno del 5 per cento dei tumori del seno e in genere è una forma di tumore non invasiva (quindi relativamente localizzata). A volte, però, può essere la manifestazione di altre forme tumorali del seno più invasive.

Per questo la diagnosi precoce è molto importante: in presenza di un nodulo vicino al capezzolo o di un'irritazione cutanea che persiste per più di uno-due mesi è bene rivolgersi al medico.

#### 1.05 Mi hanno detto che ho una mastopatia fibrocistica. Può trasformarsi in tumore?

La mastopatia fibrocistica è una condizione che riguarda circa la metà delle donne, specie tra i 30 e i 50 anni. Si tratta della formazione





di lesioni non tumorali associate alla diversa produzione di ormoni nelle varie fasi del ciclo mestruale: il processo comincia con la crescita di cellule epiteliali nei dotti galattofori e nei lobuli al crescere dei livelli di estrogeni. Quando questi calano, le cellule epiteliali si restringono fino a dar luogo alla crescita di tessuto fibroso.

Questo processo può far sì che le mammelle siano dolenti alla pressione, che si percepisca senso di **gonfiore** e di **tensione** al seno, sintomi che aumentano prima dell'arrivo delle mestruazioni e tendono a scomparire alla fine del ciclo. Alla palpazione del seno, inoltre, si possono sentire delle **formazioni simili a granuli**. Le lesioni fibrocistiche sono benigne e non aumentano il rischio di tumore al seno. Inoltre tendono a trasformarsi e spesso a scomparire con la gravidanza e l'allattamento. Tuttavia possono rendere più difficile individuare la presenza di lesioni maligne, perché confondono le acque.

Per questo nelle donne più giovani l'esame più adatto è l'ecografia mammaria o la risonanza magnetica (RM) del seno: la mammografia da sola, infatti, talvolta può dare risultati dubbi.

## 1.06 Quali sono i tipi più comuni di tumore al seno?

Le diverse forme di tumore al seno sono classificate sulla base della natura delle cellule tumorali e dal fatto che sia invasivo o meno. Se le cellule cancerose sono confinate ai dotti o ai lobuli si parla di tumore non invasivo o in situ (rispettivamente carcinoma duttale in situ e carcinoma lobulare in situ).

Se il tumore è uscito dal suo luogo di origine si parla di tumore invasivo o infiltrante. Le più comuni forme invasive sono:

- il **carcinoma duttale**: origina dai dotti galattofori, e si estende al tessuto connettivo o grasso. Può raggiungere i vasi sanguigni di cui è ricca la ghiandola mammaria e, attraverso questi, migrare ad altre parte del corpo. È la più comune forma di tumore al seno invasivo, rappresentando circa i tre quarti dei casi;
- il **carcinoma lobulare**: ha origine dai lobuli ma si estende al tessuto connettivo o a quello adiposo. Come il carcinoma duttale, può migrare ad altre parti del corpo. Rappresenta circa il 15 per cento delle neoplasie invasive del seno;
- altre forme di tumore invasivo del seno sono quelli **tubulare, papillare, mucinoso, cribriforme**. Complessivamente rappresentano circa il 10 per cento dei tumori invasivi del seno.

Un'altra caratteristica utile a distinguere i tumori è la presenza di recettori per gli ormoni sessuali femminili che possono alimentarne la crescita. Più recettori per un certo ormone sono presenti sulla superficie della cellula, maggiore è la sensibilità di questa all'azione dell'ormone. Sulla base di questa caratteristica i tumori al seno si distinguono in positivi o negativi agli estrogeni e/o al progesterone.

Infine, circa un quinto dei tumori al seno è caratterizzato dall'elevata presenza del recettore HER2 che li rende particolarmente aggressivi (ma che è anche possibile contrastare con un farmaco mirato molto efficace, l'herceptin). La combinazione di queste ultime caratteristiche è quindi utile non solo alla classificazione dei tumori del seno ma anche nella scelta della terapia.

## Come mai il corpo permette la formazione del tumore al seno? 1.07

Il tumore è un agglomerato di cellule diverse da quelle sane poiché hanno subito una quantità di mutamenti nel codice genetico tale da renderle in grado di sviluppare quattro caratteristiche peculiari:

- stimolano autonomamente la crescita: le cellule normali ricevono i segnali per crescere dall'ambiente circostante, ma non così quelle tumorali che producono in proprio questi messaggi o "costringono" l'ambiente circostante a emetterli;
- non rispondono ai segnali che dovrebbero interrompere la crescita;
- costruiscono il proprio sistema di alimentazione: un tumore trae nutrimento e ossigeno inducendo lo sviluppo di nuovi vasi sanguigni che lo alimentano (angiogenesi);
- non vanno incontro alla morte: le cellule normali hanno un naturale ciclo di vita che si conclude con la morte e l'eliminazione della cellula. Le cellule tumorali diventano praticamente immortali.

Perché il corpo permette a queste cellule di proliferare? È la domanda che ha appassionato per anni i ricercatori e che solo recentemente comincia ad avere risposta. Il nostro organismo ha **innumerevoli sistemi di controllo** che fanno sì che ogni processo fisiologico vada a buon fine e che rende, in definitiva, possibile la vita. Alcuni sono interni a ogni singola cellula: il codice genetico contenuto in ognuna di esse, infatti, comprende "stringhe" di istruzioni deputate al controllo del corretto funzionamento e che fanno sì che la cellula vada incontro a morte se qualcosa va storto. Nel caso delle cellule tumorali esistono **alterazioni genetiche** proprio a carico di geni "controllori": ciò fa sì che i controlli di sicurezza non abbiano luogo.

Le cellule tumorali, però, sono in grado di sfuggire anche al sistema di difesa che protegge l'intero organismo, cioè il sistema immunitario. Solo di recente si è scoperto che le cellule tumorali sono in grado di "reclutarlo" come complice per proteggere la massa tumorale in crescita. Talvolta, invece, può essere proprio un calo delle difese immunitarie a facilitare la comparsa della malattia.

## GLI STADI DEL TUMORE

Gli stadi sono lo strumento attraverso cui si misura la grandezza di un tumore e quanto è esteso rispetto alla sede da cui ha avuto origine. Esistono diversi sistemi di stadiazione: quasi tutti, però, si basano sulla valutazione di tre elementi:

- ▶ quanto è grande il tumore originario;
- ▶ se il tumore si è esteso o no ai linfonodi;
- ▶ se il tumore ha dato vita a metastasi, cioè a formazioni che dalla sede primaria sono migrate ad altri organi.

Queste informazioni non esauriscono la descrizione del tumore (per esempio non dicono nulla su quanto sia aggressivo) ma sono fondamentali per la scelta del trattamento più appropriato.

Lo stadio di un tumore viene tradotto attraverso sistemi di classificazione, il più

diffuso dei quali è il sistema TNM (acronimo che sta per Tumour, Node, Metastasis). La lettera T indica la dimensione del tumore ed è espressa da una scala che va da 1 a 4. La N si riferisce al coinvolgimento dei linfonodi e può assumere valori che vanno da 0 a 3. Infine, la lettera M indica le metastasi: sarà 0 se il tumore originario non si è diffuso ad altre aree del corpo e 1 quando ha dato vita a metastasi.

Grazie a questo semplice sistema è possibile descrivere in pratica ogni tumore: per esempio un tumore T3N0M0 sarà una massa grande ma che non ha coinvolto i linfonodi né dato origine a metastasi. Un tumore T2N2M0 sarà di medie dimensioni, ha coinvolto un buon numero di linfonodi ma non ha dato vita a metastasi. E così via.

### 1.08 La mia biopsia mammaria mostra una iperplasia atipica. È una forma maligna?

L'espressione iperplasia atipica identifica una condizione in cui è presente una proliferazione di cellule (iperplasia) che non sono tumorali ma che differiscono da quelle normali (atipica). Ciò può avvenire sia sulle pareti dei dotti galattofori sia su quelle dei lobuli.

Benché queste cellule non siano tumorali, l'iperplasia atipica rappresenta una condizione di rischio per lo sviluppo di tumore al seno: si stima infatti che chi presenta questa condizione abbia un rischio 4-5 volte superiore alla popolazione generale. Significa che, senza opportuni

interventi, nei dieci anni successivi alla diagnosi di iperplasia atipica 1 donna su 10 si ammalerà di tumore al seno.

È tuttavia possibile prevenire questa trasformazione con l'assunzione di farmaci (raloxifene, tamoxifene, exemestane) che inibiscono l'azione degli ormoni estrogeni: una pratica definita **chemioprevenzione**. Si tratta di farmaci che possono avere seri effetti collaterali, pertanto l'assunzione a scopo preventivo deve essere attentamente valutata con il proprio medico.

## Il carcinoma duttale in situ e il carcinoma lobulare in situ sono tumori maligni?

1.09

Il carcinoma duttale e il carcinoma lobulare si definiscono in situ quando sono confinati all'area da cui hanno avuto origine (rispettivamente i dotti galattofori e i lobuli). Benché siano accomunati da questa caratteristica sono due entità molto diverse.

Il carcinoma lobulare in situ è stato a lungo considerato un precursore del tumore globulare invasivo, vale a dire uno stadio precoce di questa forma tumorale. Da ciò derivava la conclusione che il decorso naturale di questa condizione sarebbe stata l'evoluzione in tumore invasivo.

Da qualche tempo, però, la ricerca ha indotto a ritenere che il carcinoma lobulare in situ sia più simile all'iperplasia atipica che al carcinoma invasivo e che quindi le donne che ne sono affette abbiano semplicemente un aumentato rischio di sviluppare un tumore al seno infiltrante (indipendente dalla localizzazione del carcinoma lobulare in situ) che può essere stimato nell'1 per cento l'anno. Ciò ha cambiato il modo con cui si affronta questa condizione: il più delle volte si opta per la "**vigile attesa**", vale a dire l'esecuzione di controlli periodici che verifichino il decorso della lesione e identifichino precocemente l'eventuale comparsa di nuovi noduli.

Diverso è il caso del carcinoma duttale in situ. In tal caso, il carcinoma, se non trattato, in molti casi tende a evolversi in una forma invasiva. Tuttavia non è possibile sapere né in quali donne diventerà invasivo né a quale velocità si verificherà questa progressione. Il carcinoma duttale in situ viene quindi quasi sempre trattato per prevenire l'insorgenza di



un carcinoma invasivo con un intervento di chirurgia conservativa. Studi recenti hanno però suggerito che anche in questo caso si possa ricorrere, con il consenso della donna, alla strategia della vigile attesa: si tratta di una scelta che può dipendere da molti fattori, non ultimi il carattere della persona, la costanza nel sottoporsi ai controlli e la disponibilità, nel luogo di residenza, di centri con competenze e apparecchiature adatte.

Il carcinoma duttale in situ un tempo era molto raro, ma la sua diffusione è cresciuta molto nell'ultimo ventennio, probabilmente perché viene identificato facilmente grazie alle mammografie. Si tratta quindi di un aumento di incidenza quasi certamente apparente, legato alle aumentate capacità diagnostiche.

## 1.10 Che cos'è il carcinoma duttale invasivo?

Il carcinoma duttale invasivo è la più comune forma di tumore al seno (75-80 per cento di tutti i tumori del seno). Il termine invasivo

deriva dal fatto che al momento della diagnosi la lesione ha superato i confini dei dotti galattofori e si è estesa ad altre aree del seno. Da qui, attraverso il sistema linfatico e i vasi sanguigni, può espandersi ad altre aree del corpo.

Il carcinoma duttale invasivo può comparire a qualunque età ma le probabilità di ammalarsi crescono con gli anni. In genere si presenta come un nodulo al seno, ma può mostrarsi come un grumo palpabile al tatto (che può essere sia doloroso sia indolore), fossette sulla pelle del seno, secrezione dal capezzolo o cambiamenti del colore. Spesso, però, viene riconosciuto solo al momento di **esami strumentali** come la mammografia.

La prognosi per il carcinoma duttale invasivo dipende da molti fattori: da quanto è esteso al momento della diagnosi, se si è o meno diffuso ad altri organi, dalla velocità di crescita e da quanto risponde ai trattamenti.

## Che aspetto ha il tumore mammario infiammatorio?

1.11

Il tumore mammario infiammatorio è una forma rara di tumore al seno (rappresenta soltanto l'1 per cento di tutte le diagnosi di tumore al seno) che si presenta in maniera diversa dalle forme più comuni: la mammella appare gonfia e arrossata al punto da poter essere scambiata per un'infiammazione dell'organo, come la classica mastite durante l'allattamento. Tuttavia, se un trattamento con antibiotici non risulta efficace è bene richiedere approfondimenti medici.

Nel tumore mammario infiammatorio si verifica un'**infiltrazione** dei vasi linfatici della mammella con conseguente **infiammazione** che può coinvolgere la cute del seno (da cui il nome di carcinoma infiammatorio). In genere non si riscontrano noduli palpabili.

I tumori mammari infiammatori sono particolarmente aggressivi: al momento della diagnosi circa il 30 per cento delle donne ha metastasi e quasi tutte hanno un coinvolgimento dei linfonodi. Con un trattamento adeguato, si ha una sopravvivenza di circa il 50 per cento a cinque anni dalla diagnosi e circa il 35 per cento delle pazienti sarà libero dalla malattia a 10 anni.

## 1.12 È vero che il menarca precoce, la menopausa tardiva e la gravidanza in età avanzata aumentano l'incidenza del tumore al seno?

Il menarca precoce (cioè la comparsa della prima mestruazione prima dei 10-11 anni), la menopausa tardiva e la gravidanza in età avanzata sono condizioni accomunate da una caratteristica: incidono sul tempo durante il quale le cellule del seno sono esposte agli **estrogeni**. E quanto più a lungo una donna è esposta a questi ormoni, tanto maggiore è il rischio di sviluppare la neoplasia.

L'arrivo precoce delle mestruazioni, anticipando l'età fertile, fa sì che si registri un drastico aumento degli estrogeni circolanti, che si manterrà elevato fino all'arrivo della menopausa. Si stima che per ogni anno di ritardo del menarca successivo agli 11 anni ci sia una riduzione del 20 per cento del rischio di tumore al seno. Al contrario, quanto più tardi arriva la menopausa, tanto più tardi si smetterà di essere esposte a elevati livelli di estrogeni. Si stima che chi va in menopausa prima dei 45 anni abbia un rischio dimezzato di incorrere in un tumore al seno rispetto a chi ci va dopo i 55.

Lo stesso vale per la gravidanza: chi non ha figli ha un rischio di una volta e mezzo più alto di chi ne ha. Conta anche l'età del primo figlio: il rischio per le donne che hanno un figlio dopo i 30 anni è da 2 a 4 volte più alto rispetto a chi lo ha prima dei 18. Il rischio maggiore lo incorrono le donne che non fanno affatto figli, anche perché la gravidanza e l'allattamento completano la maturazione dei tessuti ghiandolari del seno, proteggendoli dalle trasformazioni tumorali.

## 1.13 La terapia ormonale sostitutiva può aumentare il rischio di ammalarsi?

Il legame tra **terapia ormonale sostitutiva** (in sigla TOS o, in inglese, HRT - hormone replacement therapy) e tumore al seno è uno dei principali timori delle donne da quando, nel 2002, un ampio studio americano





## IL RUOLO DI ALCOL E FUMO

Decine di studi hanno chiarito che bere alcol aumenta il rischio di tumore al seno e le probabilità di ammalarsi crescono all'aumentare della quantità consumata. Confrontate con chi non beve, le donne che consumano un'unità alcolica al giorno hanno un piccolo aumento di rischio. Ma basta che le unità alcoliche al giorno arrivino a 3 e il rischio aumenta di 1,5 volte. Inoltre il rischio aumenta del 7-9 per cento a ogni unità extra consumata.

I meccanismi attraverso cui l'alcol aumenta le probabilità di ammalarsi di tumore al seno sono ancora oggetto di studio: sembra chiaro, però, che l'alcol aumenta la quantità di estrogeni, ormoni noti per promuovere lo sviluppo del tu-

more. L'alcol, inoltre, causa un aumento di peso, anch'esso associato all'aumento di rischio di ammalarsi.

Il consumo di alcolici aumenta anche il rischio di recidive in donne che hanno già sofferto di tumore al seno e di patologie mammarie benigne.

Sebbene a lungo si sia ritenuto il contrario, le più recenti ricerche mostrano che anche il fumo aumenta il rischio di tumore al seno (di circa il 25 per cento). Non solo: il rischio è tanto più alto quanto più precocemente si è iniziato a fumare, quante più sigarette si è fumato e quanto più a lungo lo si è fatto. Anche dopo aver smesso, il rischio resta più alto per 20 anni.

denominato Women's Health Initiative ha osservato un lieve aumento dei casi di tumore al seno nelle donne che assumevano estrogeni e progestinici.

Da allora si è diffuso un clima di forte diffidenza nei confronti della terapia ormonale sostitutiva che, però, non è completamente giustificato.

L'aumento di rischio di tumore al seno, infatti, è molto piccolo; si riferisce inoltre a stime condotte su donne che hanno assunto farmaci poco impiegati in Italia, dove si prediligono molecole più vicine a quelle naturalmente prodotte dall'organismo, e a dosaggi più elevati rispetto a quelli in uso nel nostro Paese. Infine è legato a periodi di assunzione molto lunghi (più di 5 anni). È quindi ragionevole non eliminare del tutto l'ipotesi di ricorrere alla terapia ormonale sostitutiva soprattutto se i disturbi legati alla menopausa sono molto intensi.

Con la menopausa la donna subisce un drastico calo degli ormoni sessuali (estrogeni e/o progestinici) che causa sintomi nell'immediato (vampate di calore, problemi vaginali e vescicali, disturbi del sonno, bruschi cambiamenti di umore) e nel lungo periodo (malattie cardiovascolari, osteoporosi, disturbi cognitivi).

L'assunzione della terapia ormonale sostitutiva, purché effettuata al momento giusto (prima dei 60 anni), con i farmaci appropriati e per un periodo limitato (1-3) anni è in grado di prevenirli in maniera sicura.

### 1.14 **Ho utilizzato la terapia ormonale sostitutiva per alcuni anni ma ora l'ho interrotta. Sono ancora considerata a rischio aumentato di ammalarmi?**

Gli studi finora effettuati hanno evidenziato solo un modesto aumento del rischio di tumore al seno per le donne che hanno assunto la terapia ormonale sostitutiva e soltanto quando questa sia assunta per **periodi prolungati (almeno 5 anni)**.

Per le donne che abbiano assunto la TOS per brevi periodi, quindi, l'aumento di tumore al seno è trascurabile. Per chi invece si sia sottoposto al trattamento per periodi più lunghi, una volta interrotto il trattamento occorrono circa 5 anni perché il rischio di tumore al seno torni ai livelli delle donne che non si sono mai sottoposte al trattamento.

## Gli ormoni naturali (fitoestrogeni) sono simili a quelli di sintesi? Che relazione hanno con il rischio di tumore al seno? 1.15

I fitoestrogeni sono **ormoni vegetali** simili nella struttura agli estrogeni femminili. Sono contenuti in numerosi vegetali, ma soprattutto nella soia e nei suoi derivati. Grazie alla loro struttura, molto simile a quella degli estrogeni naturali, riescono a esercitare un'importante azione di controllo ormonale: quando i livelli degli estrogeni nell'organismo sono bassi sono in grado di sostituirli stimolando, anche se debolmente, i recettori specifici; nel caso in cui i livelli degli estrogeni endogeni sono alti, i fitoestrogeni competono con essi per occupare i recettori. In questo modo proteggono le cellule da una stimolazione eccessiva da parte degli estrogeni naturali che sono noti per essere uno dei fattori di sviluppo del tumore al seno.

La ricerca ha dimostrato che grazie a quest'ultimo meccanismo i fitoestrogeni esercitano una funzione preventiva del tumore al seno, purché vengano assunti prima della menopausa. L'assunzione di fitoestrogeni è invece controindicata nelle donne che hanno avuto o hanno un tumore al seno estrogeno-dipendente e da considerare con cautela dopo altre forme di tumore al seno. Il legame tra fitoestrogeni e tumore al seno, comunque, è ancora oggi oggetto di studio.

## Che relazione c'è tra sovrappeso e rischio di tumore al seno? 1.16

L'eccesso di peso, specie quando si supera la soglia dell'obesità, è uno dei principali fattori di rischio. Molti studi hanno ormai confermato che le donne in sovrappeso o obese hanno maggiori probabilità di sviluppare un tumore del seno. Il modo in cui l'eccesso ponderale causa un aumento del rischio non è ancora pienamente compreso, tuttavia sembra assodato che l'obesità aumenti i **livelli di estrogeni** che stimolano la crescita del tessuto mammario.

A riprova di questo legame, diverse ricerche hanno mostrato che quando si riesce a perdere una quota significativa di peso si registra anche

una drastica riduzione del rischio di incorrere in questo tumore. Resta comunque molto da capire: per esempio non è noto per quale ragione le donne in premenopausa con una grande quantità di grasso addominale hanno un rischio maggiore di sviluppare tumori al seno negativi per i recettori ormonali, mentre quelle che hanno superato la menopausa, se obese, hanno un rischio maggiore di incorrere in tumori positivi per i recettori ormonali.

### 1.17 È vero che le protesi al seno aumentano il rischio di ammalarsi?

L'impianto di una protesi al seno può aumentare il rischio di incorrere in un raro tumore chiamato linfoma anaplastico a grandi cellule. Tuttavia si tratta di un rischio bassissimo.

Il linfoma origina dalla capsula intorno alla protesi (più frequentemente da quelle in silicone che saline). In quel tessuto può insorgere un'**infiammazione cronica** che altera il normale metabolismo delle cellule. Si tratta di una neoplasia piuttosto aggressiva ma per cui esistono trattamenti. Soprattutto, però, si tratta di un tumore molto raro: nel 2014 nel mondo si sono contati meno di 200 casi di linfoma anaplastico a grandi cellule a fronte di milioni di donne che vivono con una protesi al seno.

L'impianto di una protesi al seno, dunque, è una procedura sicura, anche perché tutte le donne che hanno protesi mammarie effettuano già regolarmente un controllo annuale con ecografia mammaria che può identificare precocemente eventuali anomalie.

### 1.18 In che modo la densità del seno si correla col rischio di ammalarsi?

Il seno denso è una caratteristica conformazione del seno in cui è presente una maggiore quantità di tessuto connettivo e ghiandolare e una minore quantità di grasso rispetto alla media.

Si tratta di una conformazione ampiamente studiata in diverse ricerche che hanno concluso che le donne con seno denso hanno maggiori

probabilità (fino a 4-5 volte) di ammalarsi di tumore della mammella rispetto a donne con seno meno denso.

Il rischio sembra infatti crescere all'aumentare della densità. L'aumento di rischio di sviluppare un tumore non è però l'unico aspetto negativo dell'aver un seno denso. Questa caratteristica, infatti, può rendere più difficile anche la diagnosi precoce. La presenza maggiore di tessuto connettivo rende infatti più complesso visualizzare eventuali noduli con la mammografia.

Per questo, le donne con seno denso, ancora più delle altre, dovrebbero sottoporsi fin dai 30-35 anni a una visita senologica e a un'ecografia mammaria annuale a cui affiancare, dai 40 anni, anche una mammografia annuale. Su consiglio del proprio medico può essere eseguita anche una risonanza magnetica come esame complementare.

## Quali sono i fattori di rischio fuori dal mio controllo? Posso fare qualcosa per attenuare il loro impatto?

1.19

Le donne possono fare molto per ridurre il rischio di ammalarsi di tumore al seno. Tuttavia, alcuni fattori di rischio non possono essere modificati:

- **l'età:** le probabilità di ammalarsi di tumore al seno crescono all'aumentare dell'età. I due terzi di casi di tumore si verificano dopo i 55 anni;
- **l'etnia:** le donne bianche (caucasiche) hanno maggiori probabilità di ammalarsi;
- **le caratteristiche alla nascita:** chi nasce con un maggior peso, una maggiore altezza e una maggiore circonferenza cranica ha maggiori probabilità di ammalarsi;
- **la familiarità:** chi ha familiari di primo grado (madre, padre, fratelli o figli) che hanno sviluppato la malattia hanno un maggior rischio di ammalarsi a loro volta;
- **la genetica:** esistono varianti genetiche per esempio i geni BRCA1 E BRCA2 che aumentano notevolmente il rischio di ammalarsi;
- **una storia personale di tumore al seno:** le donne che hanno

già sofferto di questa malattia hanno una probabilità più alta (di circa 3-4 volte) di un avere nuovo tumore all'altra mammella (un tumore tutto nuovo e non una recidiva di quello vecchio). Si tratta di un rischio piuttosto contenuto: circa 8 donne su 100 sviluppano un nuovo tumore al seno nei 10 anni successivi alla diagnosi del primo.

In tutti questi casi non è possibile ridurre il rischio di ammalarsi. Tuttavia, si può attenuare l'impatto della malattia attraverso la diagnosi precoce.



### GRAVIDANZA E TUMORE AL SENO

Il numero di figli e l'età a cui si concepisce il primo figlio sono due tra i fattori che influenzano il rischio di ammalarsi di tumore al seno. Complessivamente si stima che avere almeno un bambino diminuisca il rischio di tumore al seno di circa il 30 per cento rispetto a non averne affatto. Le probabilità di ammalarsi si riducono ulteriormente di circa il 7 per cento per ogni figlio in più. Ciò, però, non vale per i tumori causati da mutazioni dei geni BRCA1 e 2 che, essendo ereditate, non vengono influenzate dalla maternità.

Importante è anche il momento in cui si ha il primo figlio: si stima che il rischio di tumore al seno aumenti del 3 per cento per ogni anno passato senza figli. Le ragioni di ciò non sono completamente chiare, ma l'ipotesi più accreditata è che siano dovute al fatto che la gravidanza riduce l'esposizione delle cellule del seno agli ormoni estrogeni.

## Che relazione c'è tra l'alimentazione e il rischio di tumore al seno? Ci sono cibi con un effetto preventivo?

1.20

Le nostre scelte alimentari sono un fattore cruciale per ridurre il rischio di ammalarsi di tumore al seno. Finora la ricerca si era concentrata soprattutto sul legame tra sovrappeso e obesità e sviluppo di tumore, ma da qualche anno gli studi si stanno facendo più raffinati andando a indagare quali alimenti possano essere dannosi e quali, invece, possano rivelarsi benefici. Un filone di ricerca non semplice, poiché è molto difficile isolare il contributo di ogni singola classe di nutrienti. Tuttavia sembra ormai chiaro, che, oltre all'**alcol** - il cui legame con il tumore al seno è ben noto - il rischio di ammalarsi risenta del **consumo di elevate quantità di grassi**. Esistono però alimenti che svolgono un'azione protettiva contro questa patologia: **benefici sono i cibi contenenti fitoestrogeni** (dunque soia e derivati, ma anche alghe, semi di lino, cavolo, legumi, frutti di bosco, cereali integrali) così come molte **crucifere** (rape, senape, rucola, cavolfiore, cavolini di Bruxelles, ravanelli, cavolo) e le **fibre** in generale che agiscono in modo positivo nei confronti del metabolismo degli ormoni.

## È vero che l'allattamento è un fattore protettivo?

1.21

È vero: allattare al seno riduce il rischio di ammalarsi di tumore al seno. Tuttavia, occorre allattare per lunghi periodi per conseguire vantaggi significativi. Si stima che per le madri il rischio di tumore al seno si abbassi del 4 per cento per ogni 12 mesi di allattamento. Si suppone che ciò avvenga perché le donne durante l'allattamento fanno una dieta più salutare, non bevono alcolici e non fumano. Inoltre, le donne che allattano hanno meno cicli mestruali e ciò significa minore esposizione a fluttuazioni degli ormoni sessuali. Infine, è probabile che la necessità di produrre il latte, limiti la capacità delle cellule del seno di comportarsi in maniera anomala e favorisca il loro completo sviluppo.

È interessante far notare che diversi studi hanno osservato che i benefici dell'allattamento sono limitati alle **donne che non fumano** in questo periodo della propria vita.

## 1.22 È vero che le creme e i deodoranti fanno aumentare il rischio di tumore al seno?

No, non c'è nessuna prova convincente che deodoranti e creme possano aumentare il rischio di tumore al seno. Nel tempo sono stati chiamati in causa diversi meccanismi attraverso cui i deodoranti potessero causare il tumore al seno ma nessuno di essi è stato dimostrato. Tra le teorie più diffuse c'è quella che i deodoranti impediscono la **traspirazione** del corpo facendo sì che le **tossine** si accumulino nei linfonodi producendo cambiamenti che favoriscono lo sviluppo del tumore al seno. Tuttavia, è un'ipotesi completamente sbagliata, dal momento che il tumore parte dal seno e poi raggiunge i linfonodi. Inoltre, il corpo ha numerosi modi per liberarsi delle tossine.

Altra spiegazione è che i deodoranti possono contenere **parabeni**, sostanze simili agli estrogeni. In realtà, queste sostanze sono molto più deboli degli estrogeni e inoltre siamo continuamente esposti alla loro azione (per esempio attraverso l'alimentazione). In più da tempo la maggior parte dei deodoranti non contiene parabeni, ma la malattia non è diminuita. Altra ipotesi non dimostrata è l'**alluminio** contenuto in alcuni deodoranti possa aumentare il rischio di tumore al seno. È comunque bene non usare deodoranti contenenti alluminio prima di sottoporsi a una mammografia, perché può rendere più difficile la lettura dell'esame e l'identificazione di eventuali masse.

## 1.23 Esporsi al sole è pericoloso per lo sviluppo del tumore al seno?

Tutt'altro. Numerosi studi suggeriscono che l'esposizione al sole può rappresentare un fattore protettivo nei confronti del tumore al seno. Il sole, infatti, stimola la produzione di vitamina D che potrebbe ridurre il rischio di sviluppare la malattia. Diverse ricerche che hanno comparato le probabilità di ammalarsi di tumore al seno in donne che trascorrevano molto tempo all'aria aperta e in donne che si esponevano poco al sole hanno evidenziato un minor rischio di tumore nel primo gruppo. Tuttavia è difficile dire se questi benefici sono prodotti da uno stile di vita più attivo nelle donne che trascorrevano tempo all'aria aperta o effettivamente dall'azione del sole.



Quel che è chiaro è che le ricerche che hanno cercato di dimostrare gli effetti protettivi della vitamina D assunta tramite integratori non l'hanno trovato.

Attenzione però a non esagerare con l'esposizione al sole. I raggi ultravioletti aumentano il rischio di tumori della pelle. Occorre sempre quindi esporsi al sole responsabilmente, evitando le ore centrali della giornata e utilizzando sempre adeguate protezioni solari.

## Mia mamma è morta di tumore al seno: che rischi corro di avere la stessa malattia? 1.24

Il fatto che la madre sia morta per tumore al seno non significa che si erediti il rischio di sviluppare la malattia. La maggior parte dei tumori al seno è causata da **fattori non ereditari**, la maggior parte dei quali connessi a **stili di vita** o all'**ambiente**. Solo una piccola parte (tra il 5 e il 10 per cento) è di natura genetica. Dunque soltanto se la madre è stata colpita da una forma tumorale di questo tipo (riconoscibile dalla presenza di alterazioni a specifici geni) è possibile ereditare il rischio di ammalarsi.

Anche se una madre non ha eseguito test genetici per verificare la presenza di mutazioni che predispongono allo sviluppo di tumore, se è morta prima dei 50 anni a causa del tumore al seno è necessario che la figlia si sottoponga al test, poiché l'età di insorgenza del tumore nella madre è sospetta e può indicare una forma ereditaria. Se è così, la figlia ha il 50 per cento di probabilità di avere ereditato a sua volta la mutazione. Le probabilità sono più alte se altri membri della famiglia in passato si sono ammalati di tumore al seno e all'ovaio.

## Ho un tumore al seno e ho due figlie. Che rischi corrono? 1.25

Se una donna è affetta da una forma di tumore al seno determinata da fattori genetici può trasmettere queste stesse caratteristiche alle figlie. Le probabilità che anche loro siano portatrici delle mutazioni genetiche che aumentano il rischio di malattia sono del 50 per cento.

## I GENI BRCA1 E BRCA2



BRCA1 e BRCA2 sono i primi geni a essere stati individuati come responsabili dell'insorgenza del tumore al seno. Le mutazioni a carico di questi due geni, che possono essere trasmesse alla progenie, sono responsabili di circa il 5-10 per cento di tutti i tumori del seno. Chi è portatrice di queste mutazioni ha un rischio di sviluppare la malattia nel corso della vita tra il 45 e il 90 per cento. Inoltre, i tumori associati a mutazioni di BRCA1 e BRCA2 tendono a presentarsi più precocemente. Non solo: le mutazioni a carico dei geni BRCA1 e BRCA2 espongono a un rischio del 20-40 per cento di sviluppare un tumore dell'ovaio, un tumore raro nella popolazione generale (con un'incidenza di 1 caso ogni 100 donne) e di difficile diagnosi precoce.

Tutti i tumori sono la conseguenza dell'accumulo di errori (mutazioni) all'interno del codice genetico di una cellula. Occorrono anni prima che le cellule accumulino una quantità di errori tale da acquisire le caratteristiche tumorali. E occorrono ancora anni prima che questa assuma le dimensioni di una massa tumorale. È però possibile nascere con mutazioni ereditate dai genitori che aumentano il rischio di tumore.

È il caso di quelle a carico di BRCA1 e BRCA2. Si tratta di geni responsabili della produzione di due proteine che svolgono un importante ruolo di controllo nei processi di replicazione delle cellule: sono in particolare coinvolti nei meccanismi di riparazione degli errori a carico del DNA. Sono dunque tra i numerosi geni che svolgono un ruolo cruciale proprio in quei processi che impediscono che una cellula sana si trasformi in cellula tumorale.

BRCA1 e BRCA2 non sono gli unici geni dalle cui mutazioni può risultare un rischio aumentato di tumore al seno. La ricerca da anni lavora a costruire un quadro completo delle mutazioni genetiche che stanno dietro a questo tumore e finora è riuscita a isolare almeno una decina di altri geni che, con forza diversa, possono influenzare lo sviluppo della malattia (TP53 e PTEN sono quelli più noti).

Se sono portatrici delle mutazioni genetiche il rischio di ammalarsi nel corso della vita varia tra il 45 e il 90 per cento. È quindi opportuno che si sottopongano a **esami genetici** per verificare la presenza di caratteristiche genetiche che predispongono allo sviluppo di tumore al seno. È importante non rimandare questo esame nel tempo: diversi studi che hanno studiato le donne con tumore al seno e all'ovaio di tipo ereditario hanno mostrato che nelle generazioni più giovani la malattia tende a presentarsi più precocemente rispetto alle generazioni precedenti (fino a 8 anni prima).

## Ci sono dei segnali che possono far sospettare che in famiglia siano presenti i geni del tumore al seno?

1.26

Gli esami che consentono di scoprire se un tumore è dovuto ad alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 sono disponibili soltanto da qualche anno. È quindi possibile che in passato qualche familiare sia stato affetto da questa forma tumorale senza che però lo si sapesse. Il sospetto che in famiglia siano presenti mutazioni a carico dei geni BRCA1 e BRCA2 nasce se sono presenti almeno due casi di tumore al seno precoce (prima dei 40 anni), magari bilaterale, o in un maschio, o con un caso di tumore ovarico, sempre in parenti molto prossimi tra loro.

In tutti questi casi è bene rivolgersi a un centro specializzato per una **consulenza genetica**. Dopo un'attenta raccolta della storia personale e familiare, il genetista valuterà se vi sono le indicazioni per eseguire l'esame del sangue attraverso il quale verrà valutata la predisposizione genetica.

## Cosa devo fare se risulterà positiva per uno di questi geni?

1.27

La positività ai geni BRCA1 e BRCA2 non significa che ci si ammalerà automaticamente di tumore al seno ma che si ha una probabilità più alta rispetto alle altre donne di sviluppare la malattia. A oggi non esiste modo per azzerare questo rischio ma sono disponibili strategie per ridurlo drasticamente o per anticipare la diagnosi in modo da identificare il tumo-

re in fase precoce, quando è più facile da aggredire con le terapie. Nel caso in cui il test risultasse positivo le donne hanno oggi tre opzioni.

La **prima** è una sorveglianza serrata che permette di diagnosticare eventuali tumori al seno quando sono ancora ai primissimi stadi, e quindi più facilmente curabili. Le linee guida dell'American Cancer Society consigliano alle donne con BRCA1 e 2 positivo di iniziare a sottoporsi a mammografia, ecografia e risonanza magnetica della mammella ogni anno a partire dai 30 anni. Dopo i 40 è possibile eseguire la mammografia e la risonanza magnetica con cadenza annuale, inframmezzate da un'ecografia ogni sei mesi. È una strategia molto efficace, ma non esente da limiti: nonostante i controlli siano molto ravvicinati è possibile che, data l'aggressività dei tumori legati a queste mutazioni, questi si sviluppino nel periodo tra un controllo e l'altro. Per la stessa ragione non è da escludere che la malattia venga individuata sì precocemente, ma non abbastanza per evitare i trattamenti più aggressivi. Inoltre, anche una sorveglianza così intensa non offre garanzie per la diagnosi precoce di un tumore dell'ovaio.

La **seconda** possibilità è l'assunzione di farmaci a scopo preventivo (farmacoprevenzione). Sostanze che agiscono sugli estrogeni (come il tamoxifene) sono in grado di dimezzare il rischio di sviluppare il tumore portandolo tra il 25 e il 40 per cento. Tuttavia, questi farmaci possono aumentare il rischio di sviluppare tumori dell'endometrio e inducono una menopausa precoce, con tutti i sintomi a essa associati.

L'**ultima** opzione è quella più invasiva, vale a dire l'asportazione preventiva di seni e ovaie. Si tratta di un intervento che riduce drasticamente il rischio di ammalarsi (ma non lo azzerava del tutto dato che non è possibile eliminare completamente il tessuto del seno e dell'ovaio) ma che ha un forte impatto sul corpo e sulla psiche della donna.

Un'alternativa è l'asportazione delle sole ovaie: è meno invasiva dell'asportazione delle mammelle perché non modifica l'immagine corporea ed è in grado di dimezzare il rischio di tumore al seno e di portare quasi a zero quello di tumore all'ovaio. Non esiste un'opzione migliore dell'altra: si tratta di una scelta personale che ogni donna, ascoltati gli specialisti, dovrà valutare sulla base delle proprie aspettative, delle proprie predisposizioni personali, del proprio carattere.

## A che età occorre iniziare lo screening mammografico e fino a che età bisogna continuare? 1.28

La possibilità di guarire dal tumore al seno è tanto più alta quanto più precoce è la diagnosi. Per questo secondo alcuni esperti è bene cominciare lo screening al seno già a 40 anni con una **mammografia** e un'**ecografia mammaria**, da ripetere poi ogni 1-2 anni, e possibilmente con un controllo specialistico dal senologo. Si tratta di indicazioni che possono apparire in contrasto con la periodicità dello screening organizzato dal Sistema sanitario nazionale che inizia solitamente a 50 anni e prevede l'esecuzione della sola mammografia ogni due anni. Ma non è così: gli screening offerti dal Servizio sanitario nazionale cercano di offrire gratuitamente la massima protezione possibile ai cittadini con le risorse limitate disponibili. Per questo si concentrano sulle donne tra i 50 e i 69 anni, fascia di età in cui i tumori della mammella sono più frequenti e la **mammografia** è più efficace.

Completamente diverso è il caso dei controlli periodici individuali attraverso cui ciascuno può prendersi personalmente cura della propria salute. La mammografia e l'ecografia eseguite fin da giovani (a partire dai 40 anni la prima e a partire dai 25-30 anni la seconda) sono preziose per rivelare i tumori occulti (quelli non rilevabili con l'autopalpazione) che se identificati in questa fase guariscono quasi nel 100 per cento dei casi. La diagnosi precoce, inoltre, consente di salvaguardare l'integrità del corpo femminile grazie alla possibilità di ricorrere a trattamenti meno aggressivi.

È vero, però, che l'età dai 30 ai 50 anni è la più delicata dal punto di vista diagnostico, poiché è quella in cui possono insorgere tutte le patologie del seno, sia benigne sia tumorali, con il rischio di dare origine a un numero elevato di **falsi allarmi (falsi positivi)** che hanno un costo sia in termini economici (per la ripetizione degli esami) sia personali (in termini psicologici e fisici, perché bisogna spesso ricorrere a test invasivi come le biopsie). Per questa ragione è opportuno abbinare la mammografia all'ecografia e alla visita senologica, sommando il potere diagnostico di tre diversi strumenti.

## 1.29 Faccio la mammografia da alcuni anni: che rischio corro legato alle radiazioni dell'esame?

Come ogni altra indagine radiografica, anche la mammografia espone a una piccola quantità di raggi X. Ciò tuttavia non deve preoccupare. È vero infatti che l'esposizione a radiazioni ionizzanti aumenta le probabilità di sviluppare tumori e leucemie, però nel caso della mammografia si utilizzano **bassissime dosi di radiazioni**, che sono ancora più basse con i mammografi digitali di ultima generazione. Si stima che occorrerebbe sottoporsi a circa 300 mammografie per registrare un aumento nel rischio di tumori.

Inoltre, la ghiandola mammaria è sensibile ai danni da radiazione solo nel momento dello sviluppo, quindi non nelle donna adulta.

Ciò vale anche per il tumore della tiroide, neoplasia che nel recente passato era stata connessa all'esposizione ai raggi X dell'esame mammografico. Dunque si può affermare che il rischio di danno da radiazioni conseguente alla mammografia annuale è del tutto irrilevante.

### COME FUNZIONA LA MAMMOGRAFIA (E COS'È LA TOMOSINTESI)



La **mammografia** è un esame che consente di visualizzare la struttura del seno. Nei fatti si tratta di una radiografia, vale a dire un esame ai raggi X analogo a quelli effettuati per visualizzare per esempio una frattura. Per rendere l'immagine più nitida e ridurre le dosi di radiazione, la mammografia viene

eseguita posizionando la mammella su un apposito sostegno e comprimendola leggermente tra due piastre plastificate. Questa operazione può creare dei fastidi o dolore, ma consente di ridurre le sovrapposizioni delle varie strutture del seno e quindi rendere più affidabile l'esame. Quasi sempre viene effettuata in due proiezioni: dall'alto in basso e dall'esterno all'interno.

La mammografia viene usata sia a scopo di screening (vale a dire per escludere la presenza di un tumore in persone sane) sia a scopo diagnostico (cioè per accertare la presenza di patologia in persone che abbiano

## Una mia amica che ha sempre fatto la mammografia si è ammalata tra un controllo e l'altro. C'è stato qualche errore nei suoi esami?

1.30

Non è detto che ci siano stati errori. Alcune forme tumorali possono avere un decorso particolarmente veloce che fa sì il tumore diventi sintomatico tra un controllo e l'altro. Purtroppo si tratta anche delle forme più aggressive e possono sfuggire anche ai controlli più attenti: si può però attenuare il rischio aumentando la frequenza dell'ecografia che, nelle persone con una suscettibilità al tumore al seno, può venire effettuata anche ogni sei mesi.

Più spesso, però, l'insorgenza di un tumore tra due successivi controlli può essere dovuta al lasso di tempo troppo lungo con cui questi vengono effettuati, che proprio per questa ragione non dovrebbe mai superare l'anno. In alcuni casi a condurre all'errore può essere invece un **seno particolarmente denso**, condizione frequente specie nelle donne più giovani. La densità del seno, infatti, può rendere poco leggibile la mammografia na-

accusato dei sintomi, per esempio la scoperta di un nodulo all'autopalpazione).

In ogni caso, l'esito positivo di una mammografia non corrisponde quasi mai a una diagnosi definitiva di tumore. L'esame è infatti utilissimo per indirizzare la diagnosi ma difficilmente riesce a distinguere tra le diverse tipologie di formazioni (benigne o maligne) che possono colpire il seno e che devono essere confermate con successivi esami.

I raggi X, infatti, restituiscono un'immagine in scala di grigi delle diverse strutture del seno che sono tanto più scuri quanto meno il tessuto è denso. Il tessuto adiposo (meno

denso) tende al nero, quello ghiandolare (più denso) tende al bianco. Dense sono in genere anche le diverse formazioni (cisti, fibroadenomi, calcificazioni, tumori) che possono colpire il seno. Per questa ragione un seno più denso può rendere più difficile l'interpretazione della mammografia. Un esame analogo alla mammografia è la **tomosintesi o mammografia 3D**, che con una procedura simile è in grado di restituire una immagine tridimensionale del seno: oggi questo test viene sempre più spesso associato alla mammografia, e in alcuni casi la sostituisce.

scondendo eventuali formazioni. Per questo motivo non ci si deve fermare alla mammografia ma bisogna eseguire anche un'ecografia per completare le informazioni a disposizione e avere un quadro completo.

### 1.31 A cosa serve l'ecografia del seno? Quando va fatta?

L'ecografia è uno strumento essenziale per la diagnosi di tumore al seno. È un esame indolore che dura pochi minuti e si basa sull'emissione di ultrasuoni a bassa frequenza e alta intensità. Queste onde, emesse da una sonda fatta passare sul seno, vengono riflesse in maniera diversa dai differenti tipi di tessuto: ciò consente di distinguere tra formazioni solide (quale può essere un tumore) e quelle a contenuto liquido (come le cisti).

Per questa sua caratteristica è particolarmente utile in caso di seno denso perché consente di distinguere tra tessuto mammario ed eventuali formazioni benigne o maligne.

L'ecografia, inoltre, consente un'ottima valutazione delle dimensioni delle formazioni presenti nel seno e dei loro bordi, una caratteristica, quest'ultima, importante per indirizzare verso una diagnosi di tumore o escluderla. A differenza della mammografia, però, non è un buon strumento per identificare le microcalcificazioni che potrebbero essere il primo segno di un carcinoma duttale in situ. Per queste caratteristiche l'ecografia rappresenta l'indagine di elezione per le **donne più giovani**, mentre dopo i 40 anni dovrebbe essere abbinata a una mammografia e a una visita senologica.

### 1.32 Come si svolge una visita senologica? Quando va fatta?

La visita senologica consiste in un esame approfondito del seno da parte di un medico senologo. L'esame, che viene effettuato senza l'impiego di nessuna strumentazione, è indolore ed è indicata almeno una volta prima dei 40 anni e ogni anno dai 40 in poi. Ha l'obiettivo di escludere malattie del seno. In caso di **riscontri sospetti**, la visita da sola non basta e bisogna ricorrere ad altre indagini diagnostiche. La visita senologica, dunque, da sola non basta per formulare una diagnosi di tumore al seno.





La visita si articola in due parti. Nella prima il medico raccoglie quante più informazioni possibili sulla storia clinica e sulle abitudini della paziente: presenza di patologie, assunzione di farmaci, età del primo ciclo mestruale o dell'inizio della menopausa, gravidanze, presenza di casi di tumore al seno in famiglia, stili di vita. Nella seconda parte viene eseguito l'esame clinico vero e proprio in cui il medico valuta la mammella attraverso un'attenta osservazione e palpazione.

## Un tempo si consigliava l'autopalpazione del seno per la diagnosi del tumore al seno, oggi molto meno. Perché? Questo esame serve ancora?

1.33

L'autopalpazione rimane uno dei cardini della lotta al tumore al seno e ogni donna dovrebbe effettuarla una volta al mese a partire dai 20 anni di età. L'esame periodico permette di imparare a conoscerne l'aspetto normale del proprio seno e di **notare ogni minimo cambiamento**. In tal modo si può limitare il rischio di ricevere una diagnosi di tumore in fase avanzata.

È vero, però, che l'obiettivo oggi è giungere a una diagnosi prima ancora che il tumore sia palpabile: per questo è bene sottoporsi alle periodiche indagini di screening. Da questo punto di vista, l'autopalpazione rimane una **scialuppa di salvataggio** per riconoscere quelle formazioni che insorgono tra un controllo e l'altro senza dover attendere la visita successiva.

L'autopalpazione va eseguita tutti i mesi a distanza di almeno 2-3 giorni dalla fine del ciclo (poiché questa è la fase in cui il seno è meno dolente e turgido); se si è in gravidanza o in menopausa, il momento in cui eseguirlo è indifferente.

### 1.34 **Ho sentito parlare di risonanza magnetica al posto della mammografia. Quando si fa e perché?**

La risonanza magnetica mammaria non sostituisce mai la mammografia come indagine di screening. L'esame è uno strumento diagnostico molto potente che permette di identificare anche noduli molto piccoli, spesso impalpabili e invisibili con le metodiche tradizionali. Tuttavia non è indicato per la popolazione generale: ha infatti un elevato tasso di falsi positivi (identifica come tumori formazioni che non lo sono) e inoltre non è in grado di rilevare la presenza di microcalcificazioni.

A oggi, la risonanza magnetica mammaria come metodica di screening in aggiunta alla mammografia e alla visita senologica è dunque indicata soltanto per donne con aumentato rischio di tumore al seno o con caratteristiche anatomiche che rendono poco efficaci i tradizionali strumenti diagnostici. In particolare viene consigliata alle donne con:

- **mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2**;
- **rischio aumentato** di ammalarsi di tumore al seno nel corso della vita, calcolato con appositi modelli predittivi che tengono conto di numerosi fattori (età, esposizione alle radiazioni prima dei 15 anni, storia ormonale, stili di vita, etc.);
- **storia personale** di carcinoma duttale in situ, lobulare in situ, iperplasia duttale atipica, iperplasia lobulare atipica;
- **mammelle particolarmente dense**.

# Il trattamento

**L**a mammografia o il controllo senologico hanno svelato qualcosa di sospetto, che merita un approfondimento diagnostico. Prima di cedere al panico, però, è bene sapere che nella stragrande maggioranza dei casi l'ecografia di controllo e persino la biopsia svelano lesioni benigne.

Anche nel caso in cui la lesione si rivelasse maligna, oggi le armi a disposizione dei medici sono molte, meno invasive di un tempo e decisamente più efficaci. Non è possibile in una guida pratica come questa illustrare tutte le possibili terapie: è il medico che, a livello individuale, sulla base delle caratteristiche della paziente e del suo tumore, deciderà lo schema terapeutico più adatto.

In questo capitolo troverete però importanti informazioni sugli interventi chirurgici più comuni, sui farmaci più indicati per la chemioterapia e per le terapie ormonali e molti consigli pratici per affrontare la cura e i suoi inevitabili effetti collaterali.

Lo scopo di questa parte della Guida è di consentire alle donne di fare, insieme al loro medico, delle scelte consapevoli quando sono a disposizione più opzioni, e di comprendere appieno le ricadute immediate e a lungo termine di soluzioni come la ricostruzione della mammella, la radioterapia intra o extraoperatoria, lo

## Il trattamento

svotamento del cavo ascellare e altre ancora. Non solo: verranno qui affrontate anche questioni pratiche come la gestione degli effetti collaterali più comuni (dalla nausea alla perdita dei capelli). Talvolta ciò che rende particolarmente difficile far fronte al periodo della terapia è la sensazione di essere le uniche a provare certi fastidi o dolori.

Non è affatto così: tutte le donne che hanno combattuto, e vinto, il tumore del seno sono passate attraverso gli stessi momenti difficili. La loro esperienza, così come l'esperienza dei medici, è all'origine di alcuni dei consigli che troverete nelle prossime pagine.

### 2.01 La mammografia mostra qualcosa di sospetto e il medico vuole proseguire nelle indagini. Quali sono gli strumenti possibili?

Una **mammografia positiva o sospetta** non equivale a una diagnosi di tumore al seno. Per essere certi o escludere la presenza di formazioni tumorali è necessario eseguire ulteriori esami, oltre naturalmente all'esame clinico.

L'**ecografia mammaria** è il primo esame a cui si ricorre a seguito di una mammografia sospetta, dal momento che è in grado di distinguere tra masse a contenuto liquido, come le cisti, che non richiedono un trattamento e quelle a contenuto solido quali potrebbe essere un tumore. In alcuni casi - per esempio per seni molto densi o qualora il risultato continuasse a essere incerto - in aggiunta all'ecografia può essere prescritta una **risonanza magnetica**.

Se anche questi esami confermano un referto dubbio o un sospetto di tumore al seno, allora in genere si procede con una **biopsia** o un **agoaspirato**. Sono indagini che prevedono il prelievo di piccole porzioni di tessuto o di cellule che vengono poi sottoposte a un esame al microscopio. La prescrizione di una biopsia o di un agoaspirato da parte del proprio medico non significa che quella massa sia di natura tumorale. Anzi, nella maggioranza dei casi questi esami danno esito negativo.

## LE DIFFERENZE TRA BIOPSIA E AGOASPIRATO

Biopsia e agoaspirato sono esami che hanno lo stesso obiettivo: prelevare un piccolo campione di tessuto o di cellule da sottoporre poi all'esame al microscopio per valutarne la natura. La scelta del metodo migliore viene effettuata dal medico sulla base di diversi fattori: per esempio le caratteristiche della formazione da analizzare, le sue dimensioni o la localizzazione. La differenza sostanziale tra le due tecniche è la maggiore invasività della biopsia, che tuttavia talvolta è necessaria per ottenere una maggiore affidabilità dell'indagine.

Si distinguono:

- **agoaspirato (o micro-agobiopsia):** un ago di calibro simile a quello di una normale siringa viene inserito nel seno fino a raggiungere il nodulo da esaminare. Qui viene aspirato del materiale da sottoporre a successive analisi. L'esame viene svolto in anestesia locale;
- **macro-agobiopsia:** rispetto all'agoaspirato, l'esame utilizza aghi di maggiore calibro che consentono l'asportazione di una piccola porzione di tessuto dal nodulo. Nel corso della macro-agobiopsia vengono prelevati più campioni. Per localizzare al meglio il nodulo, la macro-biopsia può essere effettuata con il supporto di diversi strumenti di imaging: la mammografia, l'ecografia o la risonanza magnetica.
- **biopsia escissionale (o chirurgica):** prevede la rimozione, attraverso un'incisione sul seno, dell'intero nodulo e di una piccola parte di tessuto circostante da sottoporre poi a esame istologico. È il metodo più accurato per effettuare una diagnosi, ma è anche il più invasivo e perciò non è di solito la prima scelta. La procedura viene eseguita in sala operatoria. Nel caso in cui il nodulo non fosse palpabile, prima dell'intervento viene contrassegnato sulla superficie del seno allo scopo di essere reso reperibile dal chirurgo. A questo fine possono essere usati diversi strumenti: coloranti, un sottile filo metallico, una clip in titanio o traccianti radioattivi.

### 2.02 Il nodulo è benigno. Può diventare maligno? È meglio farselo togliere lo stesso?

Esistono innumerevoli tipologie di lesioni benigne del seno. Alcune di esse non incidono minimamente sul rischio di tumore, altre lo aumentano lievemente, altre ancora tendono nel tempo a diventare maligne. Al primo gruppo appartengono, per esempio, le lesioni fibrocistiche, le cisti, i fibroadenomi; aumentano lievemente il rischio di ammalarsi, invece, lesioni classificate come iperplasie moderate, mentre le probabilità di ammalarsi crescono fino a 4-5 volte se si riceve una diagnosi di iperplasia atipica.

Ciascuna di esse richiede un **comportamento diverso che va concordato con il proprio medico**: il più delle volte è sufficiente sottoporsi ai regolari controlli annuali, nel caso di lesioni a più alto rischio è possibile invece intraprendere una terapia farmacologica che consente di ridurre le probabilità che la malattia si sviluppi.

A volte, però, anche le lesioni completamente benigne possono richiedere un intervento chirurgico. I fibroadenomi (i più frequenti tumori benigni della mammella), per esempio, sebbene non si evolvano verso il tumore, in alcune donne possono presentarsi in forme multiple o recidivanti, in alcuni casi crescere notevolmente e a velocità sostenuta. In questi casi può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica con un intervento definito nodulectomia.

### 2.03 Cos'è il lavaggio dei dotti?

Il lavaggio dei dotti galattofori è un'innovativa tecnica potenzialmente in grado di anticipare la diagnosi di tumore al seno.

Consiste nell'inserimento di un minuscolo catetere nei dotti galattofori, il luogo in cui ha origine la maggioranza dei tumori invasivi. Attraverso il catetere viene iniettato un liquido in grado di "lavare" i dotti staccando dalle loro pareti una piccola quantità di cellule. Questo liquido viene successivamente analizzato per verificare la presenza di cellule tumorali. In tal modo è possibile individuare anomalie cellulari prima ancora che abbiano cominciato a formare una massa tumorale rilevabile con le tradizionali indagini

diagnostiche e anticipare così la diagnosi di anni. L'esame provoca solo un leggero fastidio ed è particolarmente utile per le donne ad alto rischio, per esempio perché **portatrici di anomalie genetiche** che predispongono al tumore al seno (come le mutazioni a carico dei geni BRCA1 e BRCA2) o perché in passato già ammalate di tumore.

## Come si svolge l'intervento di quadrantectomia?

2.04

La quadrantectomia è l'intervento chirurgico di prima scelta per la rimozione del tumore al seno. Si tratta di un intervento conservativo (che permette cioè di salvare il seno), che dall'inizio degli anni Ottanta ha preso il posto della mastectomia, l'asportazione completa della mammella.

L'intervento prende il nome dal fatto che i medici sono soliti dividere idealmente il seno in quattro aree e consiste nell'asportazione della sola area della mammella in cui è localizzato il tumore, talvolta con la cute soprastante e con una parte del muscolo grande pettorale al di sotto della ghiandola. Deve essere seguito da una radioterapia allo scopo di proteggere il seno sia dal rischio di recidiva sia dalla comparsa di un nuovo tumore. In genere l'intervento è possibile per tumori di piccole dimensioni, fino a circa 3 centimetri.

La diffusione della quadrantectomia è una **vittoria tutta italiana** che si deve a Umberto Veronesi, che negli anni Settanta comprese che la mastectomia era un intervento troppo aggressivo per tumori molto piccoli le cui cellule si riproducono in maniera poco aggressiva. Dal 1973 avviò uno studio su 700 donne, metà delle quali sottoposta alla tradizionale mastectomia totale, mentre l'altra metà sottoposta a quadrantectomia seguita da radioterapia.

Nel 1981 i primi risultati di quello studio furono pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e non lasciavano dubbi: le donne dei due gruppi non presentavano differenze nella sopravvivenza né nel tempo trascorso prima di una eventuale ricaduta. Le due tecniche, dunque, erano equivalenti sotto il profilo dell'efficacia. La quadrantectomia, però, riduceva gli effetti negativi dell'intervento sul corpo della donna ed evitava il disagio psicologico derivante dalla mutilazione conseguente alla mastectomia tradizionale.

### 2.05 In cosa consiste la tecnica del linfonodo sentinella?

La tecnica del linfonodo sentinella è una procedura che consente di sapere, con un esame poco invasivo, se il tumore originato nel seno ha iniziato a diffondersi ad altri organi.

Il sistema linfatico è un sistema di drenaggio diffuso in tutto l'organismo che raccoglie i fluidi presenti nei tessuti e li cede al sistema circolatorio; **i linfonodi costituiscono delle stazioni lungo questa rete** e svolgono un importante ruolo nel funzionamento del sistema immunitario.

L'ascella rappresenta uno degli snodi cruciali di questa rete: vi sono presenti diversi raggruppamenti di linfonodi ed è qui che giungono le vie di

#### TUTTI I TIPI DI MASTECTOMIA

La mastectomia è un intervento chirurgico che consiste nell'asportazione dell'intero seno. Viene impiegato per tumori di grandi dimensioni o diffusi a più quadranti della mammella. Sebbene si tratti di un intervento molto radicale, nel tempo sono state messe a punto tecniche che, quando possibile, consentono di ridurre al minimo l'impatto dell'intervento sulla funzionalità e sull'estetica del seno. A seconda delle caratteristiche del tumore è possibile optare per:

- ▶ mastectomia **totale**: consiste nell'asportazione dell'intera ghiandola mammaria e di un'ampia parte di cute soprastante comprendente sia l'areola sia il capezzolo. È l'intervento più invasivo, riservato a tumori molto diffusi;
- ▶ mastectomia **con risparmio cutaneo** (skin sparing): prevede l'asportazione della ghiandola mammaria, dell'areola e del capezzolo. Vi si ricorre quando il tumore è collocato dietro l'areola;
- ▶ mastectomia **con risparmio del capezzolo** (nipple-sparing): consente la conservazione dell'areola e del capezzolo che vengono però sottoposti a radioterapia durante l'intervento. Consente migliori risultati estetici ma è necessario che areola e capezzolo non siano coinvolti dal tumore. Per questo un piccolo campione di tessuto è sottoposto ad analisi istologica nel corso dell'operazione;
- ▶ mastectomia **sottocutanea**: prevede l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria, preservando però la cute della mammella, l'areola e il capezzolo.



drenaggio che partono dal seno. In caso di tumore, attraverso queste vie le cellule tumorali possono diffondersi ad altri organi. Per farlo, tuttavia, devono attraversare, uno dopo l'altro, diversi linfonodi.

Proprio su questa dinamica si basa la tecnica del linfonodo sentinella: se il primo linfonodo di questa catena (il linfonodo sentinella) non è stato raggiunto dalle cellule tumorali, allora è quasi certo che anche quelli posti a valle siano puliti e che il tumore non abbia cominciato a diffondersi.

Disporre di questa informazione consente non solo di impostare al meglio la terapia, ma anche di risparmiare alla donna un intervento con conseguenze potenzialmente serie: lo svuotamento del cavo ascellare, cioè l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari.

Per identificare il linfonodo sentinella si usa una tecnica definita **linfoscintigrafia**: si inietta sottocute nella mammella una minima quantità di un isotopo debolmente radioattivo che, seguendo la via linfatica della mammella, si blocca nel primo linfonodo ascellare.

Il linfonodo, così identificato, viene poi rimosso praticando una piccola incisione sull'ascella, o durante la stessa incisione della chirurgia mammaria, e sottoposto ad esame istologico. Se non risulta infiltrato da metastasi significa che il tumore è circoscritto al seno o ha appena iniziato a espandersi: non è perciò necessario alcun intervento. Lo stesso nei casi di micrometastasi del linfonodo (<2mm). In caso di linfonodo metastatico attualmente non è sempre necessario asportare tutti i linfonodi ascellari. In caso di chirurgia conservativa e 1-2 linfonodi sentinella metastatici gli studi hanno dimostrato che si può tranquillamente evitare la dissezione ascellare.

A seconda dei casi, la biopsia del linfonodo sentinella può essere eseguita prima dell'intervento o direttamente durante l'intervento al seno.

## Cosa accade se il chirurgo decide di procedere con lo svuotamento del cavo ascellare?

2.06

Lo svuotamento del cavo ascellare (o dissezione ascellare) consiste nell'asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella. Può rendersi necessario in caso di positività del linfonodo sentinella o con tumori del seno particolarmente voluminosi con un coinvolgimento dei linfonodi rilevabile già all'esa-

## Il trattamento

me clinico.

Dal momento che nell'ascella sono presenti piccole terminazioni nervose e che i linfonodi ascellari raccolgono i vasi linfatici che arrivano anche da altre zone del corpo (braccio, spalla eccetera) la dissezione ascellare può comportare alcuni problemi:

- **linfocele**, vale a dire un accumulo di linfa limitato al cavo ascellare che può richiedere un drenaggio;
- **problemi sensoriali**, come riduzione della sensibilità, formicolii all'ascella e al braccio, senso di "cuscino" sotto l'ascella: tendono a risolversi con il tempo;
- **difficoltà al movimento della spalla**;
- **linfedema**, cioè un lieve gonfiore del braccio o della mano dovuto alle difficoltà di drenaggio dovuti all'asportazione dei linfonodi. Può insorgere a distanza anche di mesi o anni dall'intervento e, oltre a causare fastidi, favorisce l'insorgenza di infezioni.

### 2.07 Cos'è la radioterapia intraoperatoria e quando la si usa?

La radioterapia intraoperatoria (o trattamento intraoperatorio con elettroni, ELIOT) è un innovativo trattamento che consente di concentrare l'intero ciclo di radioterapia in un'unica seduta contestuale all'intervento chirurgico per l'asportazione di un tumore del seno.

La metodica prevede l'irraggiamento con un fascio di elettroni soltanto dell'area del seno circostante a quella da cui è stata rimossa la massa tumorale, per circa tre minuti. Il suo scopo, come quello della tradizionale radioterapia esterna, è quello di ridurre il rischio di recidive locali.

Sebbene sia una tecnica piuttosto recente, la sua efficacia è stata dimostrata in numerosi studi. Una ricerca condotta su oltre 1.300 donne e pubblicato sulla rivista *The Lancet* nel 2013 ha dimostrato le stesse percentuali di sopravvivenza nelle donne trattate con ELIOT e in quelle sottoposte a radioterapia esterna tradizionale. Unica differenza la percentuale di recidive risultata lievemente più alta nel gruppo sottoposto a ELIOT.

A **parità di efficacia**, la radioterapia intraoperatoria presenta però **numerosi vantaggi** rispetto a quella esterna. Innanzitutto, riduce l'espo-

sizione a radiazioni di organi importanti come i polmoni e il cuore, oltre alla pelle, risultando quindi molto meno tossica. Inoltre, la possibilità di effettuare il trattamento radiante in un'unica seduta contestualmente all'intervento chirurgico evita alla paziente il disagio fisico e psicologico (e l'impatto socio-economico) di un trattamento lungo.

La radioterapia intraoperatoria, però, non può essere impiegata per tutti i casi di tumore al seno. Il suo utilizzo è limitato soprattutto alle donne post-menopausa con tumori piccoli (fino a 2 centimetri) e che non si siano estesi ai linfonodi.

## Quando si può procedere con la ricostruzione del seno durante l'intervento e quando è meglio aspettare la fine delle cure? 2.08

La ricostruzione del seno è ormai parte integrante del trattamento del tumore. Ripristinare l'integrità corporea lesa dalla chirurgia non è semplicemente un vezzo estetico ma **un passo fondamentale verso la guarigione e l'accettazione del proprio corpo.**

Per le donne operate di tumore al seno esistono diverse tipologie di intervento ricostruttivo. La scelta di quale eseguire dipende da numerosi fattori: il tipo di operazione a cui ci si è sottoposti (mastectomia o quadrantectomia, per esempio), lo stadio del tumore, la necessità o meno di sottoporsi a ulteriori trattamenti, le preferenze personali.

Le due opzioni principali sono la ricostruzione contestuale alla mastectomia o successiva.

Certamente eseguire la ricostruzione durante l'intervento di mastectomia ha enormi vantaggi: permette di risparmiare il trauma della mutilazione, di subire meno operazioni chirurgiche, di avere migliori risultati e cicatrici meno visibili. Tuttavia non sempre la ricostruzione immediata è la scelta migliore. Nei casi in cui ci si deve sottoporre alla radioterapia, è preferibile rimandare a un secondo momento la ricostruzione poiché il trattamento può interferire con la cicatrizzazione e dare risultati estetici non soddisfacenti.

Anche nei casi in cui è necessario sottoporsi a chemioterapia e in

## Il trattamento

presenza di malattia molto avanzata è meglio attendere, l'operazione di ricostruzione può indurre infatti a livello locale la soppressione dell'attività protettiva del sistema immunitario e ciò potrebbe facilitare la diffusione del tumore. Nel caso di ricostruzione mammaria differita, durante l'intervento di mastectomia viene impiantata una protesi temporanea detta espansore mammario. Si tratta di un palloncino di silicone il cui progressivo riempimento consente, nel corso dei mesi successivi all'impianto, di estendere i tessuti della mammella residua.

L'impianto della protesi definitiva avviene in genere dopo circa sei mesi dall'intervento.

### 2.09 Ho un carcinoma in situ. Devo per forza fare una quadrantectomia per eliminarlo?

Non è detto. In alcuni casi è possibile optare per un intervento ancora più conservativo della quadrantectomia: la tumorectomia (o escissione locale ampia), cioè l'asportazione del solo tumore e di un piccolo bordo (di circa 1 centimetro) di tessuto normale che lo circonda. Si tratta di un intervento che è tuttavia possibile soltanto per i carcinomi di piccole dimensioni in rapporto al volume del seno.

Inoltre può non essere definitivo: qualora i margini contenessero cellule tumorali è necessario ampliare la resezione di tessuto fino a una vera e propria quadrantectomia.

Nel caso siano presenti più focolai, invece, può essere necessario ricorrere alla mastectomia.

### 2.10 Il mio carcinoma in situ è stato tolto. Dovrò fare la radio e la chemio?

Non è quasi mai necessario sottoporsi a chemioterapia dopo l'asportazione di un carcinoma duttale in situ. Non devono sottoporsi a radioterapia le donne che hanno subito una mastectomia. Mentre la radioterapia è sempre indicata per ridurre il rischio di recidive locali nelle donne che abbiano

subito un intervento conservativo (tumorectomia e quadrantectomia). Si stima che la radioterapia dopo l'intervento di rimozione del carcinoma in situ riduca il rischio di tumore nella stessa mammella del 60 per cento. Oltre alle donne che hanno subito mastectomia, l'opportunità di evitare la radioterapia può essere presa in considerazione in selezionatissimi casi in cui coesistano quattro condizioni: tumori molto piccoli, margini chirurgici ampi e negativi, bassa aggressività delle cellule tumorali, età avanzata. È possibile evitare la radioterapia anche per piccoli tumori positivi ai recettori ormonali che verranno trattati con l'assunzione di una terapia ormonale (tamoxifene).

## Quali sono gli stadi del tumore al seno e quali le terapie più comuni per ciascuno stadio? 2.11

L'evoluzione del tumore al seno è articolata in 5 stadi, numerati progressivamente da 0 a 5. Lo stadio indica quanto il tumore si è esteso rispetto alla sede originaria.

- Lo **stadio 0** indica i carcinomi in situ, sia duttali sia lobulari (per la terapia consultare i capitoli 1 e 3);
- Lo **stadio 1** si riferisce a tumori in fase iniziale, che misurano meno di 2 centimetri, hanno superato le pareti dei dotti galattofori o dei lobuli da cui hanno avuto origine, ma non si sono diffusi ai linfonodi né ad altre parti del corpo. Il trattamento per queste forme tumorali consiste nella rimozione chirurgica della formazione. L'intervento di prima scelta è quello meno invasivo possibile in relazione alle caratteristiche del tumore: per tumori molto piccoli si può optare per la tumorectomia, cioè l'asportazione del solo tumore e di un piccolo bordo di tessuto normale che lo circonda. Più spesso è necessario eseguire una quadrantectomia (cioè l'asportazione di circa un quarto della mammella). In questi casi, dopo l'intervento, è necessario sottoporsi a radioterapia. Quando il tumore, sebbene piccolo, è presente in più sedi o sono presenti particolari fattori di rischio è necessario effettuare una mastectomia. In tal caso, la radioterapia non è necessaria. In caso di tumori allo stadio 1 è sempre prevista la biopsia del linfonodo sentinella. I tassi di sopravvivenza a 5 anni per i tumori del seno iden-



tificati allo stadio 1 sono prossimi al 100 per cento.

- Lo **stadio 2** indica tumori in stadio più avanzato ma con un'ottima risposta alle terapie. Può trattarsi di tumori di medie dimensioni (da 2 a oltre 5 centimetri) che non si sono diffusi ai linfonodi o di tumori di dimensioni più piccole (fino a 5 centimetri) che hanno già raggiunto i linfonodi. Il trattamento per i tumori in questo stadio prevede come prima scelta la quadrantectomia seguita da radioterapia. Per tumori più estesi si ricorre alla mastectomia (a cui in alcuni casi può far seguito la radioterapia). A seconda del coinvolgimento dei linfonodi può essere necessario eseguire lo svuotamento del cavo ascellare. Il trattamento dei tumori al seno in questo stadio prevede anche l'assunzione di farmaci ormonali se il tumore è risultato positivo ai recettori ormonali o di farmaci a bersaglio molecolare (trastuzumab) se positivo ai recettori HER2. La sopravvivenza a 5 anni per i tumori al seno di stadio 2 è superiore all'85 per cento.
- I tumori allo **stadio 3** sono tumori localmente avanzati. Indipenden-

temente dalla loro dimensione, si sono estesi ai linfonodi o alle aree nelle immediate vicinanze del seno (pelle, parete toracica al di sotto del seno). Il trattamento per i tumori al seno di stadio 3 è più complesso di quello impiegato negli stadi iniziali: in genere il primo passo è la chemioterapia neoadiuvante, cioè eseguita prima dell'intervento chirurgico allo scopo di ridurre le dimensioni della massa. A questa si fa seguire la chirurgia che, a seconda delle dimensioni e delle altre caratteristiche del tumore può essere conservativa (quadrantectomia) o radicale (mastectomia). Quasi sempre è necessario lo svuotamento del cavo ascellare. Dopo l'intervento chirurgico è necessario sottoporsi a radioterapia e spesso anche a chemioterapia. Quando le caratteristiche molecolari del tumore lo consentono è necessario assumere anche la terapia ormonale e/o trastuzumab. La sopravvivenza a 5 anni per i tumori allo stadio 3 è di poco inferiore al 60 per cento.

- Lo **stadio 4** indica tumori metastatici che si sono diffusi ad altri organi: ossa, fegato, polmoni sono le sedi più frequenti. Una diagnosi di tumore al seno metastatico è grave ma non è una sentenza di morte. Oggi l'aspettativa di vita media è prossima ai 5 anni, ma si tratta di un dato che nasconde una grande variabilità condizionata da quanto il tumore è esteso, da quali organi ha colpito, dalle sue caratteristiche, da quanto risponde alle terapie, dall'età e dallo stato di salute della paziente. Altrettanto variabile è la terapia indicata per i tumori in questa fase che, comunque, è sempre generale. A seconda delle caratteristiche del tumore e della localizzazione delle metastasi può comprendere chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale, farmaci biologici.

## Perché devo fare la radioterapia?

2.12

La radioterapia è uno dei capisaldi del trattamento del tumore del seno. Viene impiegata nella maggior parte dei casi di tumore del seno allo scopo di prevenire le recidive locali (radioterapia adiuvante). Per quanto possano essere precise le tecniche chirurgiche, infatti, non è possibile escludere che cellule tumorali (irricognoscibili anche per le più avanzate tecniche

## Il trattamento

diagnostiche) siano rimaste nelle vicinanze della sede del tumore rimosso chirurgicamente. Da queste cellule può avere origine una nuova massa tumorale.

La radioterapia consente di distruggerle. Consiste infatti in un fascio di radiazioni indirizzato direttamente sull'area in cui è più alto il rischio che siano presenti cellule tumorali. Può essere somministrata sia dall'esterno del corpo, in più sedute, sia, in un'unica seduta contestuale all'intervento, direttamente sull'area da colpire.

### 2.13 Quanto dura la radioterapia e come si svolgono le sedute?

La durata del trattamento radioterapico dipende dalle caratteristiche e dallo stadio del tumore: in genere prevede l'esecuzione di 5 sedute settimanali (dal lunedì al venerdì) per 3-6 settimane. Ogni seduta ha una durata di 10-30 minuti, ma l'irraggiamento vero e proprio dura solo pochissimi minuti.

Buona parte del tempo è assorbita dalla preparazione della paziente alla terapia, soprattutto dal **corretto posizionamento**. Assumere una corretta posizione sul lettino e mantenerla per tutta la durata della somministrazione del trattamento è infatti fondamentale perché questo vada a buon fine: il fascio di radiazioni colpisce zone molto piccole del corpo e anche un minimo movimento può far mancare il bersaglio.

Durante la somministrazione della radioterapia, che viene effettuata in un apposito bunker che impedisce alle radiazioni di diffondersi in altri ambienti, la paziente rimane da sola nella sala, ma è sempre controllata e può comunicare con il personale che si trova in una sala attigua.

Prima che il ciclo di trattamento abbia inizio, è prevista una fase di "simulazione" in cui vengono identificate le aree da colpire e quelle da proteggere. La pelle viene inoltre segnata con un **inchiostro speciale** o con **piccoli tatuaggi** per identificare a ogni seduta l'area esatta da irradiare.



## COS'È LA CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE E NEOADIUVANTE?

Viene definita adiuvante o postoperatoria la chemioterapia somministrata dopo l'intervento chirurgico di asportazione del tumore. Questa chemioterapia è finalizzata a uccidere le cellule tumorali che sono troppo piccole per essere viste dal chirurgo o dalle tecniche di imaging. Queste cellule hanno il potenziale di replicarsi e dar vita a un nuovo tumore, nel luogo in cui si trovava quello rimosso, o di migrare ad altre parti del corpo.

La chemioterapia neoadiuvante è invece somministrata prima dell'intervento

chirurgico e ha l'obiettivo di ridurre le dimensioni del tumore per far sì che possa essere rimosso più facilmente e con minori probabilità di lasciare cellule tumorali. La chemioterapia neoadiuvante, inoltre, aumenta le probabilità di poter ricorrere alla chirurgia conservativa e costituisce un test sulla sensibilità del tumore al trattamento: nei casi in cui non si dovesse dimostrare efficace, dopo la chirurgia può essere iniziato un nuovo trattamento con altri farmaci potenzialmente più efficaci.

## Chi deve fare la chemioterapia e perché?

2.14

La chemioterapia è un trattamento sistemico (che si diffonde cioè a tutto l'organismo) che consiste nella somministrazione di farmaci molto potenti in grado di colpire selettivamente le cellule tumorali. Agisce infatti sfruttando una caratteristica che contraddistingue le cellule tumorali dalla maggior parte di quelle sane: la **rapida capacità di riprodursi**. Dal momento che i farmaci chemioterapici interferiscono con i meccanismi legati alla replicazione delle cellule sono in grado di esplicare il loro effetto quasi esclusivamente sulle cellule tumorali (e su alcune altre con caratteristiche analoghe, come le cellule dei bulbi piliferi e delle mucose).

Nel trattamento del tumore al seno la chemioterapia può essere effettuata per:

- **ridurre le dimensioni del tumore** da sottoporre successivamente ad asportazione chirurgica (neoadiuvante);
- ridurre il rischio che la malattia si ripresenti grazie alla capacità di **eliminare cellule tumorali che possono essersi diffuse** in altre parti del corpo (adiuvante);

## Il trattamento

- **rallentare la progressione del tumore** quando non è trattabile chirurgicamente e prolungare così l'aspettativa di vita;
- **ridurre i sintomi** causati dal tumore.

L'impiego della chemioterapia è in genere riservato soprattutto ai tumori localmente avanzati (stadio 3, sia come trattamento neoadiuvante sia adiuvante) ma può essere impiegata anche in tumori in fase iniziale se questi hanno caratteristiche biologiche che li rendono particolarmente aggressivi o e in quelli metastatici allo scopo di rallentare la progressione della malattia e attenuarne i sintomi.

### 2.15 Quali sono le tipologie più comuni di chemioterapia usate nel tumore al seno?

Per il trattamento dei tumori della mammella sono disponibili molti farmaci chemioterapici da somministrare da soli o in combinazione. La maggior parte di essi è somministrata **per via endovenosa**, ma in alcuni casi sono disponibili anche **in compresse**.

La chemioterapia viene articolata in **cicli di trattamento** che prevedono la somministrazione dei farmaci in uno o più giorni a cui poi far seguire qualche settimana di interruzione. Ciò garantisce una maggiore efficacia della chemioterapia, dal momento che non tutte le cellule sono contemporaneamente in fase di replicazione e quindi sensibili ai farmaci chemioterapici. Inoltre, consente al corpo un migliore recupero dagli effetti collaterali.

La durata di ciascun ciclo e il numero di cicli vengono scelti sulla base delle caratteristiche del tumore e del suo stadio, dai chemioterapici impiegati, dalla risposta del tumore al trattamento.

I farmaci maggiormente impiegati sono le antracicline (per esempio epirubicina e doxorubicina o adriamicina), i taxani (docetaxel e paclitaxel), i derivati del fluoro (5-fluorouracile e capecitabina), il metotrexate, la vinorelbina, la gemcitabina, i derivati del platino (per esempio, cisplatino e carboplatino). Dal momento che l'associazione di sostanze diverse consente di aggredire le cellule tumorali colpendo contemporaneamente diversi meccanismi essenziali per la loro replicazione, questi farmaci vengono spesso usati insieme in quelli che vengono definiti **schemi terapeutici**.

Ne esistono diversi, in genere identificati dalle iniziali dei farmaci che li compongono. I più comuni sono:

- AC (doxorubicina/adriamicina e ciclofosfamide);
- CMF (ciclofosfamide, metotrexate e 5-fluorouracile);
- FAC/FEC (5-fluorouracile, doxorubicina/adriamicina o epirubicina e ciclofosfamide).
- taxolo settimanale
- EC (epirubicina e ciclofosfamide).

Questi schemi possono essere a loro volta composti ulteriormente (per esempio lo schema EC può essere seguito dal trattamento con taxolo settimanale) o combinati con farmaci biologici o immunoterapici.

Una particolare modalità di somministrazione della chemioterapia è quella definita **dose-densa** che consiste nella riduzione del tempo che intercorre tra due successivi cicli di trattamento. Questa modalità richiede l'assunzione di farmaci (fattori di crescita) che consentano una ripresa tempestiva del sistema immunitario prima dell'inizio del successivo trattamento.

## Perché la chemio fa cadere i capelli? Esistono chemioterapie che non fanno cadere i capelli?

2.16

I farmaci chemioterapici funzionano sfruttando una particolare caratteristica delle cellule tumorali: la loro replicazione rapida e incontrollata. Tuttavia, esistono diverse popolazioni cellulari sane del nostro organismo che hanno una velocità di replicazione più veloce di quella delle altre cellule: quelle del midollo osseo, quelle delle mucose del tratto gastrointestinale, quelle dei follicoli piliferi.

Per questa ragione gli **effetti collaterali** più comuni della chemioterapia sono anemia e calo delle difese immunitarie, vomito, diarrea e infiammazione o infezioni della bocca, perdita di capelli. Quest'ultimo disturbo, sebbene non sia grave può avere un pesante effetto sul benessere psichico della donna.

Non tutti i farmaci chemioterapici hanno gli stessi effetti sulla perdi-



ta dei capelli: i taxani, per esempio, hanno un impatto molto maggiore dal momento che esercitano il loro effetto sui peli di tutto il corpo. Gli effetti dell'adriamicina sono invece limitati ai capelli, mentre quelli di metotrexate, ciclofosfamide e 5-fluorouracile sono in genere di minore entità. L'entità della caduta dei capelli, inoltre, è strettamente correlata alla dose del trattamento. In anni recenti è stata sperimentata una chemioterapia a base di doxorubicina liposomale che non ha effetti sui capelli.

### 2.17 Come funziona il casco per evitare la caduta dei capelli e quando si può usare?

Negli ultimi anni in molti centri si è diffuso l'uso di un dispositivo in grado di ridurre la perdita di capelli associata alla chemioterapia. Si tratta di un **casco refrigerante** che porta la temperatura del cuoio capelluto a 3-5 gradi. Viene indossato poco prima dell'inizio della terapia e tenuto du-

rante e dopo la somministrazione della chemioterapia. Il suo meccanismo di funzionamento è semplice. I farmaci chemioterapici raggiungono i bulbi piliferi attraverso il sangue: raffreddando il cuoio capelluto si ha un restringimento dei piccoli vasi sanguigni che lo raggiungono e quindi una minore perfusione. In tal modo i follicoli vengono esposti a una ridotta quantità di chemioterapici.

I risultati sono ottimi: in uno studio condotto su 30 pazienti, nell'85 per cento dei casi si è registrata una caduta di grado 1 o 2, vale a dire non percepibile dal punto di vista estetico.

Il casco, però, non può essere usato in tutti i casi e la sua efficacia dipende dal regime chemioterapico utilizzato: funziona meglio se si assumono soltanto antracicline ma dà risultati insoddisfacenti con schemi che prevedano l'impiego combinato di antracicline, taxani e ciclofosfamide. È scarsamente efficace anche per chemioterapie che prevedono dosaggi elevati. Inoltre **il suo uso è sconsigliato se si temono metastasi al cuoio capelluto**, non rare nel caso di tumore al seno.

## Come devo affrontare la caduta dei capelli? Li devo tagliare? Come devo scegliere la parrucca?

2.18

La caduta dei capelli è uno degli effetti collaterali della chemioterapia dai risvolti psicologici più pesanti dal momento che induce un radicale cambiamento dell'immagine corporea. Di solito, i capelli cominciano a cadere nel giro di poche settimane dall'inizio della terapia, ma in alcuni casi può succedere nell'arco di pochi giorni. **La caduta dei capelli è reversibile** e i capelli possono cominciare a ricrescere ancora prima che la terapia sia conclusa: occorrono in genere 6 mesi prima che la capigliatura torni folta come prima.

Per quanto traumatica, anche la perdita dei capelli dovrebbe essere affrontata con positività, ricordando che si tratta di una fase transitoria e che è l'effetto di una terapia che aumenterà le probabilità di sconfiggere la malattia. Inoltre è possibile ridurre il suo impatto estetico e psicologico: accorciare - e magari progressivamente rasare - i capelli prima di sottoporsi al trattamento, per esempio, oltre a ridurre la trazione sul cuoio capelluto e

rallentare la caduta, consente di renderla meno traumatica.

Anche dopo la caduta è inoltre possibile mantenere un aspetto impeccabile. Le parrucche sono uno straordinario alleato a questo scopo. Esistono in commercio **due tipi di parrucche**: quelle sintetiche e quelle fatte con capelli naturali. La maggior parte delle donne preferisce le prime: sono più economiche, di più facile gestione e, a dispetto del prezzo, se di buona manifattura consentono un risultato estetico ottimo.

In genere è consigliabile scegliere una parrucca che consenta di mantenere un aspetto quanto più simile a quello dei propri capelli: per questo **sarebbe bene comprare la parrucca prima dell'inizio della chemio**, in modo da disporre del confronto diretto dei capelli naturali. Da evitare sono le parrucche che prevedono l'uso di adesivi, colle, garze adesive e bende adesive che potrebbero interferire con la normale ricrescita dei capelli naturali.

Oltre alle parrucche, è possibile ricorrere a cappelli, copricapi, foulard. Quando i capelli cominciano a ricrescere è bene però lasciare la testa libera almeno quando si è in casa per non interferire con l'ossigenazione della cute.

## Quali sono gli effetti collaterali della chemioterapia e come vengono contrastati?

2.19

I principali effetti collaterali della chemioterapia sono:

- **caduta dei capelli**: è uno degli effetti collaterali più comuni e traumatici, ma non pericoloso per la salute;
- **cambiamenti della pelle e delle unghie**: alcuni chemioterapici possono provocare secchezza, la comparsa di strisce o macchie scure sulla pelle e sulle unghie che possono apparire più fragili. Spesso può comparire prurito. Si tratta di sintomi che scompaiono alla fine della cura. Su consiglio del medico possono essere attenuati con l'utilizzo di creme ad alto fattore protettivo (alcuni chemioterapici rendono infatti la pelle più sensibile alla luce) o, nel caso del prurito, con farmaci;
- **infiammazioni e ulcere alla bocca**: le mucose sono tra i tessuti più esposti all'azione della chemioterapia. Per questa ragione si possono

verificare arrossamenti, bruciori fino alla comparsa di ulcere in bocca. Non si tratta di sintomi gravi, ma possono essere molto fastidiosi e rendere difficile l'alimentazione;

- **alterazioni del senso del gusto e dell'olfatto:** si tratta di sintomi che in genere compaiono nelle fasi di trattamento ma che tendono a scomparire tra un ciclo e l'altro. Regrediscono completamente alla fine della terapia. Possono essere ridotti evitando i sapori e gli odori particolarmente forti;
- **nausea/vomito:** sono tra gli effetti collaterali più fastidiosi della chemioterapia: la nausea compare in genere dopo qualche minuto o qualche ora dalla fine della chemio e la sua durata non supera di solito le 36-48 ore. Non sempre è seguita dal vomito. Il senso di nausea inoltre tende ad aumentare andando avanti nei cicli di chemio;
- **bruciore di stomaco, diarrea, stitichezza:** si tratta di effetti collaterali associati all'azione dei chemioterapici sulle mucose dell'apparato digerente. È possibile ridurne l'intensità con un'appropriata alimentazione e, se necessario, con farmaci;
- **alterazioni nelle analisi del sangue:** la chemioterapia può danneggiare le cellule del midollo osseo e dunque alterare la composizione del sangue con una riduzione dei globuli bianchi, dei globuli rossi e delle piastrine. Si tratta di cambiamenti transitori e già tra un ciclo e l'altro i livelli di queste cellule tendono a tornare alla normalità, tuttavia nei casi più seri possono causare l'interruzione della terapia. Per riportare i parametri ematici a livelli ottimali può essere necessario ricorrere a trasfusioni o alla somministrazione di farmaci (fattori di crescita) in grado di stimolare la produzione di globuli bianchi;
- **febbre:** è la spia della presenza di un'infezione dovuta alla riduzione dei globuli bianchi, il cui compito è proprio quello di difendere l'organismo da aggressori esterni. Può richiedere il ricorso ad antibiotici;
- **sanguinamenti:** sono la conseguenza della riduzione del numero di piastrine il cui compito è proprio favorire la coagulazione e quindi fermare le emorragie;
- **spossatezza (fatigue):** il senso di sfinimento sia fisico che psichico, anche senza la comparsa di altri disturbi, è l'effetto collaterale più frequente della chemioterapia. Compare in genere durante la somministrazione dei farmaci o subito dopo; è particolarmente intenso nelle 6-48 ore che seguono la seduta di chemio e tende a scomparire



### I CIBI ANTINAUSEA

Non esiste una vera e propria alimentazione antinausea, tuttavia è possibile scegliere alimenti, modalità di cottura e di consumo che possono ridurre l'entità del disturbo. In particolare, è bene:

- ▶ fare pasti piccoli e frequenti (5-6 volte al giorno);
- ▶ consumare cibi facilmente digeribili;
- ▶ preferire le verdure cotte a quelle crude;
- ▶ mangiare cibi secchi come grissini, fette biscottate o toast, prima dei pasti;
- ▶ preferire cibi freddi o tiepidi rispetto a quelli caldi;

- ▶ bere la quantità di maggiore di liquidi lontano dai pasti sorseggiando lentamente.

È invece preferibile evitare:

- ▶ dolci, spezie e grassi o cibi fritti;
- ▶ cibi con sapori troppo forti;
- ▶ di bere abbondantemente durante il pasto.

Se si riscontrano particolari difficoltà a bere, ci si può assicurare un adeguato apporto di liquidi congelando le bevande e succhiando lentamente i cubetti di ghiaccio.

al termine del ciclo di cura. Anche questo è un sintomo correlato al peggioramento dei valori ematici.

## 2.20 Sto facendo la chemio e non riesco a mangiare per via della nausea e delle lesioni alle mucose della bocca. C'è qualcosa che posso fare per migliorare la situazione?

La nausea e i fastidi alla bocca possono incidere notevolmente sull'alimentazione delle donne che si stanno sottoponendo a chemioterapia. Continuare ad avere una corretta alimentazione è un passo fondamentale nel percorso di cura: per questo è opportuno considerare con il proprio medico



tutte le soluzioni che possono attenuare questi sintomi. I farmaci antinausea, se assunti nel tempo e a dosaggi adeguati, possono attenuare il senso di nausea. Per i disturbi alla bocca, è fondamentale un'**igiene orale accurata**. Nel caso in cui fossero presenti lesioni, sciacqui e gargarismi permettono di prevenirne le infezioni, mentre farmaci analgesici possono attenuare il dolore.

Importante, però, è anche il modo in cui ci si alimenta: nei giorni in cui i sintomi della nausea sono particolarmente intensi, è preferibile prediligere cibi asciutti e un po' salati (per esempio i crackers), mentre vanno evitati gli alimenti dai sapori forti o molto caldi. È sempre meglio inoltre consumare **piccoli pasti** e più volte al giorno e **masticare bene**. È utile bere a piccoli sorsi ed evitare di bere grandi quantitativi di liquidi prima dei pasti. Infine è consigliabile non mangiare e non bere immediatamente prima di sottoporsi al trattamento.

Può essere utile, inoltre, evitare di preparare direttamente i pasti: i vapori che esalano dalla pentola possono stimolare il senso di nausea: se possibile meglio che sia qualcun altro a prepararli e cercare di mangiare in una stanza diversa rispetto a quella in cui è stato preparato il pasto. Se è necessario preparare i pasti da sé, allora meglio farlo lontano dai momenti in cui si dovranno consumare ed eventualmente congelarli. Nei casi in cui sono intensi i fastidi alla bocca, è meglio prediligere cibi morbidi, freddi e umidi (frullati, omogeneizzati, gelati, yogurt). Per ridurre la sgradevole sensazione di sapore metallico in bocca provocata talvolta dalle cure, è consigliabile sostituire le posate in metallo con quelle in plastica.

## Posso guidare mentre faccio la chemioterapia?

2.21

In genere è meglio evitare di guidare la macchina il giorno della terapia e, in presenza di effetti collaterali, nei giorni immediatamente successivi. **Il trattamento può infatti far insorgere fatigue, nausea, vomito**: si tratta di disturbi che possono rendere difficile la concentrazione alla guida. In alcuni casi possono comparire anche **problemi alla vista**, mentre gli antidolorifici (assunti da alcuni pazienti) possono dare **sonnolenza**.

Gli effetti della chemioterapia, però, variano da persona a persona e sono diversi a seconda dello schema terapeutico che si sta assumendo. Nel periodo di sospensione del trattamento tra un ciclo di chemioterapia e l'altro

## Il trattamento

e in assenza di effetti collaterali, invece, non ci sono ragioni per non guidare. Anzi, è importante svolgere una vita quanto più possibile normale.

### 2.22 Perché hanno studiato i recettori ormonali del mio tumore?

Gli estrogeni e il progesterone sono gli ormoni che stimolano la crescita delle cellule del seno. Anche alcune cellule tumorali sfruttano questa azione per crescere in maniera incontrollata. I recettori sono le porte attraverso cui questi ormoni entrano nella cellula: le cellule che hanno più recettori sono dunque **più sensibili all'azione degli ormoni**. Sulla base di queste caratteristiche, i tumori del seno vengono distinti in positivi ai recettori ormonali e negativi ai recettori ormonali. In genere i tumori positivi ai recettori ormonali sono più frequenti dopo la menopausa, quelli negativi nelle donne più giovani.

Si tratta di una caratteristica molto importante dal punto di vista terapeutico dal momento che da essa dipende la possibilità di usare o meno alcuni importanti farmaci contro il tumore.

### 2.23 È un bene che il tumore sia molto positivo per i recettori degli estrogeni? Cosa significa per la cura?

Anche se in termini strettamente biologici significa che il tumore cresce se esposto agli ormoni, si tratta in realtà di una buona notizia. È infatti possibile tagliare i suoi rifornimenti assumendo appositi farmaci che contrastano l'azione degli estrogeni. Esistono infatti diversi farmaci che impediscono l'azione di questi ormoni usando diverse strategie:

- › occupano i recettori degli estrogeni al posto degli ormoni. In tal modo questi ultimi non possono raggiungere la cellula e alimentarla (tamoxifene e raloxifene);
- › agiscono a monte impedendo la formazione degli ormoni naturali (inibitori dell'aromatasi);
- › distruggono i recettori privando gli ormoni delle vie di accesso alla cellula (fulvestrant);

› inibiscono l'attività delle ovaie annullando la produzione di estrogeni (analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine, in sigla LHRH o GnRH).

La scelta del farmaco più adatto dipende soprattutto dall'**età della donna**: si tende a impiegare tamoxifene per le donne più giovani, mentre gli inibitori dell'aromatasi per quelle in menopausa. Fulvestrant viene invece indicato soprattutto nelle donne in menopausa in cui i trattamenti ormonali precedenti non si siano rivelati efficaci. Gli analoghi dell'LHRH vengono usati da soli o in associazione al tamoxifene nelle donne che non hanno ancora raggiunto la menopausa.

La terapia ormonale può essere effettuata prima dell'intervento di rimozione del tumore per ridurne le dimensioni o dopo, per prevenire il ritorno della malattia: in questo caso il trattamento dura in media 5 anni. Il suo impiego è previsto anche in caso di tumore metastatico.

## Ho scoperto di essere malata in gravidanza e ho paura che le cure danneggino il bambino. Cosa devo fare?

2.24

Scoprire di essere malate durante la gravidanza è certamente uno shock ed è vero che alcuni trattamenti possono danneggiare il feto. Tuttavia la medicina ha fatto enormi progressi in questo settore e **non è più necessario scegliere tra la gravidanza e la cura**.

Oggi anche le donne che si ammalano di tumore in gravidanza possono essere curate e le opportunità di sopravvivenza sono quasi sempre sovrapponibili a quelle di una donna non incinta. Allo stesso tempo, si fa di tutto affinché le cure non incidano sulla salute del nascituro. Naturalmente **è necessario adottare molta attenzione alla scelta dei trattamenti e al periodo in cui somministrarli**. Ciò vale fin dalla diagnosi: la mammografia per confermare la natura tumorale di un nodulo viene eseguita con apposite schermature per proteggere il piccolo. È invece possibile effettuare una biopsia del seno per l'intera durata della gravidanza.

Anche il trattamento ha particolari vincoli. Non è possibile effettuare la radioterapia in nessuna fase della gravidanza. Anche se si ha un nodulo di

## Il trattamento

piccole dimensioni, potrebbe dunque essere necessario optare per la mastectomia (che non necessita di radioterapia adiuvante) al posto della quadrantectomia. Il momento migliore per effettuarla sono i primi due trimestri di gravidanza. Un'altra opzione che può essere presa in considerazione è quella di aspettare ed effettuare la quadrantectomia nell'ultimo trimestre: in tal modo è possibile sottoporsi a radioterapia dopo il parto. Ciò tuttavia espone ai rischi connessi all'attesa: vale a dire la possibile crescita e diffusione del tumore.

La chemioterapia può essere impiegata, ma non nel primo trimestre. Quando è possibile, si preferisce attendere il terzo trimestre avendo però cura di sospendere il trattamento nelle immediate vicinanze del parto (intorno alla 34-35<sup>a</sup> settimana di gestazione), in modo di consentire ai livelli ematici di ritornare ottimali e prevenire così infezioni e sanguinamenti. Non tutti gli schemi terapeutici però sono indicati: in genere si preferisce ricorrere all'associazione di adriamicina e ciclofosfamide.

In gravidanza, inoltre, non è possibile usare farmaci ormonali. Per le donne che hanno bisogno di effettuare questi trattamenti, è necessario rimandarne l'inizio dopo la nascita del bambino. Per quanto concerne i farmaci a bersaglio molecolare, il loro utilizzo non è consigliato, salvo casi di estrema necessità in cui vengono impiegati per il più breve tempo possibile e sotto stretto controllo medico.

**Alcuni centri si sono specializzati nel trattamento di donne malate in gravidanza** e applicano protocolli di chemioterapia a basso dosaggio ma con somministrazioni frequenti.

### 2.25 **Ho paura che le terapie mi impediscano in futuro di avere un figlio. C'è qualcosa che posso fare per preservare la mia fertilità?**

L'infertilità è uno dei possibili effetti collaterali dei trattamenti per il tumore del seno. Sia la chemioterapia sia la terapia ormonale sono infatti in grado di indurre una menopausa precoce che impedisce al termine dei cicli di trattamento di avere figli.

Per ridurre questo rischio è possibile adottare due strategie:

- ricorrere alla procreazione assistita: prima dell'inizio del trattamento si possono congelare gli ovociti che verranno successivamente fecondati attraverso tecniche di procreazione medicalmente assistita. Si tratta di una tecnica con buone possibilità di successo, che però è possibile effettuare soltanto se si può procrastinare l'inizio delle terapie antitumorali: la raccolta degli ovociti richiede infatti un periodo di trattamento con farmaci ormonali per indurre un'ovulazione multipla che ritarda l'avvio dei trattamenti. Si è molto discusso sui rischi associati alla stimolazione in caso di tumori al seno positivi ai recettori ormonali: il tumore potrebbe infatti crescere in risposta alla somministrazione di ormoni. A oggi si ritiene però che, con gli appropriati protocolli di stimolazione, l'aumento del rischio è di lieve entità e accettabile;
- **assunzione di analoghi del GnRH**: questi farmaci mettono a riposo le ovaie inducendo una sorta di “addormentamento” delle cellule destinate alla riproduzione. In tal modo non solo viene annullata la produzione di estrogeni, ma si rendono anche le ovaie meno sensibili agli effetti della chemioterapia. La sospensione dell'attività delle ovaie è temporanea: dopo una terapia di circa due anni, nella maggior parte delle donne di età inferiore a 40 anni il ciclo mestruale riprende entro 12 mesi.

Uno studio italiano pubblicato sul *Journal of the American Medical Association* e condotto su due gruppi di donne (uno sottoposto alla sola chemioterapia o l'altro alla chemioterapia insieme a un analogo del GnRH, la triptorelina) ha dimostrato che questo approccio riduce due terzi del rischio di andare incontro a infertilità: meno di una donna su dieci tra quelle che assume l'analogo del GnRH perde la capacità di avere figli.

## Che cosa sono le metastasi?

2.26

Le metastasi sono cellule tumorali che si staccano dal tumore originario e, attraverso i vasi linfatici o quelli sanguigni, possono raggiungere altri organi dove possono dare vita ad altri tumori. Sono tipiche degli **stadi più**

### **avanzati della malattia.**

Nel caso del tumore al seno, le metastasi più frequenti si formano a carico delle ossa, dei polmoni e del fegato. Meno frequentemente possono essere localizzate al midollo spinale o al cervello. Queste ultime sono più comuni nelle donne con tumore al seno HER2 positivo, triplo negativo e BRCA positivo.

A oggi, nella maggior parte dei pazienti che presenta metastasi non è possibile eliminare definitivamente la malattia: con opportuni trattamenti è possibile però garantire una buona qualità di vita e una sopravvivenza di anni. L'aspettativa di vita varia da paziente a paziente e dalle caratteristiche del tumore.

## 2.27 Come si possono bloccare le metastasi?

La formazione delle metastasi è un processo molto complesso e ancora in gran parte ignoto che oggi non siamo in grado di arrestare. Disponiamo di farmaci che, più o meno efficacemente, possono colpire le cellule tumorali migrate ad altri organi, ma non possiamo fare in modo che le cellule non si stacchino dal tumore primitivo né impedire loro di migrare verso i vasi linfatici o sanguigni, né, ancora, contrastare la loro capacità di insediarsi in una nuova sede cominciando a moltiplicarsi fino a dare vita a nuove masse tumorali.

**La ricerca è al lavoro da anni per trovare strategie che interferiscano con questi processi:** si stanno per esempio studiando i meccanismi che fanno sì che alcune cellule del tumore primitivo da “stanziali” comincino a diventare “nomadi”, così come le caratteristiche che consentono alle cellule migrate dalla sede originaria di muoversi e sopravvivere nel flusso sanguigno.

Tra i filoni più interessanti c'è quello vuole capire il modo in cui le cellule scelgono il luogo in cui metastatizzare. Soltanto da poco tempo si è scoperto, infatti, che la sede dove si formeranno le metastasi si prepara ad accogliere le cellule ben prima del loro arrivo formando una cosiddetta “nicchia”. Senza questi cambiamenti le cellule non attecchirebbero e non potrebbero cominciare a crescere dando vita alle metastasi.

Sempre più concreti sono inoltre gli sviluppi del filone di ricerca che

cerca di addestrare il sistema immunitario a colpire il tumore “in movimento”.

## Che cosa sono le micrometastasi?

2.28

Nella maggior parte dei casi, quando si parla di micrometastasi in relazione al tumore del seno ci si riferisce ad agglomerati di cellule tumorali molto piccoli (inferiori a 2 millimetri) che è possibile rinvenire nel linfonodo sentinella al momento della biopsia.

Fino a poco tempo fa, la strada da seguire dopo la **biopsia del linfonodo sentinella** era molto chiara: se non erano presenti metastasi era un chiaro indice del fatto che il tumore era rimasto confinato al seno e quindi non erano necessari ulteriori interventi; se erano presenti cellule tumorali allora era necessario procedere allo svuotamento del cavo ascellare.

Ma è realmente necessario sottoporre una donna a un intervento con potenziali effetti negativi come la dissezione ascellare se sono presenti solo piccoli gruppi di cellule che quasi certamente non hanno infiltrato altri linfonodi?

Dopo anni di indagini, la risposta è no. I tumori al seno che presentano micrometastasi al linfonodo sentinella non necessitano di svuotamento del cavo ascellare. L'ultima conferma è arrivata da uno studio condotto in più centri italiani. La sperimentazione, pubblicata sulla rivista *Lancet Oncology*, è stata condotta su circa 900 donne e ha dimostrato che dopo 5 anni **non ci sono differenze sostanziali tra le donne che si sottopongono a dissezione ascellare dopo biopsia del linfonodo sentinella positiva per micrometastasi e quelle che non lo fanno.**

## Come si curano i tumori metastatici?

2.29

Quando il tumore al seno si è diffuso ad altri organi formando metastasi le probabilità di guarigione completa sono più basse. Il trattamento ha dunque l'obiettivo di mantenere o migliorare la qualità di vita e, per quanto possibile, prolungarla. La sfida principale del trattamento, in questa fase, è

### I PRO E I CONTRO DI ENTRARE IN UNA SPERIMENTAZIONE

Partecipare a una sperimentazione clinica in cui si sta valutando l'efficacia di un nuovo farmaco o protocollo di cura può essere una grande opportunità. Consente infatti di accedere a un trattamento medico innovativo che potrebbe essere più efficace di quello già in uso e che quindi potrebbe aumentare le chance di guarigione o l'aspettativa di vita o la qualità di vita. Inoltre, chi sceglie di partecipare a un trial clinico gode di una maggiore attenzione dei medici del gruppo di ricerca resa necessaria dalla costante valutazione del nuovo protocollo.

D'altra parte non mancano i rischi, il primo dei quali può essere quello di non ricevere il nuovo trattamento, ma il migliore dei "vecchi" trattamenti. Quasi tutte le sperimentazioni (tutte quelle che comportano l'assunzione di farmaci) vengono effettuate dividendo i pazienti volontari in due gruppi: uno riceve il nuovo trattamento, l'altro quello attualmente in uso. Ciò serve a sapere se la nuova cura è realmente migliore. L'assegnazione ai due gruppi è casuale (randomizzata).

Per evitare che i risultati vengano influenzati dalle aspettative riposte nel trattamento, né il paziente né i medici che lo hanno in cura sanno a quale gruppo appartiene (doppio cieco). Se si è tra i pazienti che assumono il nuovo trattamento, esistono i rischi connessi alla sua novità: può essere meno efficace del previsto e, come ogni procedura medica, ha degli effetti collaterali che in questo caso non sono completamente noti.

Partecipare a uno studio clinico può comportare un gran dispendio di tempo ed energie

il controllo delle metastasi e dei sintomi che possono causare.

Le metastasi sono **un'entità molto complessa**: una volta staccatesi dalla sede originaria, le cellule tumorali possono raggiungere uno o più organi e dare vita a nuovi tumori, possono essere numerose o poche, possono conservare le caratteristiche del tumore primitivo o svilupparne di nuove.

Il modo in cui si sceglie di fronteggiarle dipende soprattutto da queste caratteristiche, ma anche dal modo in cui il tumore risponde ai trattamenti, dallo stato di salute generale della paziente, dalle sue scelte terapeutiche.

Quando il numero delle metastasi è molto piccolo e sono confinate in un'area ristretta è ancora possibile ricorrere a trattamenti locali, come la chirurgia e/o la radioterapia, che in un numero limitato di casi possono consentire la guarigione: consentire un lungo controllo della malattia e in



per le visite mediche, gli esami e tutti i controlli necessari a tenere sempre sott'occhio gli effetti del trattamento sull'organismo. C'è da dire che uno studio recente ha dimostrato che, grazie allo sviluppo e ai progressi della ricerca preclinica, nella stragrande maggioranza dei casi chi prende parte a sperimentazioni ottiene ottimi risultati, talvolta superiori a quelli dei pazienti curati nell'ambito di protocolli ormai assodati.

Ogni sperimentazione clinica è costruita per garantire il massimo rispetto dei pazienti:

- ▶ il protocollo, cioè la spiegazione dettagliata di come la sperimentazione sarà condotta, deve essere approvato dalle autorità competenti e dal comitato etico il cui scopo è proprio la salvaguardia dei malati;
- ▶ i partecipanti vengono informati ancora prima di accettare la partecipazione allo studio di tutti gli aspetti della ricerca, di cosa è possibile attendersi e di quali rischi si corrono;
- ▶ la privacy è sempre rispettata;
- ▶ è fornita un'assicurazione per gli eventi avversi;
- ▶ i volontari possono decidere in ogni momento di abbandonare la sperimentazione, ma vengono comunque curati dal gruppo che l'ha avviata;
- ▶ lo studio viene interrotto immediatamente se uno dei due gruppi mostra un beneficio palese poiché non è etico continuare a somministrare un trattamento evidentemente peggiore a una parte dei pazienti (quelli del gruppo di controllo).

alcuni casi la guarigione.

In ogni caso, però, occorrono terapie sistemiche, in grado cioè di raggiungere tutto l'organismo. A oggi esistono tre scelte che possono essere usate singolarmente o insieme, a seconda delle caratteristiche della malattia:

- **la terapia ormonale:** è usata quando il tumore ha recettori ormonali positivi: impedisce agli estrogeni di alimentare la crescita delle cellule tumorali che così muoiono. Oggi la terapia ormonale è potenziata da farmaci biologici detti inibitori di ciclina che hanno dimostrato un importante miglioramento dei risultati per le pazienti affette da malattia metastatica sensibile agli ormoni.
- **la chemioterapia:** è riservata principalmente alle donne con tumo-

## Il trattamento

re al seno triplo negativo oppure HER2 positivo (insieme ai farmaci anti-HER2) o, in quei tumori che nonostante mostrino presenza dei recettori ormonali non rispondono alla terapia specifica: è in grado di uccidere selettivamente le cellule tumorali sfruttando la loro intensa attività di replicazione;

- **i farmaci biologici:** negli ultimi anni si sono resi disponibili diversi farmaci in grado di colpire selettivamente le cellule tumorali identificandole grazie a specifiche caratteristiche biologiche: i più comuni sono quelli rivolti contro la proteina HER2 (trastuzumab e pertuzumab, per esempio), quelli che bloccano la crescita di vasi sanguigni che alimentano il tumore (bevacizumab) o gli inibitori di ciclina da utilizzare insieme alla terapia endocrina.

Questi trattamenti impiegati nei tumori metastatici non portano alla guarigione della malattia, ma è possibile ottenere una remissione, vale a dire una sua regressione che può durare anni.

### 2.30 Perché devo smettere di fumare? Potrò riprendere dopo le cure?

Smettere di fumare è essenziale per trarre il massimo beneficio dai trattamenti contro il tumore. Il fumo, infatti, aumenta il rischio di complicanze dei trattamenti e ne riduce l'efficacia. Nel caso della chirurgia, i fumatori hanno un rischio aumentato di complicanze cardiache e polmonari, inoltre possono presentare problemi legati all'anestesia, difficoltà di cicatrizzazione delle ferite con conseguente rischio di infezione. La radioterapia e la chemioterapia sono meno efficaci nei fumatori e chi fuma ha più alte probabilità di incorrere in effetti collaterali (specie perdita di peso, fatigue, problemi a cuore e polmoni, infezioni).

Anche dopo il termine dei trattamenti, però, **riprendere a fumare può risultare dannoso**. Oltre ai danni tipici del fumo, i pazienti con tumore che continuano a fumare hanno:

- minori tassi di sopravvivenza;
- un più alto rischio di sviluppare un secondo tumore;
- una peggiore qualità di vita.

# L'immediato periodo post-cure e la vita dopo il tumore

**L**e cure sono terminate, la vita torna alla normalità. Eppure non tutto è ancora a posto: bisogna far fronte agli effetti che le cure hanno provocato sull'organismo e a quelli che le terapie ormonali, spesso prescritte anche per lunghi periodi dopo il termine della chemioterapia, inducono nella donna. Mentre la menopausa naturale può essere tenuta a bada proprio dalla somministrazione di ormoni, la menopausa indotta dai farmaci ha la funzione di eliminare i loro effetti sull'organismo e di conseguenza anche sulle cellule tumorali, esercitando una sorta di scudo protettivo. Per contrastare i sintomi bisogna quindi ricorrere a rimedi più blandi, legati soprattutto agli stili di vita.

Anche la vita di relazione e di coppia può risentire dell'esperienza vissuta ed è importante ricorrere ai consigli di un esperto se dopo un po' le cose non tornano alla normalità. Alimentazione e attività fisica sono molto importanti anche in questa fase di riassetamento e possono aiutare a misurare le forze, a rimettersi in forma (e anche a perdere peso se le cure ormonali provocano l'accumulo di qualche chilo). Riprendere a lavorare è utile sia per il fisico sia per la psiche, ma bisogna sapersi ascoltare e comprendere quando è il momento giusto, così come se si vuole pianificare una gravidanza.

Alcuni effetti negativi, come il linfedema cronico, possono protrarsi nel tempo o presentarsi anche dopo anni, ma esistono soluzioni per farvi fronte con efficacia.

### 3.01 Perché dopo la chemioterapia o l'intervento si usano spesso farmaci che agiscono sui recettori ormonali?

Gli ormoni sessuali femminili (estrogeni e progesterone) stimolano la crescita del tumore al seno. Alcuni tumori sono più sensibili all'azione di questi ormoni grazie alla presenza di una grande quantità di recettori sulla superficie delle loro cellule. Sulla base di queste caratteristiche, **i tumori al seno vengono perciò distinti in positivi ai recettori ormonali e negativi ai recettori ormonali**. La positività ai recettori ormonali è una caratteristica che può essere utilizzata nel trattamento di questi tumori: esistono **farmaci in grado di contrastare l'azione degli ormoni** e quindi di inibire la capacità di crescita del tumore.

Per questo possono essere impiegati prima dell'operazione allo scopo di ridurre le dimensioni del tumore da asportare, ma più spesso dopo l'intervento per prevenire un possibile ritorno della malattia. I farmaci ormonali vengono impiegati anche per il tumore al seno in fase avanzata.

### 3.02 Quali sono questi farmaci ormonali e che differenze ci sono tra di loro?

Esistono diversi farmaci che agiscono sugli ormoni in grado di alimentare il tumore del seno: la scelta del regime terapeutico più idoneo dipende soprattutto dal fatto che la donna sia entrata o meno in menopausa. Importanti sono anche l'età della donna e il suo desiderio di poter avere dei figli dopo le cure. Questi medicinali hanno infatti diversi meccanismi di azione:

- il **tamoxifene** ha una struttura tale da consentirgli di occupare i recettori delle cellule tumorali che in sua assenza sarebbero occupati dagli estrogeni. In tal modo priva il tumore della capacità di sfruttare questo meccanismo di crescita. È usato principalmente nelle donne prima della menopausa. Il medicinale si assume per bocca una volta al giorno.
- gli **inibitori dell'aromatasi** (anastrozolo, exemestane, letrozolo) agiscono più a monte del tamoxifene. Bloccano infatti l'azione

dell'enzima aromatasi, necessario per la sintesi degli estrogeni. Vengono usati nelle donne che sono già in menopausa e che quindi non producono più estrogeni, oppure nelle donne più giovani, ma utilizzando in associazione ad essi un farmaco che induca la menopausa farmacologica, ovvero l'analogo dell'LHRH. Come il tamoxifene si assumono per bocca una volta al giorno.

- gli **analoghi dell'LHRH** (goserelin, triptorelina, leuprorelina), bloccando la produzione dell'ormone luteinizzante, sopprimono la funzione delle ovaie, dove nelle donne fertili è concentrata la gran parte della produzione degli estrogeni. Il risultato è un drastico calo dei livelli di estrogeni. Gli analoghi dell'LHRH vengono somministrati una volta al mese, e più raramente ogni 3 mesi, sotto forma di iniezione: sottocutanea per goserelin, intramuscolare per triptorelina.
- il **fulvestrant** è un medicinale in grado di modificare i recettori per gli estrogeni in modo da renderli "incompatibili" con l'ormone. Viene usato dopo la menopausa quando un'altra terapia ormonale non si è dimostrata efficace a fermare la malattia. Si assume per iniezione intramuscolare da eseguire una volta al mese.
- i **progesterinici** (medrossiprogesterone acetato o megestrolo acetato) si usano soprattutto nei casi in cui la malattia si è ripresentata dopo un periodo in cui era stata ben controllata con altre terapie ormonali o che non hanno risposto a questi farmaci. Si assumono per bocca una volta al giorno (o frazionati in più dosi quotidiane). Il loro meccanismo d'azione non è ancora completamente noto.

## Quali sono gli effetti collaterali dei farmaci ormonali?

3.03

La maggior parte degli effetti collaterali della terapia ormonale sono riconducibili alla ridotta disponibilità di estrogeni per l'organismo. Sono sintomi, quindi, analoghi a quelli che si possono manifestare in menopausa:

- vampate e sudorazioni;
- aumento di peso;

## L'immediato periodo post-cure e la vita dopo il tumore

- calo del desiderio sessuale;
- secchezza vaginale;
- sbalzi di umore;
- insonnia;
- senso di stanchezza e affaticamento;
- riduzione della densità ossea (solo nelle donne prima della menopausa);
- disturbi della circolazione venosa;
- mestruazioni più irregolari e meno abbondanti fino all'interruzione delle mestruazioni.

Altri possibili sintomi sono:

- dolori articolari;
- sintomi digestivi (perdita di appetito, nausea, stipsi o diarrea);
- eruzioni cutanee;
- disturbi respiratori;
- mal di testa o vertigini;
- gonfiore delle mani e dei piedi;
- aumento del colesterolo nel sangue;
- alterazioni della funzione del fegato
- tumore dell'endometrio.

Un possibile effetto della terapia può essere il cosiddetto **“tumour flare”**, un'esacerbazione della malattia che si verifica nelle prime fasi della cura. Si tratta però di un fenomeno transitorio, quindi non deve destare eccessive preoccupazioni.

### 3.04 Come posso contrastare gli effetti degli ormoni come la menopausa precoce e le vampate?

I sintomi connessi alla ridotta disponibilità degli estrogeni sono tra i più fastidiosi effetti collaterali della terapia ormonale. Vampate di calore, sudorazione, insonnia sono in genere più intensi di quanto avviene con la menopausa naturale e possono comportare un drastico peggioramento della qualità di vita in un momento già delicato.

Per contrastare questi sintomi, nelle donne sane si usa in genere

## GLI ORMONI, UNA QUESTIONE DI ANNI

La durata della terapia ormonale dipende soprattutto dallo scopo del trattamento e dalle caratteristiche della malattia.

- ▶ Quando è usata come **terapia neoadiuvante** (cioè per ridurre le dimensioni del tumore prima dell'intervento), viene assunta in genere per 3-6 mesi.
- ▶ Nel suo utilizzo più comune, cioè per prevenire il ritorno della malattia (**terapia adiuvante**) la durata del trattamento è di 5 anni. In questo periodo è possibile assumere lo stesso farmaco o una sequenza di farmaci differenti (per esempio prima il tamoxifene, poi un inibitore dell'aromatasi). Per ridurre ulteriormente il rischio che il tumore si presenti nuovamente, in alcuni casi

può essere opportuno proseguire la terapia ancora per qualche anno. Questa decisione, oltre che sulle caratteristiche del tumore, deve però tener conto di diversi fattori: dalle aspettative della donna (per esempio il desiderio di una gravidanza) all'impatto degli effetti collaterali.

- ▶ Quando è impiegata per rallentare la progressione del tumore o per attenuare i sintomi in caso di **malattia metastatica**, la durata della terapia ormonale dipende dalla risposta al trattamento. In genere viene somministrata finché è efficace: quando il tumore smette di rispondere a un farmaco ormonale si passa al trattamento successivo.

la terapia ormonale sostitutiva, che comporta l'assunzione attraverso farmaci di quegli ormoni che con la menopausa vanno perduti. Il loro utilizzo nelle donne con tumore al seno, tuttavia, è controverso dal momento che la somministrazione di questi ormoni potrebbe alimentare la crescita delle cellule tumorali. Diversi studi in passato hanno confermato questo timore, mostrando che **le donne che si sono già sottoposte a trattamenti per il tumore al seno e che fanno ricorso alla terapia ormonale sostitutiva hanno un maggior rischio di recidive o di un nuovo tumore.**

Nonostante ciò, d'accordo con il proprio oncologo, nei casi in cui i sintomi fossero particolarmente intensi è possibile prendere in considerazione l'assunzione della TOS a bassi dosaggi e per il periodo più breve possibile.

Altri farmaci che è possibile utilizzare sono antipertensivi (clonidi-

## L'immediato periodo post-cure e la vita dopo il tumore

na), antidepressivi (fluoxetina, venlafaxina), antiepilettici (gabapentin), progestinici (medrossiprogesterone acetato o megestrolo acetato). Senza ricorrere ai farmaci, è possibile poi mettere in atto semplici accorgimenti che possono attenuare i sintomi:

- indossare abbigliamento leggero;
- vestirsi a strati, che possono essere tolti o messi secondo la necessità;
- impiegare spray con acqua o fazzoletti umidi per rinfrescarsi;
- usare un ventilatore;
- se non si riesce a dormire bene durante la notte, provare a trovare tempo per riposare di giorno;
- praticare regolare esercizio fisico leggero;
- evitare fumo e alcol, cibi piccanti, caffeina;
- praticare tecniche di rilassamento.

### 3.05 Le cure ormonali inducono nelle donne giovani una menopausa artificiale. È reversibile?

Il tamoxifene e gli analoghi dell'LHRH, riducendo gli uni la sensibilità delle cellule agli estrogeni e gli altri la disponibilità di questi ormoni, inducono nell'organismo della donna cambiamenti analoghi a quelli che si verificano in menopausa.

La mancanza di ciclo mestruale riguarda circa un quinto delle donne in trattamento con tamoxifene e la totalità di quelle in cui vengono somministrati gli analoghi dell'LHRH.

Si tratta comunque di un fenomeno temporaneo. Nel caso del tamoxifene, il ritorno del ciclo mestruale segue la sospensione del trattamento.

Per gli analoghi dell'LHRH dopo una terapia di circa due anni, il ciclo mestruale riprende entro 12 mesi nella maggior parte delle donne di età inferiore a 40 anni. In alcuni casi può verificarsi che i livelli ormonali ritornino normali alla conclusione del trattamento ma che ciò non causi una ripresa del ciclo mestruale.

Il ritorno del ciclo può non avvenire nelle donne prossime alla menopausa in cui i cambiamenti possono diventare definitivi.



## Quanto tempo devo aspettare prima di poter tentare di avere un figlio? E che rischi corro? 3.06

Alcuni trattamenti per il tumore al seno possono danneggiare il feto e avere un impatto sulla gravidanza. Tuttavia i loro effetti si esauriscono nel giro di pochi mesi. Nonostante ciò, è bene aspettare almeno due-tre anni prima di prendere in considerazione una gravidanza. È questa, infatti, la finestra temporale in cui tendono a presentarsi più frequentemente ricadute della malattia. Anche se è bene essere seguite da strutture dotate di personale esperto, le gravidanze dopo un tumore al seno in genere hanno un decorso del tutto sovrapponibile a quelle portate avanti da donne senza esperienze di tumore né ci sono rischi aggiuntivi per il feto. Unica differenza osservata: un rischio di aborti spontanei leggermente superiore.

A lungo si è pensato che la gravidanza fosse controindicata nelle donne con un passato di tumore al seno positivo ai recettori degli estrogeni: si riteneva che l'innalzamento dei livelli di questi ormoni durante la gravidanza potesse aumentare il rischio di un ritorno della malattia. Diversi studi hanno dimostrato che questo timore è infondato: le donne con un passato tumore al seno (anche positivo ai recettori ormonali) che hanno una gravidanza hanno un rischio di recidiva identico a quelle che non hanno avuto un tumore.

## Cosa sono le recidive e come si evitano? 3.07

La recidiva è il ritorno del tumore dopo il trattamento e dopo un periodo in cui non era rilevabile con gli attuali strumenti diagnostici.

A seconda dell'area in cui insorgono, le recidive vengono distinte in:

- **locali:** compaiono nella stessa area del tumore originario (nel tessuto mammario rimasto dopo la chirurgia, nella pelle vicino al seno, nella cicatrice);
- **regionali:** compaiono nelle aree immediatamente circostanti alla sede originaria (i linfonodi dell'ascella, della clavicola e del collo, il muscolo pettorale);
- **a distanza** (metastasi): compaiono in altri organi.

## L'immediato periodo post-cure e la vita dopo il tumore

Non esiste una strategia che azzeri il rischio di incorrere in recidive, né è dato sapere se e quando queste cellule tumorali sopravvissute ai trattamenti daranno vita a nuovi focolai della malattia. Tuttavia le **terapie adiuvanti** (radioterapia, chemioterapia, terapia ormonale) eseguite dopo l'intervento chirurgico per l'asportazione del tumore hanno proprio questo scopo: ridurre drasticamente le probabilità che il tumore si ripresenti.

Importante è però anche l'adozione di corretti stili di vita che non favoriscano la proliferazione delle cellule tumorali. Si tratta di quegli stessi accorgimenti consigliati per la prevenzione primaria del tumore:

- mantenere il peso forma;
- adottare un regime alimentare ricco di vegetali, con poca carne rossa e un moderato consumo di alcol;
- svolgere attività fisica;
- non fumare e ridurre il più possibile il consumo di alcolici.

### 3.08 È possibile prevedere il proprio rischio di recidiva?

Le recidive si presentano in media in un caso di tumore al seno su 5. Tuttavia si tratta di una media che nasconde una grande variabilità. Il rischio di recidiva, infatti, varia da persona a persona e dipende da molti fattori. Per esempio:

- l'**età**: se il tumore si presenta prima dei 50 anni il rischio di recidive è di circa il 35% più alto;
- il **numero di focolai**: se il tumore originario ha più focolai (multifocale) il rischio di recidive è del 30% più alto;
- la **chemioterapia adiuvante**: sottoporsi a chemio dopo l'asportazione del tumore quasi dimezza il rischio di recidive;
- la **radioterapia adiuvante**: sottoporsi a radio dopo l'asportazione del tumore riduce di più del 30% il rischio di recidive;
- la **terapia ormonale**: per le donne con tumore al seno positivo ai recettori ormonali, la terapia adiuvante quasi dimezza il rischio di recidive;

- il **grado del tumore**: le caratteristiche di aggressività del tumore incidono sul rischio di recidiva. Quelli più aggressivi hanno un rischio 3 volte più alto di recidivare rispetto a quelli meno aggressivi; quelli a media aggressività hanno un rischio aumentato di quasi due volte;
- le **dimensioni del tumore primitivo**: più è grande il tumore maggiore è il rischio di recidive. In particolare, rispetto a un tumore di dimensioni inferiori ai 2 centimetri, quelli con dimensioni maggiori di 5 centimetri hanno una probabilità del 60% più alta di dar vita a recidive;
- la "**trippla negatività**": i tumori negativi ai recettori ormonali e alla proteina HER2 hanno il 50% di probabilità in più di dare recidive rispetto a quelli positivi ad almeno una di queste variabili.

Importante è poi il coinvolgimento o meno dei linfonodi. Un ultimo fattore da considerare è poi il tempo: quanto più tempo si trascorre senza recidive tanto più il rischio di incorrere in queste ultime si abbassa.

### È vero che l'alimentazione è importante per le donne che hanno avuto un tumore al seno? 3.09

Una corretta alimentazione è fondamentale dopo un tumore al seno, sia per il recupero fisico dopo i trattamenti, sia per prevenire il rischio di recidive. Diversi studi hanno infatti dimostrato che nelle donne in sovrappeso e obese ci sono maggiori probabilità che la malattia si ripresenti.

La ragione potrebbe risiedere dal fatto che le cellule del tessuto adiposo "fabbricano" estrogeni, ormoni che alimentano la crescita delle cellule tumorali. Tuttavia, il legame tra grasso corporeo e recidive del tumore al seno non è ancora stato pienamente compreso: è noto per esempio che il rischio aumenta soltanto **se la localizzazione del grasso in eccesso è nell'addome e non se è sulle cosce o i glutei**.

Un ruolo importante nell'aumento del rischio di recidive potrebbe poi essere rivestito anche dai **livelli di glicemia**: le cellule tumorali consumano molto più glucosio delle cellule normali e diversi studi mostrano che livelli più alti di zuccheri nel sangue sono associati a una prognosi peggiore.

Alla luce di questo aumento di rischio, il controllo del peso attraverso l'alimentazione è un aspetto importante nel caso del tumore al seno perché, a differenza che in altre neoplasie, i trattamenti per questo tumore tendono a fare ingrassare (in media l'aumento di peso è tra i 3 e i 7 kg).

### 3.10 In che modo dovrei mangiare?

La dieta per le donne che hanno avuto un tumore del seno non è diversa da quella che dovrebbero seguire tutte le persone per prevenire la comparsa di un primo tumore. Il suo obiettivo è semplice: evitare di creare un ambiente da cui il tumore può trarre nutrimento per crescere senza che ciò però crei squilibri nutrizionali. Un buon modello di riferimento è quello stilato dal Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF) che ha valutato tutti gli studi scientifici sul rapporto fra dieta e tumori ed è giunto alla conclusione che una dieta efficace per prevenire il tumore dovrebbe:

- ridurre al minimo gli **alimenti ad alto contenuto energetico**: significa dunque evitare soft drink (succhi e bevande zuccherate in genere) e consumare sporadicamente snack, dessert e cibi pronti in generale. Unici cibi ad alta densità calorica a salvarsi, sono quelli di origine vegetale. Seppur con moderazione, si può consumare per esempio frutta secca;
- mettere i **vegetali** al centro della propria dieta: è opportuno consumare ogni giorno almeno cinque porzioni di frutta e verdura (almeno 400-500 grammi) variando spesso la scelta. Ogni pasto dovrebbe essere accompagnato da una parte di cereali integrali e/o legumi; andrebbero invece limitati i cereali raffinati;
- contenere il consumo di **carne rossa**, che non dovrebbe superare una o due porzioni da 100 grammi a settimana, e limitare fortemente gli **insaccati e le carni lavorate** a non più di una porzione da 50 grammi a settimana;
- evitare il più possibile il consumo di **alcol**, e comunque non superare l'unità alcolica al giorno (20 grammi per gli uomini e 10 per le donne);
- ridurre il consumo di **sale** a non più di 5 grammi al giorno;

- non fare affidamento sugli **integratori alimentari**: salvo particolari casi non c'è necessità di ricorrere agli integratori per assumere le sostanze nutritive di cui abbiamo bisogno. Basta una dieta ricca e varia.

## È vero che consumare latte e latticini aumenta il rischio di ammalarsi di tumore al seno? 3.11

Alcune ricerche recenti hanno mostrato un'associazione tra consumi elevati di calcio e il rischio di ammalarsi di alcuni tumori, tra i quali quello al seno. Viceversa, il calcio sembra protettivo nei confronti del tumore del colon. Il calcio è contenuto nel latte e nei latticini, ma anche in altri alimenti come le uova e la frutta secca. Il latte ha anche una lieve azione proinfiammatoria, e ciò ha spinto alcuni esperti a sostenere la necessità di ridurre i consumi. Risulta invece priva di fondamento la correlazione tra rischio di tumore e consumo di caseina, la proteina presente nel latte e nei formaggi. Questa ipotesi, avanzata da una pubblicazione non scientifica, il **China Study**, è stata ripetutamente smentita dagli esperti. Al momento è corretto dire che **un consumo moderato di latte e latticini non incide in modo significativo sul rischio**.

## Quando potrò riprendere a lavorare dopo le cure? 3.12

Il ritorno al lavoro è un momento importante per una donna che ha ricevuto una diagnosi di tumore al seno: dà un'idea di ritorno alla normalità, aiuta a mantenere il senso di sé e l'autostima, consente di tornare a una delle comunità a cui si appartiene, ricorda che c'è altro oltre al tumore.

Non esiste un momento giusto per riprendere a lavorare. Dipende dalle terapie a cui ci si sottopone, da come ci si sente, dalle proprie preferenze, ma anche dal lavoro che si svolge. Secondo un'indagine dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) il 40% delle donne colpite da tumore al seno ricomincia a lavorare dopo appena due mesi dalla diagnosi, la maggior parte aspetta di più. Ma 1 su 4 non torna al lavoro neanche dopo 2 anni.

### LA QUESTIONE DEI FITOESTROGENI

I fitoestrogeni sono sostanze vegetali con una struttura chimica simile agli estrogeni femminili. Sono presenti soprattutto nella soia, ma anche nelle noci, nei legumi, in alcune verdure come le crucifere.

Il loro uso in donne con un passato di tumore al seno è stato a lungo controverso per il timore che potessero stimolare la proliferazione di cellule tumorali residue o ostacolare l'azione dei farmaci ormonali. I più recenti studi scientifici, però, sembrano smentire questa ipotesi. Anzi, sembra che un consumo moderato di prodotti ricchi di fitoestrogeni (fino a 50 milligrammi di queste sostanze) possa proteggere

dalla comparsa di recidive. Inoltre, non sembra interferire con la terapia ormonale con tamoxifene.

Si tratta però di un consumo moderato (corrisponde a circa 150 grammi di tofu) e non esistono attualmente dati che confermino la sicurezza dei fitoestrogeni in donne con tumore al seno a dosi più alte di 100 milligrammi al giorno. In attesa che ulteriori studi chiariscano la relazione tra tumore al seno e fitoestrogeni, a titolo precauzionale le donne che hanno già avuto una diagnosi di tumore al seno dovrebbero consumare con molta moderazione i cibi che contengono fitoestrogeni.

Di certo, se tornare al lavoro è un bene, è meglio non affrettare i tempi a tutti i costi e valutare attentamente il proprio stato fisico e psicologico: in tal modo si possono evitare fatiche non necessarie e soprattutto la frustrazione conseguente all'impressione di non essere più in grado di fare quel che si faceva prima.

### 3.13 Quando potrò riprendere a fare attività fisica e di che tipo?

Svolgere attività fisica è importante per chi ha tumore al seno, anche durante il trattamento. Molti studi hanno infatti indicato che l'attività fisica può migliorare la qualità di vita, ridurre la fatigue, prevenire la perdita di tono muscolare e anche ridurre il rischio di recidiva e aumentare le probabilità di guarigione. Inoltre, in molti casi può ridurre gli effetti collaterali dei trattamenti contro il tumore.

Di certo, l'attività fisica durante e dopo i trattamenti per tumore al seno può non essere semplice, specie se ci sono effetti collaterali come la fatigue. È però possibile modularne la quantità e l'intensità e **scegliere la giusta attività sulla base delle proprie condizioni**. Durante la chemioterapia, per esempio, ci si può sentire particolarmente stanchi e può essere molto difficile prendere in considerazione l'idea del moto. Però, quando è possibile, un'attività leggera come una camminata può aiutare a star meglio. Camminare va bene anche durante la radioterapia, al pari di attività come stretching yoga e pilates. In entrambi i casi è invece **sconsigliata l'attività (anche leggera) in acqua**: la soppressione del sistema immunitario causata dalla chemio può esporre al rischio di infezioni, mentre la sensibilità cutanea indotta dalla radio può causare reazioni sulla pelle. È possibile riprendere le attività in acqua al termine delle terapie.

Svolgere attività fisica è importante anche per le donne che assumono la terapia ormonale, un trattamento di lunga durata che ha tra gli effetti collaterali anche l'osteoporosi. Il moto è utile a ridurre i danni causati alle ossa dalla malattia. Inoltre può alleviare il dolore e la rigidità articolare causata da alcuni farmaci ormonali. Tra le attività consigliate: camminare, salire le scale, ballare, esercizi di resistenza e peso.

### C'è una controindicazione all'attività sessuale durante e subito dopo le cure per il tumore al seno? 3.14

No, non c'è nessuna ragione medica che richieda di interrompere l'attività sessuale. Tuttavia, durante i trattamenti contro il tumore al seno capita a quasi tutte le donne di perdere interesse per il sesso.

È normale: gli squilibri ormonali indotti dalle terapie e la stanchezza causata da chemio e radioterapia possono avere un diretto **impatto sul desiderio sessuale** (oltre a indurre sintomi analoghi a quelli della menopausa come la secchezza vaginale); i cambiamenti dell'immagine corporea e gli effetti collaterali dei trattamenti (la nausea o la caduta dei capelli, per esempio), dal canto loro, possono rendere **difficile sentirsi sessualmente attraenti**. Né sono senza impatto sulla vita sessuale la paura, la depressione e la frustrazione che accompagnano la lotta alla malattia.

Se gli impedimenti sono solo di natura fisica (per esempio dolore alla penetrazione per sensibilità o secchezza delle mucose), si può ricorrere all'uso di preservativi molto lubrificati (che hanno il vantaggio anche di proteggere da eventuali infezioni) o di lubrificanti a base acquosa, acquistabili in farmaci senza ricetta. Se il ritorno alla vita sessuale diventa molto difficile, può essere utile una consulenza sessuologica: alcuni centri oncologici la offrono come parte del trattamento contro il tumore al seno.

### 3.15 In che modo cambieranno la mia forma fisica e il mio aspetto durante e dopo le cure?

Il tumore al seno ha un forte impatto sull'aspetto della donna e, spesso, ancora di più sul modo in cui la donna lo percepisce.

- Il **seno**: è naturalmente l'organo che più cambia a causa della chirurgia. L'entità di questo cambiamento dipende dal tipo di intervento che si rende necessario per asportare il tumore dando le maggiori chance di guarigione, dalla scelta o meno di sottoporsi a ricostruzione, dal risultato di quest'ultima. Il più delle volte, anche se l'aspetto del seno non è identico a quello che aveva prima della malattia, il risultato estetico è molto buono. In molti casi può essere necessario intervenire anche sul seno sano per ridurre le differenze estetiche tra le due mammelle;
- i **capelli**: la loro caduta è un frequente effetto collaterale della chemioterapia. La perdita è quasi sempre temporanea, però occorrono molti mesi prima che ricrescano e ritornino all'aspetto originario. In alcuni casi possono apparire più deboli (o più ricci) rispetto a prima dell'inizio del trattamento;
- il **peso**: a differenza di quanto avviene in altri tumori, i trattamenti per il tumore al seno possono avere come effetto collaterale un incremento del peso. Non succede a tutte le donne ma è molto frequente e la sua entità è in media tra i 3 e i 7 kg. Svolgere regolarmente attività fisica e seguire un corretto regime alimentare può aiutare a tenere il peso sotto controllo;
- la **pelle**: durante e dopo la radioterapia si possono osservare cam-



biamenti nell'aspetto della pelle del seno o del petto. Il seno può restringersi o gonfiarsi, l'areola e il capezzolo possono cambiare di colore schiarendosi o scurendosi, possono comparire eritemi, la pelle può diventare più sensibile. La cute, a volte, può apparire arrossata, screpolata, ispessita o può cambiare di colore. In genere si tratta di effetti che spariscono al termine del trattamento, ma in alcuni casi si prolungano per qualche mese.

- il **linfedema**: lo svuotamento del cavo ascellare può ostacolare e compromettere il drenaggio linfatico dal braccio. Ciò può dar vita a linfedema, una condizione caratterizzata da gonfiore del braccio che nei casi più seri può essere particolarmente marcato.

### Quando potrò procedere alla ricostruzione del seno?

3.16

Nei casi in cui non è stato possibile eseguire la ricostruzione del seno durante l'operazione di rimozione del tumore, l'intervento viene posticipato al termine delle terapie adiuvanti (chemioterapia e radioterapia). In genere occorre attendere dunque **3-6 mesi** prima di poter effettuare la ricostruzione. In questo periodo, spesso, la protesi vera e propria è sostituita con un espansore, una specie di "palloncino" che viene posizionato sotto al muscolo pettorale e viene progressivamente riempito con soluzione fisiologica in modo da distendere i tessuti che andranno poi a ospitare la protesi. Il riempimento viene eseguito ogni 7-14 giorni. Una volta raggiunto il volume stabilito (che è maggiore di quello che avrà la protesi definitiva), l'espansore viene lasciato in sede per circa 6 mesi per fare in modo che si crei uno spazio adeguato.

### Come avviene l'intervento? Quali sono le tecniche possibili?

3.17

L'intervento di ricostruzione del seno è un'operazione chirurgica a tutti gli effetti che richiede un paio di giorni di ricovero e un breve periodo di convalescenza.

## L'immediato periodo post-cure e la vita dopo il tumore

Possono essere utilizzate diverse tecniche che si differenziano soprattutto per i “materiali” impiegati per ricostruire il seno:

- **tessuti autologhi:** vengono utilizzati lembi di tessuto muscolare e adiposo o il solo tessuto adiposo per ricostruire la mammella. L'impiego di tessuti autologhi ha il vantaggio di offrire la ricostruzione molto naturale, tuttavia comporta interventi chirurgici e degenze più lunghi. Le tecniche più usate prevedono l'impiego di tessuto asportato dall'addome. È possibile limitare il prelievo soltanto alla cute e al

### DI COSA SONO FATTE LE PROTESI PER IL SENO



Esistono in commercio innumerevoli varietà di protesi al seno: tutte sono rivestite con un involucro di silicone quasi sempre dalla superficie ruvida. Si differenziano essenzialmente per due caratteristiche: la forma e il materiale con cui sono riempite.

- La **forma** può essere anatomica o rotonda. Le protesi anatomiche sono quelle che simulano maggiormente

la forma naturale del seno (a goccia), danno però risultati migliori su tessuti mai operati e hanno un maggior rischio di subire spostamenti nel corso degli anni. Quelle rotonde possono dare al seno un aspetto meno naturale (più pieno nella porzione superiore e vuoto in quella inferiore), presentano però il vantaggio di non andare incontro a rotazione spontanea;

- **materiali:** esistono diverse tipologie di materiali riempitivi, ma i più diffusi sono gel di silicone e soluzioni fisiologiche. Le protesi in gel di silicone altamente coesivo hanno una durata maggiore, minor rischio di complicanze come la formazione di tessuto cicatriziale intorno alla protesi stessa (la cosiddetta capsula fibrosa). Inoltre, nei rarissimi casi di rottura, non comportano la dispersione del contenuto.

tessuto adiposo (in tal caso si parla di DIEP) o anche a una porzione di muscolo (TRAM). Un'alternativa è il trapianto adiposo: può essere usato sia per ricostruire l'intera mammella sia per correggere possibili avvallamenti creati dalla chirurgia. Consiste nel trasferimento di grasso da una regione donatrice del corpo, solitamente la parte alta delle cosce, al seno. Dal momento che parte del tessuto adiposo innestato va incontro a riassorbimento, spesso è necessario ricorrere a più sedute per raggiungere i risultati desiderati.

- **protesi:** hanno il vantaggio di evitare il prelievo di tessuto da un'area donatrice e di comportare tempi operatori più brevi. La ricostruzione con protesi può richiedere un intervento sulla mammella sana per mantenere la simmetria tra i seni.

In alcuni casi, per ottenere risultati estetici migliori è possibile integrare l'impianto della protesi con tessuti autologhi. L'ultima fase della ricostruzione, dopo qualche settimana dall'impianto della protesi o dal trapianto di tessuto, è la ricostruzione dell'areola e del capezzolo. Si tratta di un intervento in anestesia locale e day hospital eseguito utilizzando piccoli lembi di tessuto o una porzione del capezzolo sano. Areola e capezzolo possono essere "colorati" con appositi pigmenti per dare loro una colorazione quanto più possibile simile a quelli naturali.

## Quali esami mi faranno, e per quanto tempo, dopo la dimissione?

3.18

Completati i cicli di chemio o radioterapia, il peggio è alle spalle. Tuttavia, il tumore è una malattia subdola che può presentarsi con recidive quando tutto sembra finito.

Per questa ragione, nei primi cinque anni dalla diagnosi di tumore (quelli in cui il rischio di recidive è più alto) per le donne è previsto un percorso di controlli periodici codificato in protocolli internazionali.

La **visita oncologica** viene effettuata ogni tre-sei mesi nel primo anno, ogni 6-12 mesi fino al quinto anno. Dopo questo periodo, i controlli potranno diradarsi, ma la loro frequenza è stabilita dal medico sulla base

delle caratteristiche della malattia. Durante la visita, il medico esegue la palpazione della mammella (nei casi in cui non è stata asportata interamente) e valuta lo stato di salute del seno sano, dal momento che chi ha avuto un primo tumore della mammella ha un rischio più elevato di svilupparne un secondo.

La **mammografia** viene eseguita ogni anno, sia al seno che ha subito l'intervento (la presenza di una protesi non è una controindicazione alla mammografia) sia a quello sano. Unica eccezione le donne che hanno subito la mastectomia, in cui comunque viene eseguita sul seno sano.

In alcuni casi la mammografia può essere affiancata da altre indagini, come la **risonanza magnetica**.

L'**ecografia** viene eseguita ogni anno per verificare il corretto posizionamento della protesi e lo stato di salute del tessuto circostante.

Essenziale è anche una **visita ginecologica** annuale, specie se si assumono farmaci ormonali come il tamoxifene che, oltre a indurre cambiamenti nella funzionalità dell'apparato riproduttivo, possono comportare un aumento del rischio di incorrere in un tumore dell'endometrio, il rivestimento interno dell'utero. Nella maggior parte dei casi il medico esegue un'ecografia transvaginale, che permette di misurare lo spessore dell'endometrio e confrontarlo con quello ottenuto nella visita precedente.

Per le donne con caratteristiche genetiche (mutazioni a carico dei geni BRCA1 e 2, in particolare) che aumentano il rischio di tumore al seno, i controlli possono essere più intensi.

Inoltre, è bene praticare mensilmente l'**autopalpazione** mensile del seno, anche se, specie all'inizio, può risultare piuttosto complesso a causa della presenza di cicatrici e della protesi.

### 3.19 Per quanto tempo dovrò restare sotto controllo? Quando potrò dire di essere davvero guarita?

Il concetto di guarigione, in oncologia, è piuttosto variabile. Vi sono tumori che in senso stretto non guariscono mai, perché vengono tenuti a bada con cure croniche anche per moltissimi anni. Convenzionalmente si ritiene però che, per la maggior parte dei tumori, cinque anni senza recidi-

ve sia un lasso di tempo oltre il quale ci si può considerare guariti. Questo è valido anche per il tumore al seno. Il maggior numero di controlli, prima molto ravvicinati poi semestrali e infine annuali, si concentra nei primi cinque anni dopo il termine delle cure, mentre dopo questo lasso di tempo i controlli si diradano fino a diventare simili a quelli delle donne che non si sono mai ammalate.

### Le cure per il tumore al seno mi espongono a un rischio aumentato di contrarre altre malattie? Se sì, quali? 3.20

Il tumore non è una malattia semplice da combattere. È costituito da cellule del nostro stesso organismo che sono grado di mettere in atto strategie per eludere il sistema di difesa immunitario e che hanno la tendenza naturale a crescere e a diffondersi sfruttando le vie di comunicazione del corpo.

Per questa ragione la gran parte delle terapie contro il tumore è molto aggressiva. Sebbene l'armamentario contro tumori si arricchisca costantemente di armi più mirate e con un minore impatto sui tessuti sani, tutte le cure contro il tumore hanno effetti collaterali che possono verificarsi anche a distanza di mesi o anni. I principali sono:

- **infarto:** la radioterapia aumenta il rischio di infarto, specie se il tumore ha colpito il seno sinistro. Si tratta di un rischio piuttosto basso; inoltre, la gran parte degli studi che hanno evidenziato questa relazione sono stati condotti su donne che avevano ricevuto il trattamento prima che si diffondessero le attuali misure di schermatura;
- **scompenso cardiaco:** alcuni farmaci chemioterapici (doxorubicina ed epirubicina, in particolare) possono danneggiare il muscolo cardiaco dando luogo a scompenso. Il rischio è più alto negli anziani, in chi riceve dosi elevate di farmaci e se sono già presenti patologie cardiache. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, il rischio è molto basso;
- **ictus e TIA:** la terapia ormonale (tamoxifene, in particolare) può favorire l'occlusione dei piccoli vasi che portano il sangue al cervello, esattamente come qualsiasi terapia ormonale. L'occlusione può essere temporanea: in tal caso si tratta di un attacco ischemico transito-

rio (TIA) che si risolve spontaneamente nel giro di minuti e in genere non lascia esiti. Quando l'occlusione non si risolve spontaneamente, si ha un ictus, che può portare a conseguenze anche molto gravi.

- **trombosi venosa profonda:** l'uso del tamoxifene, come di tutte le cure ormonali (anche la pillola anticoncezionale) può causare la formazione di coaguli di sangue nelle vene che scorrono più in profondità, specie delle gambe;
- **leucemia:** in casi abbastanza rari e solo in pazienti che si sottopongono a lunghi trattamenti alcuni farmaci chemioterapici (cisplatino e antracicline, in particolare) possono causare leucemia, un tumore delle cellule del sangue da cui hanno origine sia i globuli bianchi (linfociti) sia quelli rossi (mielociti);
- **tumore dell'endometrio:** è uno dei possibili effetti collaterali della terapia ormonale (nello specifico del tamoxifene): in media si registrano 2-3 casi ogni 1.000 donne che assumono il trattamento;
- **osteoporosi:** nelle donne che non hanno ancora raggiunto la menopausa, il tamoxifene, può ridurre la densità minerale ossea causando osteoporosi. L'effetto è opposto nelle donne che hanno già superato la menopausa.

### 3.21 **Soffro di linfedema cronico. Come dovrò gestire questo effetto collaterale negli anni? Come si evolve il disturbo? Quali sono gli interventi più efficaci?**

Il linfedema, cioè l'accumulo di liquidi nel braccio, è una conseguenza permanente di alcuni interventi di chirurgia oncologica per l'asportazione di uno o più linfonodi.

È importante riconoscerlo precocemente e segnalarlo al proprio medico, poiché quanto più è tempestivo il trattamento, tanto più si riesce a contenerne il decorso. Il linfedema, infatti, tende a peggiorare nel tempo:

- in un primo stadio vi è un'iniziale accumulo di liquidi che tuttavia è transitorio: il gonfiore scompare alzando il braccio e si può ridurre manualmente. I sintomi sono lievi: crampi saltuari, specie notturni,

formicolio, in alcuni casi prurito;

- nel secondo stadio il gonfiore è più difficile da ridurre. I sintomi si fanno sempre più persistenti e costanti;
- nel terzo stadio, il ristagno persistente della linfa comincia a produrre una fibrosi del tessuto che causa l'indurimento della sottocute. In questa fase la pelle può danneggiarsi a causa della pressione della linfa nei tessuti e nei casi più gravi l'arto può deformarsi. In questo stadio i trattamenti hanno scarsa efficacia.

Dal linfedema non si guarisce, tuttavia è possibile imparare a convivere riducendo il rischio di complicanze. Il trattamento del linfedema consiste in:

- **cura della cute:** un'igiene quotidiana profonda e una costante idratazione della cute possono recare sollievo e prevenire l'insorgenza di lesioni e infezioni;
- **massaggi manuali:** il cosiddetto linfodrenaggio è una tecnica di massaggio che favorisce il riassorbimento della linfa o la fa defluire verso un'altra parte del corpo. Il linfodrenaggio viene eseguito da un terapeuta specializzato, ma si può apprendere una tecnica semplificata da eseguire da sole a casa;
- **terapia contenitiva:** i tutori e i bendaggi elastici esercitano una compressione graduata sull'arto per facilitare il drenaggio della linfa e impedirne l'ulteriore raccolta;
- **terapia motoria:** è possibile eseguire esercizi specifici per migliorare il flusso della linfa e favorirne il drenaggio. In genere è lo stesso centro presso cui si è in cura a fornire istruzioni su come effettuarli;
- **terapia meccanica:** la pressoterapia è una tecnica che consiste nell'uso di un dispositivo (una sorta di manica) che viene gonfiato progressivamente dalla mano verso il tronco: in tal modo favorisce la risalita della linfa.

Nel trattamento del linfedema possono aiutare anche l'assunzione di farmaci e il ricorso a ultrasuoni e onde d'urto quando si manifesta un indurimento del tessuto nell'area interessata dal linfedema.

# La gestione degli effetti psicologici della malattia e del dolore

**E** sistono due tipi di dolore: il primo colpisce la psiche e rende difficile lo svolgimento delle attività quotidiane. Colpisce le donne che si ammalano ma a volte anche i loro partner e familiari.

Bisogna imparare a riconoscerlo e affrontarlo con l'aiuto di uno specialista, senza temere di apparire deboli o non abbastanza concentrate sulla battaglia contro la malattia. Non tutte le donne (né tutti gli uomini) sono uguali: ciascuna reagisce alle avversità in modo peculiare e tutte meritano di passare il periodo critico della terapia nelle migliori condizioni psicologiche possibili.

Il secondo tipo di dolore è quello fisico: può essere presente, con intensità diverse, in tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione alla fase avanzata. Curare il dolore è uno degli obiettivi della moderna medicina e le armi a disposizione dei centri del dolore sono ormai molte ed efficaci.

Non bisogna mai accettare la sofferenza senza rivolgersi a un medico che potrebbe avere la soluzione.

Di nuovo, il dolore non è un segno di debolezza ma una naturale manifestazione del corpo che è possibile contrastare, almeno per la parte che contribuisce a rendere difficile e pesante la vita della paziente.



In questo breve capitolo sono riassunti, in modo necessariamente conciso, alcuni punti essenziali per il benessere psichico e fisico delle donne malate di tumore al seno. La speranza è che siano da stimolo per riconoscere i momenti di difficoltà e per rivolgersi allo specialista più adatto a dare sollievo.

Sezione 1 → Psicologia

## **Cos'è uno psiconcologo? Nella mia città non ci sono questi specialisti, posso rivolgermi a qualsiasi psicologo per parlare di quel che sta succedendo?**

4.01

Lo psiconcologo è uno psicologo o uno psichiatra che ha seguito uno specifico percorso di formazione finalizzato ad acquisire le competenze necessarie per affiancare i pazienti con tumore e i loro familiari nelle diverse fasi della malattia. La psiconcologia è una disciplina piuttosto recente, che solo negli ultimi anni si sta diffondendo in Italia. Nel Piano oncologico nazionale 2010-2012 è stata riconosciuta come uno degli strumenti essenziali all'interno del percorso di cura delle persone con tumore e molti centri oncologici dispongono ormai di equipe di psiconcologi a disposizione del paziente in tutto il percorso terapeutico. Ciononostante, ancora in molti luoghi è difficile ottenere l'assistenza di uno psiconcologo.

In assenza di alternative, rivolgersi a uno psicologo può essere utile, tuttavia, è bene tenere presente che non sempre avrà le competenze per affrontare le peculiari esigenze dei malati di tumore.

## **Come posso affrontare la questione del tumore con i miei figli ancora piccoli? Che cosa posso dire loro?**

4.02

Parlare con i figli della propria malattia è uno dei momenti più difficili per le donne con tumore al seno. La paura di creare loro dolore, i sensi di colpa perché la propria malattia rischia di interrompere precocemente la loro infanzia e di sottrarre loro le cure, il timore della morte. In questi casi entrano in gioco innumerevoli emozioni.

## QUANDO CHIEDERE AIUTO

Ammalarsi di tumore è un avvenimento traumatico che investe tutte le dimensioni della persona. L'ansia, la paura, la preoccupazione, la demoralizzazione, la rabbia sono normali risposte alla malattia. Ma ci sono campanelli d'allarme che possono far capire che i livelli di stress stanno diventando troppo alti e che quindi è bene chiedere aiuto:

- ▶ sentirsi sopraffatti al punto di panico o da un senso di terrore;
- ▶ sentirsi così triste da ritenere che non si riuscirà a superare i trattamenti;
- ▶ sentirsi inutile;
- ▶ essere insolitamente irritabile e arrabbiata;
- ▶ sentirsi incapace di affrontare il dolore, la stanchezza, gli effetti collaterali delle terapie (per esempio la nausea);
- ▶ presentare problemi di concentrazione o memoria e avere difficoltà a prendere decisioni anche su piccole cose;
- ▶ pensare al tumore o alla morte per tutto il tempo;
- ▶ difficoltà a dormire o mangiare;
- ▶ conflitti familiari.

In tutti questi casi è bene richiedere l'intervento di uno psiconcologo che può aiutare ad affrontare la malattia. Lo specialista può essere utile anche se in passato si sono vissute esperienze particolarmente dolorose come la morte di una persona cara o si è sofferto di depressione.

Tuttavia, l'esperienza dice che non c'è modo di eludere questo confronto. Non si possono proteggere i figli tacendo. La strada migliore è dire loro la verità. I bambini sono in grado di adattarsi molto bene ai cambiamenti. Inoltre sono grandi osservatori: noteranno i cambiamenti della propria madre, quelli che si verificheranno in casa. E se non avranno risposte saranno loro a darsele, immaginando spesso scenari peggiori del reale.

Trovare le parole non sarà facile. E occorrerà pesare le informazioni e il modo di fornirle sulla base dell'età dei figli. Però, qualunque sia la loro età, ci sono elementi che non dovrebbero mai mancare:

- dovresti essere tu a parlarne: delegare ad altri favorirebbe i loro timori e sospetti;

- è bene chiedere loro cosa ne sanno del tumore: a seconda della loro età potrebbero averne sentito parlare. E frequentemente lo associano alla morte. Spiegare che la gran parte delle donne che si ammalano di tumore al seno guarisce li aiuterà nell'elaborazione della notizia;
- bisogna anticipare che impatto avrà la malattia su di te, quali cambiamenti potresti subire, quello che dovrai fare;
- occorre parlare dell'impatto che la malattia avrà su di loro, del fatto che potresti essere meno presente, ma che comunque non saranno mai soli e che la tua assenza non significa che ti importa meno di loro;
- è bene far capire che la malattia non è colpa loro: i bambini - specie quelli più piccoli - sono soliti attribuire un rapporto causa-effetto a eventi che si verificano contestualmente (quest'attitudine viene definita "pensiero magico"). Potrebbero ritenere che la malattia sia la conseguenza di qualcosa che hanno fatto.

## Come devo affrontare la malattia con il mio partner?

4.03

Le reazioni del partner possono essere molto variabili: se nella maggior parte dei casi sono presenti e supportivi, in alcuni casi possono apparire eccessivamente angosciati o viceversa troppo distaccati. In ambedue i casi si tratta di una reazione che nasconde una grande paura e preoccupazione e talvolta una sensazione di incapacità di affrontare i problemi, pratici e psicologici, che una malattia complessa pone alla coppia e alla famiglia.

In questi casi è molto importante che la donna non asseconi una naturale tendenza a giustificare il partner: la malata è lei e ha bisogno di tutto l'aiuto possibile. Il primo passo utile potrebbe essere quello di suggerire al partner di rivolgersi a uno psiconcologo o a un **servizio di sostegno per chi assiste un familiare con tumore**. Se però si rifiuta di farlo, lo psicologo può aiutare la donna a trovare il modo giusto per placare le ansie ingiustificate del compagno o, viceversa, per aiutarlo ad accettare la realtà e a farsi carico delle eventuali incombenze necessarie.

È bene chiarire subito che anche la donna che si ammala può vivere, paradossalmente, la situazione con sensi di colpa e sentirsi responsabile della rottura dell'armonia familiare o di coppia. Ma la malattia non si sce-

glie né è una colpa: capita, come molte cose faticose della vita. Deve essere affrontata con forza e lucidità da parte di tutte le persone coinvolte.

#### 4.04 **A causa della chirurgia, della chemio e poi delle cure ormonali, il mio interesse per il sesso è totalmente svanito ma questo mette in crisi la mia coppia**

La perdita di desiderio sessuale è un problema molto frequente dopo i trattamenti per il tumore al seno: i cambiamenti ormonali indotti dalle terapie, la stanchezza e spesso la depressione, lo sforzo verso l'obiettivo di sconfiggere la malattia, la mutilazione del seno e gli altri cambiamenti corporei indotti dalle terapie sono alcuni dei fattori che causano il calo della libido. Ed è frequente che questo possa avere un impatto sul rapporto di coppia, già messo alla prova dalla lunga lotta alla malattia.

Il recupero dell'intimità con il proprio partner è un processo che può essere lungo e faticoso e che non può basarsi che sul dialogo e sulla gradualità.

Parlare del problema senza avere vergogna di ammetterlo, accettare i cambiamenti nel corpo, prendere coscienza che anche il calo della libido è un'ulteriore fase verso il superamento del tumore (e non una forma di allontanamento del partner) sono tappe essenziali per il ritorno a

### **AIUTARSI TRA SIMILI**

I gruppi di auto-aiuto sono gruppi di sostegno costituiti da persone affette da tumore o familiari, in cui si condivide l'esperienza della malattia.

Il loro obiettivo è far sì che ogni membro tragga dal gruppo l'aiuto di cui ha bisogno e allo stesso tempo lo dia agli altri malati: sono, infatti, costituiti da pazienti che vivono

o hanno vissuto la stessa esperienza e che attraverso la condivisione di informazioni si offrono reciprocamente sostegno emotivo e pratico, anche con indicazioni su come fruire al meglio delle strutture esistenti.

Attraverso i gruppi di auto-aiuto è possibile inoltre uscire dall'isolamento che spesso caratterizza la malattia.

un'appagante vita di coppia. Ma non bisogna avere fretta cercando a tutti i costi di avere un rapporto sessuale completo: a piccoli passi si può cercare di creare situazioni romantiche e di complicità, riscoprire lentamente il corpo e il contatto con il partner, limitarsi ai preliminari.

Spesso può essere difficile farcela da soli: in questi casi non bisogna avere timore di chiedere aiuto a uno specialista che può aiutare ad affrontare il problema e suggerire nuovi modi per esprimere l'intimità sessuale.

## Il mio partner non vuole più avvicinarsi a me ma io ho bisogno di sentire che malgrado la malattia sono ancora me stessa. In che modo posso affrontare la questione del sesso e con chi?

4.05

Il ritorno a una normale intimità dopo il tumore non è semplice, anche per le coppie che stanno insieme da molto tempo. La fatica di affrontare la malattia, i cambiamenti corporei, il grande peso emotivo sopportato per mesi, i cambiamenti nella distribuzione delle responsabilità tra i partner sono elementi che possono rinsaldare una coppia o sfibrarla.

La vita sessuale è spesso lo specchio di questi cambiamenti: dopo un periodo di adattamento in genere le coppie riescono a trovare un nuovo

Negli ultimi anni molte ricerche hanno dimostrato che le persone che prendono parte a gruppi traggono effetti positivi sul benessere psicologico che può ripercuotersi sulla determinazione con cui si affronta la malattia. Prendere parte a un gruppo di auto-aiuto può essere quindi utile. Occorre però ricordare che è fondamentale:

- ▶ un'oculata scelta del gruppo: per esempio sembrano più efficaci quelli in cui le donne hanno caratteristiche omogenee, per esempio condividono lo stesso stadio della malattia;
- ▶ non considerare il gruppo un'alternativa allo psicologo, che fornisce un supporto insostituibile

equilibrio. Talvolta, però, ciò non succede. Non sempre, tuttavia, la responsabilità di ciò è da attribuire al tumore: spesso la causa è da ricercare in problemi nel rapporto di coppia che esistevano prima della malattia e che questa ha soltanto fatto acuire.

Se si fa fatica a tornare a una soddisfacente vita sessuale dopo il tumore o se si sente maggiore distanza tra i partner, il dialogo è di certo il primo passo, ma a volte può essere necessario ricorrere a uno specialista per cercare di riconsiderare le basi della relazione.

#### 4.06 **Vivo con la mia compagna da molti anni e ora che sono ammalata non so come gestire la nostra relazione. In che modo il tumore al seno influisce sulla vita di una coppia omosessuale?**

L'esperienza di un tumore al seno può avere un forte impatto sulla vita di una coppia omosessuale. Tuttavia il più delle volte viene vissuta in maniera più positiva rispetto alle coppie eterosessuali.

Molti studi hanno mostrato che **le donne omosessuali ricevono maggiore supporto dalle loro partner** rispetto alle donne etero. Inoltre, è stato osservato che tra partner omosessuali è più semplice instaurare un dialogo sulla malattia.

Se da una parte è presente una maggiore complicità e comprensione, però, il tumore al seno può diventare per la partner una forte fonte di stress poiché anche lei ne può essere colpita.

Ambivalente è anche il rapporto con i cambiamenti dell'immagine corporea: le ricerche mostrano che le donne omosessuali ammalate di tumore al seno hanno minori preoccupazioni relative ai cambiamenti di immagine e avvertono come meno traumatica la perdita del seno, tuttavia spesso confrontano la propria mutilazione con l'integrità corporea della propria partner. Il che può diventare una fonte di conflitto.

Il tumore, inoltre, può rendere necessario rendere pubblico il proprio orientamento sessuale, ai medici o alla famiglia. Si tratta di un evento liberatorio ma che può essere anche fonte di stress e di vulnerabilità. Il più delle volte, però, finisce per rinsaldare la coppia.

## È utile raccontare la propria esperienza di malata ad altre donne? Perché alcune donne si trovano bene nel farlo e altre preferiscono dimenticare?

4.07

Parlare della propria malattia non è semplice. La diagnosi di tumore è un'esperienza che cambia la vita, ha un enorme aspetto sulle emozioni, richiede molto tempo per essere metabolizzata.

È normale che molte donne si chiudano in sé stesse: perché non si è abituati a condividere il proprio privato, perché si ha paura di perdere il controllo delle proprie emozioni, che gli altri possano far fatica ad accettare la malattia. Ma se si superano questi scogli, **parlare del tumore può dare molti benefici**. Può aiutare per esempio a:

- capire come ci si sente realmente: esprimere i pensieri a parole costringe a ordinarli. In tal modo, quello che prima appariva confuso e oppressivo appare più chiaro;
- sfogarsi: condividere le preoccupazioni con gli altri offre sollievo e aiuta a mettere le cose in una giusta prospettiva;
- non colpevolizzarsi: spesso dopo una diagnosi di tumore ci si sente in colpa, deboli, ci si vergogna. Per la malattia o nel modo in cui la si affronta. Parlare con qualcuno può aiutare a rassicurare che il proprio comportamento è normale e alleviare molti sentimenti negativi;
- trovare risposte ai problemi: parlare con un'altra persona può portare a soluzioni che non erano state prese in considerazione e aiutare a prendere decisioni importanti;
- avere sostegno e costruire legami.

Tutto ciò **può dare fiducia e più forza** per affrontare la malattia.

## Ho pensato di aprire un blog / un sito / di scrivere un libro sulla mia esperienza. È una cosa utile?

4.08

Sì, condividere il proprio vissuto della malattia con gli altri può essere un utile strumento per affrontare il tumore. I blog e i siti personali,

soprattutto, grazie all'interazione con i lettori e agli amici sembrano sortire gli stessi effetti positivi dei gruppi di auto-aiuto, rendendo più forti e sicuri nella gestione della malattia. Questi strumenti possono aiutare le donne con tumore al seno a **costruire una narrazione della propria esperienza**, esprimere le emozioni e ricevere il supporto sociale di cui necessitano. La forza di questi diari personali, infatti, non è soltanto quella di rispondere al bisogno di sfogarsi, di condividere le gioie e i momenti di sconforto, le buone e le cattive notizie, ma di creare piccole comunità accomunate dalla malattia in cui ci si dà reciproco conforto.

Soltanto un'avvertenza: è vero che la scrittura e la condivisione del proprio vissuto possono aiutare, ma non possono sostituire il rapporto con uno specialista quando sono presenti difficoltà nell'affrontare la malattia. Inoltre, bisogna essere sempre consapevoli che **“mettersi a nudo” in rete espone al giudizio da parte di estranei** che potrebbero, anche in buona fede e senza cattiveria, ferire la personale sensibilità.

## Sezione 2 → Dolore

### 4.09 È vero che la mammografia è dolorosa? Posso fare qualcosa per ridurre il fastidio?

È vero, la mammografia in alcuni casi può essere un po' dolorosa. Succede a circa tre donne su dieci e molto spesso ciò dipende dalla fase del ciclo mestruale in cui la si effettua: se ci si sottopone all'esame immediatamente prima delle mestruazioni, la tensione mammaria può rendere più dolorosa la compressione del seno necessaria per effettuare il test. Quando possibile, **effettuare la mammografia lontano dal ciclo** può dunque ridurre o evitare del tutto il dolore. In alcuni casi è stato osservato che il consumo di caffeina e cioccolato può contribuire alla tensione mammaria: evitare questi alimenti nelle settimane precedenti all'esame potrebbe aiutare. In ogni caso, è bene rilassarsi durante l'esame: la tensione può contrarre i muscoli del petto aumentando le probabilità che la mammografia sia dolorosa.

Oltre a questi accorgimenti non esistono metodi di provata efficacia per evitare questa spiacevole esperienza. Diversi studi hanno dimostrato



che l'applicazione di appositi cuscini sulle piastre può sì ridurre il dolore, ma abbassa la qualità dell'esame. Anche l'assunzione di antidolorifici prima della mammografia non sembra avere grande efficacia.

## La biopsia fa male? Cosa posso fare per provare meno fastidio? 4.10

La biopsia in genere non è dolorosa dal momento che viene eseguita in anestesia locale. Tuttavia, si tratta di una procedura traumatica per il seno: è dunque possibile che il dolore compaia dopo l'esame.

In questi casi, su indicazione del medico, è possibile assumere comuni antidolorifici (in genere paracetamolo, mai aspirina che può aumentare il rischio di sanguinamenti) e applicare impacchi freddi. Anche indossare un reggiseno che dia un buon sostegno al seno può essere di aiuto.

## Devo sottopormi a quadrantectomia. Fa male? Che tipo di dolore mi devo aspettare e come può essere affrontato? 4.11

L'intervento di quadrantectomia viene eseguito in anestesia (locale o generale) e quindi non è doloroso. Nei giorni immediatamente successivi, però, come in tutti i casi di operazioni chirurgiche, può comparire dolore.

La sensazione dolorosa, in genere, è avvertita in corrispondenza della cicatrice. Diverso è il caso in cui sia stato necessario eseguire lo svuotamento del cavo ascellare: in questa circostanza il dolore è più frequente e oltre all'ascella può estendersi al braccio. A volte può irradiarsi alla spalla e/o alla scapola rendendo difficile la mobilità dell'arto interessato dall'operazione. **Il dolore può avere caratteristiche diverse:** a volte si avverte una sensazione di puntura di spillo, altre volte una sensazione costrittiva, altre ancora bruciore intenso. In alcuni casi è più costante in altre compare come fitta. Già durante il ricovero e, se necessario, al rientro a casa è possibile assumere farmaci antidolorifici che allevieranno il dolore. Che comunque **in genere dura solo qualche giorno.**

## I FARMACI PER IL DOLORE POST-OPERATORIO

Esistono diverse opzioni per il trattamento del dolore post-operatorio. La scelta dei farmaci più indicati e delle modalità di somministrazione dipende dal tipo di intervento, dall'entità del dolore, dalle caratteristiche personali. Le categorie di farmaci più utilizzate sono:

- ▶ i **Fans** (farmaci anti-infiammatori non steroidei), sono medicinali di uso comune, come l'ibuprofene, il naprossene o il ketorolac. A questi si aggiunge il paracetamolo;
- ▶ gli **analgesici oppioidi**: devono il loro nome al fatto che producono effetti far-

macologici simili a quelli della morfina agendo direttamente sul sistema nervoso centrale e periferico: fanno parte di questa categoria farmaci come il tramadolo, la codeina, l'ossicodone, il fentanil, la stessa morfina.

Spesso, per garantire una maggiore efficacia sfruttando le diverse modalità di funzionamento, vengono associati due farmaci appartenenti ai diversi gruppi. In ospedale, in genere la somministrazione degli antidolorifici avviene per via endovenosa. Mentre, al ritorno a casa, saranno prescritte formulazioni da assumere per via orale.

Nei casi in cui il dolore persiste è in genere dovuto ai cambiamenti nei vasi linfatici indotti dallo svuotamento del cavo ascellare: in tal caso occorre adottare apposite strategie terapeutiche.

### 4.12 Devo sottopormi a una mastectomia totale. Fa male? Quale tipo di dolore mi devo aspettare e come posso affrontarlo?

La mastectomia viene eseguita in anestesia generale, quindi durante l'intervento non si prova alcun dolore.

Il dolore, però, tende a comparire nei giorni immediatamente successivi, come in tutte le operazioni chirurgiche.

In genere è più frequente, più esteso e più duraturo di quanto avvenga con la quadrantectomia: l'intervento di rimozione completa della ghiandola mammaria, infatti, non è solo più radicale nei confronti del seno, ma spesso comporta l'asportazione di una parte cospicua di muscoli petto-

rali. Inoltre, essendo l'intervento rivolto a tumori in stadio più avanzato, si rende più spesso necessario lo svuotamento del cavo ascellare.

Per questo, oltre ai dolori tipici della quadrantectomia (alla cicatrice, al braccio, a volte alla spalla), **le donne che hanno subito una mastectomia possono avvertire anche dolore alle costole e al petto**. Il dolore a volte può essere associato anche all'applicazione dell'espansore preliminare all'intervento di ricostruzione mammaria: in tal caso è localizzato soprattutto alla parte superiore e inferiore della mammella. Il dolore post-operatorio può essere controllato con farmaci antidolorifici. In circa un terzo dei casi, dopo una mastectomia, si può sperimentare una sindrome della "mammella fantasma": esattamente come le persone che hanno subito l'amputazione di un arto, le donne mastectomizzate a volte avvertono dolore alla mammella, che però è stata asportata. In tal caso, oltre ai trattamenti farmacologici, può essere necessario anche un supporto psicologico.

Il più delle volte, il dolore associato alla mastectomia dura giorni o poche settimane. In alcuni casi, però, può prolungarsi per mesi fino a diventare permanente dando vita a quella che è definita "sindrome dolorosa cronica post-mastectomia": una condizione che peggiora drasticamente la qualità di vita e che richiede un trattamento specifico, ma non è troppo comune.

## La radioterapia fa male? Che fastidi può provocare e come posso affrontarli?

4.13

La radioterapia è un trattamento indolore. Solo in rari casi e a elevati dosaggi può danneggiare i nervi del braccio e della spalla dando luogo da una sindrome dolorosa. Più spesso la radioterapia produce cambiamenti nella pelle: arrossamenti, irritazioni, desquamazioni, a volte accompagnate da prurito. Si tratta quasi sempre di effetti temporanei, ma che richiedono qualche accorgimento: evitare di grattarsi ed esporsi al sole, non usare creme o lozioni se non prescritte dal medico, né profumi, deodoranti o cosmetici, lavare delicatamente e solo con sapone neutro.

In alcuni casi possono sopraggiungere cambiamenti della pelle duraturi, come un colorito più scuro o piccole chiazze rosse: non danno fastidio ma possono risultare antiestetiche.

#### 4.14 Dopo l'intervento mi si è gonfiato il braccio. Cosa devo fare?

In genere, subito dopo l'intervento di quadrantectomia o mastectomia, la cicatrice e l'ascella possono gonfiarsi. È normale, e si tratta di un effetto che scompare nelle settimane successive.

In alcuni casi, però, è possibile che anche il braccio si gonfi: benché questo fastidio tenda a scomparire nel tempo, è un sintomo da non sottovalutare: può rappresentare infatti un **campanello d'allarme** che può indicare un maggior rischio di sviluppare il linfedema nei mesi o anni successivi. Per questa ragione, è bene:

- appena si è riacquisita la mobilità, usare il braccio come al solito;
- eseguire con regolarità appositi esercizi che potranno essere illustrati dal centro in cui si è in cura o rivolgendosi a un terapeuta specializzato;
- segnalare immediatamente al medico sintomi sospetti come arrossamenti, sensazione di calore o dolore.

#### 4.15 Soffro di linfedema cronico. Quali terapie posso fare per contrastare il dolore?

Il linfedema è una condizione che non comporta semplicemente un gonfiore del braccio e un più alto rischio di infezioni. In molti casi è una malattia che causa dolore. Il dolore è dovuto a diversi fattori:

- la compressione delle terminazioni nervose causata dal gonfiore o dalla fibrosi che ha luogo nelle fasi avanzate della malattia;
- l'infiammazione cronica che può instaurarsi nel braccio;
- le infezioni;
- nelle fasi più avanzate, i danni che può subire la pelle.

Il dolore può essere alleviato con farmaci antidolorifici, tuttavia il trattamento più efficace consiste nella riduzione del linfedema.

Oltre ai trattamenti convenzionali, in casi particolarmente severi, è possibile ricorrere a interventi di microchirurgia che tentano di creare nuove vie di drenaggio per la linfa.

## Soffro di tumore al seno metastatizzato. In che modo l'esperto di terapia del dolore mi può aiutare?

4.16

Il dolore è molto frequente nel tumore in stadio avanzato: può dipendere dalla malattia o dai trattamenti e peggiora la qualità di vita. Il dolore è una delle poche entità che in medicina non può essere misurata con unità oggettive: ciascuno lo avverte in maniera diversa e ne ha una personale "soglia".

Chiedere il supporto di uno specialista per alleviare il dolore, quindi, non deve destare timore o vergogna dettata dall'incapacità di sopportarlo. Non c'è infatti nessuna necessità di sopportare il dolore: non solo comporta una sofferenza inutile, ma alla lunga questo comportamento peggiora il sintomo: la persistenza dello stimolo doloroso induce cambiamenti nel funzionamento delle fibre nervose responsabili della sua trasmissione facendo sì che il dolore venga amplificato e risponda meno alle terapie. I farmaci impiegati nella terapia del dolore sono:

- gli analgesici non oppioidi (il paracetamolo o gli antinfiammatori non steroidei);
- gli oppioidi deboli (per esempio la codeina);
- gli oppioidi forti (per esempio la morfina).

Questi farmaci possono essere usati da soli o in associazione (gli oppioidi con i FANS), inoltre è possibile aumentare le dosi sulla base delle necessità del paziente. Agli analgesici, poi, possono essere abbinati altri farmaci, che pur non agendo direttamente sul dolore, aumentano l'efficacia degli antidolorifici (cortisonici, antidepressivi, antiepilettici).

Grazie a questi farmaci è oggi possibile controllare e rendere sopportabile quasi sempre il dolore in modo da garantire una qualità di vita accettabile alla gran parte delle pazienti con tumore al seno in fase avanzata.

# Lavoro e diritti

**L**a battaglia per veder riconosciuta, a livello lavorativo ma non solo, la peculiarità del tumore come malattia è stata lunga e complessa. Contrariamente ad altre situazioni, il tumore può rendere totalmente inabili al lavoro, e fisicamente dipendenti da altre persone, solo per un periodo limitato della vita.

Spesso, per fortuna, le terapie oggi disponibili permettono, nel giro di alcuni mesi, di recuperare le proprie capacità fino al cento per cento.

Il legislatore ha recepito in parte queste caratteristiche della malattia oncologica, rendendo possibili alcuni accorgimenti o variazioni rispetto ai diritti riconosciuti in termini generali a tutti i lavoratori.

Non è possibile in una guida come questa dare conto di tutte le norme esistenti e soprattutto delle agevolazioni disponibili, anche perché molte sono stabilite a livello regionale.

Troverete quindi qui esposti alcuni macroargomenti, sufficienti per avere un'idea delle tutele a cui si ha diritto in linea di principio. La raccomandazione per chi è malata o assiste una malata è quella di integrare queste indicazioni con una ricerca a livello locale, magari facendo riferimento a qualche associazione di pazienti, così da conoscere eventuali tutele specifiche.

## Che impatto avrà la malattia sulla mia situazione economica? Ho diritto a percepire lo stipendio se non posso lavorare?

5.01

Tutti i lavoratori dipendenti che hanno necessità di sospendere il lavoro a causa di una malattia - e quindi anche i malati di tumore - hanno il diritto di assentarsi per il periodo necessario per le cure e a percepire la retribuzione o un'indennità di malattia commisurata alla retribuzione.

Il periodo massimo di assenza retribuita è di 18 mesi, mentre il trattamento economico diminuisce nel tempo:

- dall'inizio della malattia fino al 9° mese compreso: intera retribuzione;
- dal 10° al 12° mese di assenza: 90% della retribuzione;
- dal 13° al 18° mese: 50% della retribuzione.

I lavoratori hanno inoltre diritto all'anzianità di servizio per tutto il periodo di assenza per malattia. Esistono però differenze sostanziali tra i diversi contratti collettivi nazionali di lavoro: è pertanto essenziale verificare le tutele garantite dal proprio contratto.

L'assenza per malattia deve essere comunicata tempestivamente al datore di lavoro, indicando anche l'indirizzo presso il quale si è a disposizione per eventuali controlli medico-fiscali.

## Sono una lavoratrice autonoma: che tutele ho?

5.02

La tutela dei lavoratori autonomi costretti ad assentarsi dal lavoro per tumore è più limitata rispetto a quella riservata ai lavoratori dipendenti e differisce notevolmente a seconda dell'ente previdenziale di appartenenza.

Se iscritti alla gestione separata, i lavoratori hanno diritto a un'indennità di malattia per un massimo di 61 giorni l'anno. La sua entità dipende dal reddito percepito nell'anno precedente e oscilla tra gli 11 e i 22 euro al giorno. È prevista anche un'indennità di degenza ospedaliera. Diverso è il caso dei liberi professionisti iscritti a specifiche casse previden-

ziali. Ogni cassa ha un proprio regolamento al cui interno possono essere presenti ulteriori differenze di trattamento a seconda della posizione contributiva del lavoratore. È bene rivolgersi all'ente previdenziale di appartenenza per ottenere informazioni dettagliate.

Per i lavoratori autonomi, salvo rare eccezioni, non sono previste agevolazioni nel pagamento di tasse e contributi previdenziali.

### 5.03 **Non voglio lasciare il lavoro, ma spesso sto troppo male per finire il turno. Posso avere un orario abbreviato?**

Le persone affette da tumore che vogliono continuare a lavorare dopo la diagnosi possono richiedere una riduzione dell'orario di lavoro per renderlo più confacente alle attuali condizioni fisiche o per conciliare il lavoro con i trattamenti. **La riduzione dell'orario di lavoro è temporanea** e può essere ripristinata quando le condizioni di salute lo consentono. Alla riduzione di orario corrisponde un adattamento proporzionale dello stipendio. È possibile articolare il nuovo orario di lavoro in diversi modi:

- lavorando con orario pieno solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno (part time verticale);
- lavorando tutti i giorni con orario ridotto (part time orizzontale);
- combinando le due precedenti modalità (misto).

Per richiedere il part time è necessario ottenere l'accertamento delle condizioni di salute da parte della commissione medica della Asl.

### 5.04 **Non voglio lasciare il lavoro, ma la sede di lavoro è molto lontana: è vero che ho diritto al trasferimento alla sede più vicina a casa?**

Il diritto di trasferimento per i malati oncologici richiede due condizioni:

- il riconoscimento di uno stato di handicap "grave" (il 70% per cento di invalidità è riconosciuto a malati di tumore con neoplasie a pro-



- gnosi favorevole ma con grave compromissione funzionale);
- la possibilità per il datore di lavoro di dislocare il lavoratore in una sede più vicina al proprio domicilio.

Se esistono queste condizioni, è dunque possibile fare richiesta di trasferimento al proprio datore di lavoro. In nessun caso, invece, il lavoratore con tumore può essere trasferito dalla sede attuale senza il suo consenso.

Nel caso in cui la persona con tumore (e con un'invalidità superiore al 67%) risulta vincitore di concorsi pubblici ha diritto di precedenza nella scelta della sede di lavoro più vicina al suo domicilio tra quelle disponibili e alla precedenza nella scelta della sede nel caso di trasferimento.

Un'alternativa al trasferimento può essere il **lavoro a distanza (telelavoro)**: nei casi in cui il tipo di attività lo consente, il lavoratore può chiedere al proprio datore di lavoro di lavorare da casa. In tal caso, il cambio nelle modalità di lavoro deve essere formalizzato in un accordo scritto in cui vengano chiaramente indicate le attività da svolgere, le modalità di svolgimento, le mansioni, gli eventuali rientri e le modalità di ritorno alle precedenti modalità di lavoro.

In entrambi i casi è necessario dotarsi di apposita documentazione medica.

## La malattia ha cambiato radicalmente la mia efficienza sul lavoro. Ho paura che il datore di lavoro voglia licenziarmi. Cosa posso fare? 5.05

I malati di tumore sono tutelati dal licenziamento nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi. **Esiste infatti un periodo di garanzia (periodo di comportamento) in cui il lavoratore malato ha diritto a conservare il posto e a non essere licenziato.** La durata dal periodo di comportamento ha durata variabile in relazione alla qualifica, all'anzianità di servizio e al proprio contratto. Per il lavoratore, al termine del periodo di comportamento, è spesso possibile richiedere un periodo di aspettativa non retribuita per motivi di salute e di cura. Le modalità di concessione e la durata dell'aspettativa variano in funzione del proprio contratto.

## 5.06 Dopo il rientro al lavoro, posso godere di permessi per curarmi?

Tutti i lavoratori che abbiano ottenuto il riconoscimento dello stato di “handicap in situazione di gravità”, possono usufruire di 3 giorni al mese (o 2 ore al giorno) di permesso lavorativo retribuito.

Nei casi in cui sia stata riconosciuta un’invalidità superiore al 50% si ha diritto a 30 giorni all’anno (anche non continuativi) di congedo retribuito per cure mediche. I giorni di congedo straordinario per cure sono esclusi dal computo dei giorni di malattia previsti dal proprio contratto.

Alcuni contratti del pubblico impiego, inoltre, prevedono che per patologie gravi che richiedano terapie salvavita (per esempio la chemioterapia) sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia e siano retribuiti interamente i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in day hospital e i giorni di assenza per sottoporsi alle cure. Ciò ha come effetto il **prolungamento del periodo di compenso** e il mantenimento per un più lungo periodo dello stipendio.



### NO ALLE MANSIONI PESANTI

I lavoratori affetti da tumore possono richiedere di essere assegnati a mansioni adeguate alla propria capacità lavorativa. Il cambio di mansioni può essere richiesto più volte in caso di aggravamento delle condizioni di salute. Anche nei casi in cui il lavoratore viene assegnato a mansioni inferiori, mantiene comunque il compenso corrispondente alle mansioni di provenienza.

Tuttavia, nei casi in cui non fossero disponibili mansioni compatibili con le condizioni di salute del lavoratore, il datore di lavoro può risolvere il rapporto di impiego.

Tra le tutele previste per i malati oncologici, vi è inoltre la possibilità di chiedere di non essere assegnato a turni di notte presentando al datore di lavoro un certificato attestante la sua inidoneità a queste mansioni.

## La malattia ha ridotto la mia capacità di lavoro, così il mio reddito si è drasticamente abbassato. Ho diritto a qualche forma di sostegno? 5.07

Alcuni lavoratori che, a causa della malattia, hanno subito una riduzione della capacità lavorativa hanno diritto a percepire l'assegno ordinario di invalidità. Ad averne diritto sono soltanto i lavoratori:

- affetti da malattie che hanno ridotto la capacità lavorativa a meno di un terzo;
- iscritti all'INPS (o ad alcuni fondi pensioni sostitutivi ed integrativi) da almeno 5 anni;
- con anzianità contributiva di almeno 5 anni, di cui almeno 3 anni versati nel quinquennio precedente.

L'ammontare dell'assegno, che è compatibile con il prosieguo dell'attività lavorativa, dipende dall'entità dei contributi versati all'ente previdenziale. L'assegno ha validità triennale e, su domanda del beneficiario, può essere confermato per tre volte consecutive, dopodiché diventa definitivo. Al raggiungimento dell'età pensionabile l'assegno si trasforma in pensione di vecchiaia.

La domande per accedere all'assegno ordinario di invalidità deve essere presentata all'INPS corredata di certificazione medica attestante la riduzione della capacità lavorativa.

## Non riesco più a lavorare, ma sono troppo giovane per andare in pensione. È prevista qualche forma di sostegno? 5.08

Quando la malattia ha provocato l'incapacità assoluta e permanente di svolgere l'attività lavorativa ma si è troppo giovani per andare in pensione, è possibile richiedere la pensione di inabilità. Per potervi accedere è necessario

- interrompere ogni tipo di attività lavorativa;

- essere rimosso dagli elenchi di categoria dei lavoratori e dagli albi professionali;
- rinunciare alle tutele riservati ai lavoratori disoccupati.

Inoltre è condizione necessaria avere un'anzianità contributiva di almeno 5 anni, di cui almeno 3 anni versati nel quinquennio precedente la domanda di pensione. L'ammontare dell'assegno, che è reversibile ai parenti superstiti, dipende dall'entità dei contributi versati all'ente previdenziale.

La domande per accedere all'assegno ordinario di inabilità deve essere presentata all'INPS corredata certificazione medica attestante la **riduzione della capacità lavorativa**.

### 5.09 Non ho ancora un lavoro e ho paura che il tumore possa condizionare una mia futura assunzione. Come comportarmi?

La legge prevede tutele speciali per le persone disoccupate per cui sia stata accertata la disabilità (come nel caso dei malati di tumore). È previsto infatti l'obbligo per le imprese e gli enti pubblici di assumere persone con invalidità superiore al 46%. Il numero è stabilito sulla base delle dimensioni dell'impresa o dell'ente:

- meno di 15 dipendenti: non è previsto alcun obbligo;
- con 15-35 dipendenti: 1 invalido;
- con 36-50 dipendenti: 2 invalidi;
- con più di 50 dipendenti: 7% dei dipendenti.

Per accedere a questa tutela, dopo la visita per l'accertamento dell'invalidità, è necessaria l'**iscrizione nelle liste speciali del collocamento obbligatorio**.

Sebbene esistano queste particolari protezioni, il rapporto di lavoro può essere risolto qualora venga accertata l'impossibilità del lavoratore di assolvere alle sue mansioni a causa del suo stato di salute e non siano presenti all'interno dell'azienda mansioni adeguate.

## Ho perso ogni interesse per il lavoro, ma mi mancano ancora pochi anni per raggiungere l'età pensionabile. È prevista qualche agevolazione ai fini pensionistici per i malati di tumore?

5.10

I lavoratori con tumore, a cui sia stata riconosciuta un'invalidità superiore al 74%, hanno la possibilità di anticipare l'uscita dal mondo del lavoro. La legge riconosce loro il diritto a 2 mesi di **contribuzione figurativa** per ogni anno di servizio effettivamente prestato dopo l'accertamento dell'invalidità. La norma si applica dall'anno 2002 fino ad un massimo di 5 anni di contribuzione figurativa. Se per esempio l'accertamento dell'invalidità è avvenuto nel 2006 e il lavoratore continuerà a lavorare fino al 2015, gli saranno riconosciuti 20 mesi di contribuzione aggiuntiva ai fini dell'anzianità contributiva e dell'importo della pensione.

## Con la chemio ho perso i capelli. Posso detrarre anche le spese per la parrucca?

5.11

Da qualche anno, dopo che l'Agenzia delle Entrate e il ministero della Salute ne hanno chiarito la funzione medica, anche le spese sostenute per l'acquisto della parrucca a seguito della chemioterapia rientrano tra le spese mediche detraibili dalle tasse. È possibile detrarre il 19 per cento del costo sostenuto, purché la parrucca sia fabbricata e immessa in commercio dal fabbricante con la **destinazione d'uso di dispositivo medico** e, quindi, obbligatoriamente **marcata CE**. Per ottenere la detrazione è necessario conservare la ricevuta e allegare apposita documentazione attestante la malattia.

In alcune regioni è inoltre possibile godere di un contributo per l'acquisto della parrucca da richiedere presso la Asl di appartenenza:

- in Liguria: fino a 250 euro (l'accesso al contributo è però vincolato ai livelli di reddito);
- in Lombardia: fino a 150 euro;
- in Piemonte: fino a 250 euro;
- in Toscana: fino a 300 euro.

## 5.12 Come viene attribuita l'invalidità civile ai malati di tumore?

A tutti i malati di tumore lo Stato riconosce una percentuale di invalidità civile definita sulla base delle caratteristiche della malattia:

- 11% per neoplasie a prognosi favorevole con modesta compromissione funzionale;
- 70% per neoplasie a prognosi favorevole con grave compromissione funzionale;
- 100% per neoplasie a prognosi negativa o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica.

Per ottenere il riconoscimento dell'invalidità è necessario fare domanda alla Asl di residenza. Vista la peculiare situazione dei malati di tumore, in caso di malattia oncologica è previsto un iter di accertamento accelerato a carico della Commissione medica della Asl: la visita di accertamento viene effettuata entro 15 giorni dalla data della presentazione della domanda.

## 5.13 Chi ha diritto all'indennità di accompagnamento?

L'indennità di accompagnamento può essere richiesta qualora la malattia comporti problemi di deambulazione o una compromissione dell'autonomia nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Viene inoltre riconosciuta, seppur soltanto per il periodo richiesto dalle cure, nei casi in cui ci si sottopone a chemioterapia, poiché si tratta di un trattamento con effetti molto debilitanti. L'indennità di accompagnamento viene erogata per 12 mensilità; l'importo ammonta a circa 500 euro e non è vincolato a limiti di reddito. L'indennità viene inoltre sospesa in caso di ricovero in un ospedale pubblico o convenzionato.

Per ottenere l'indennità di accompagnamento è necessario presentare domanda presso la propria Asl allegando la **documentazione medica che attesti l'impossibilità di camminare o la necessità di assistenza continua**.

## COME FAR FRONTE ALLE SPESE

La legge riconosce a tutti i cittadini vantaggi fiscali per le spese mediche e di assistenza. Può trattarsi di:

- detrazioni, ossia della sottrazione di una quota delle spese sostenute dall'ammontare delle imposte;
- deduzioni: cioè la sottrazione delle spese dal reddito imponibile, con potenziali vantaggi sull'applicazione delle aliquote fiscali.

Gli sgravi comuni a tutti i cittadini sono:

- la detrazione delle spese mediche in misura del 19%;
- la deduzione dei contributi previdenziali versati per colf/badanti fino a un ammontare di circa 1.500 euro.

I malati di tumore possono inoltre godere della:

- detrazione del 19% delle spese per la retribuzione della colf/badante in caso di non autosufficienza certificata;
- deduzione del 100% di tutte le spese mediche, in caso di invalidità o handicap certificata.

## La malattia non mi consente di svolgere molte attività che non possono essere delegate (come le pratiche in banca). Come fare?

5.14

Gli impegni connessi ai trattamenti, la fatica, il malessere possono rendere molto difficile gestire la vita quotidiana per una persona affetta da tumore. Se per la maggior parte delle attività ci si può avvalere dell'aiuto di una persona, alcune non possono essere delegate: andare in banca, vendere un'immobile o un'auto sono tutte attività che richiedono la presenza fisica della persona interessata. Esistono però due strumenti giuridici che possono rivelarsi molto utili:

- **la procura notarile:** è un semplice atto redatto da un notaio attraverso cui vengono conferiti a una persona di fiducia poteri di rap-

presentanza. La procura può essere generale se conferita per gestire tutti gli interessi o speciale se conferita per compiere un solo atto. In tal caso decade nel momento in cui l'atto per cui è stata rilasciata è concluso. Il malato può comunque sempre curare personalmente i propri interessi;

- **la nomina di un amministratore di sostegno:** si tratta di una procedura più articolata che conferisce a un'altra persona poteri più ampi rispetto alla procura notarile; allo stesso tempo limita la possibilità per il malato di compiere alcuni atti. La nomina dell'amministratore, dopo apposita richiesta, viene effettuata dal giudice tutelare che stabilisce quali sono gli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto del malato e quelli che il malato può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore. Il malato può sempre svolgere in autonomia gli atti non compresi nel decreto di nomina. Il giudice stabilisce anche la durata della nomina dell'amministratore di sostegno.

### 5.15 **Ho bisogno dell'auto per muovermi in città: ho diritto a qualche agevolazione?**

Le persone che si stanno sottoponendo a terapie antitumorali hanno il diritto di ottenere dal comune di residenza il contrassegno di libera circolazione e sosta che consente di avere libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali e il diritto di sosta nei parcheggi riservati ai disabili (a strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento. Il contrassegno è nominativo e può essere usato solo quando l'auto è al servizio del malato.

Per fruire di questo diritto è necessario fare apposita richiesta al comune di residenza allegando la documentazione che attesti la malattia. **La sua durata dipende dalle condizioni di salute e può arrivare fino a cinque anni (rinnovabili all'occorrenza).**

I malati di tumore, se in possesso di un'apposita certificazione medica, sono anche esonerati dall'obbligo di indossare le **cinture di sicurezza** qualora queste arrecassero fastidio o dolore.





## Il mio partner mi sta dando grande supporto in questo periodo, ma fa fatica a conciliare le cure con il lavoro. Esiste qualche tutela per chi assiste i malati di tumore? 5.16

I familiari di persone affette da tumore hanno diritto a godere di 3 giorni di permessi retribuiti al mese, a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno. Inoltre, nei casi in cui è stato riconosciuto al malato un handicap grave, ha diritto a non svolgere un lavoro notturno e ha la priorità rispetto agli altri lavoratori nel chiedere il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale.

Nel caso in cui il lavoro fosse lontano da casa, ha anche la possibilità, quando ciò è possibile, di chiedere di essere trasferito alla **sede di lavoro più vicina** al suo domicilio. Inoltre non può essere trasferito senza il suo consenso.

5.17 **In questa fase della malattia ho bisogno di costante assistenza per lunghi periodi. Esiste la possibilità per il mio partner di assentarsi dal lavoro senza perdere la retribuzione?**

La legge prevede una tutela particolare per i coniugi di persone affette da gravi malattie.

I lavoratori dipendenti hanno diritto a godere di un periodo di **congedo straordinario retribuito** fino a un massimo di 2 anni. Per questo periodo, il lavoratore percepisce un'indennità pari alla retribuzione dell'ultimo mese prima del congedo fino a un massimo stabilito per legge.

In alternativa, il lavoratore ha diritto a un **congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari**: durante questo periodo conserva il posto di lavoro, ma non percepisce l'indennità e non gli è permesso svolgere altri lavori.

Il massimo di 24 mesi di congedo, sia straordinario, sia per gravi motivi familiari, si riferisce all'intera vita lavorativa. Non è dunque possibile fruire di questa tutela se se ne è già goduto in passato.

## **Tumore al seno**

### **Domande e risposte dalla diagnosi al dopo cura**

Supervisione scientifica: Paolo Veronesi, Presidente Fondazione Umberto Veronesi  
Manuelita Mazza, Medico Oncologo, Divisione di Senologia Medica, Istituto Europeo di  
Oncologia, Milano

Coordinamento: Agenzia Zoe – [www.agenziazoe.it](http://www.agenziazoe.it)

Progetto grafico e impaginazione: Simone Scarsellini

© 2019 Fondazione Umberto Veronesi

Via Solferino 19, 20121 Milano

[www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)

All rights reserved

È vietata la riproduzione dell'opera o di parte di essa, con qualsiasi mezzo,  
compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica,  
se non espressamente autorizzata dall'editore.

Tutti i diritti di copyright sono riservati.

Ogni violazione sarà perseguita a termini di legge.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2019 presso:

Rotomail Italia S.p.A.– Strada Rivoltana (SP 14) 12/AB, 20060 Vignate (MI) Italia

Un manuale pratico sul tumore al seno, con rigorosi approfondimenti scientifici esposti con linguaggio semplice; domande e risposte per dare chiarimenti puntuali ai dubbi, fornire informazioni utili e accompagnare alla comprensione del lessico medico.

Ogni capitolo riguarda un momento specifico nel percorso di una paziente: i sintomi, la diagnosi, le terapie e la vita durante e dopo le cure.

Le domande toccano le più diverse tematiche: salute, benessere psico-emotivo, alimentazione e attività fisica e diritti sul lavoro delle donne con un tumore al seno.



**“Parlare di tumore al seno a volte è difficile ma necessario. La malattia non deve più essere un tabù. La corretta informazione, oggi più che mai, salva la vita”.**

**Umberto Veronesi**