



Breast Unit

Informazioni e indicazioni
per la prevenzione, diagnosi
e cura del tumore al seno



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Certificate N.1044/00 –
Is in compliance with the standard –
Eusoma guidelines

Breast Unit

Informazioni e indicazioni per la prevenzione e cura del tumore al seno

Che cos'è una Breast Unit? Che cosa vuol dire avere a disposizione una Breast Unit per chi ha un tumore al seno?

In una frase, essere presa per mano e avere maggiori chance di essere curata al meglio, secondo elevati standard internazionali e da personale altamente specializzato per il carcinoma della mammella.

Vuol dire non dover andare personalmente alla ricerca ora del chirurgo, ora dell'oncologo e così via, ma essere seguita da un'équipe multidisciplinare durante tutto il percorso diagnostico e terapeutico.

Vuol dire avere a disposizione strutture di alto livello organizzate secondo criteri scientifici precisi, condivisi su tutto il territorio italiano, le cui prestazioni vengono valutate periodicamente e confrontate, in cui si assicura l'aggiornamento sia del personale sia della strumentazione utilizzata.

Questa attività può svolgersi anche in strutture fisicamente separate, ma connesse e integrate dal punto di vista funzionale: che lavorano, cioè, come se fossero un'entità unica.

Che si preferisca l'espressione anglosassone – Breast Unit – o quella italiana – Centro di Senologia – fa poca differenza: quel che conta, infatti, è ciò che queste parole racchiudono.

Perché è importante curarsi in una Breast Unit?

In Italia ogni anno si ammalano di tumore al seno circa 48 mila donne.

Esclusi i tumori della pelle, si tratta della neoplasia più frequente nella popolazione femminile causa del maggior numero di decessi in tutte le fasce di età e in assoluto la prima causa di morte per le donne tra i 35 e i 50 anni: una vera e propria priorità sanitaria.

Ma i numeri rivelano anche altro. Per esempio chi è curato nei centri di senologia specializzati, in cui sono presenti équipe multidisciplinari, ha più possibilità di guarire: le donne trattate in questi centri hanno una percentuale di sopravvivenza più alta del 18% rispetto a chi si rivolge a strutture non specializzate e hanno anche una migliore qualità di vita.

Perché è così importante la presenza di un'équipe multidisciplinare?

Il tumore al seno è una malattia molto complessa: prima di tutto non esiste un solo tipo di tumore al seno, ma ne esistono molti tipi, che differiscono anche a livello molecolare. Ciascun tumore va identificato nel modo corretto, affinché si possa stabilire la terapia più mirata ed efficace per ogni donna. È quindi fondamentale che i diversi specialisti si scambino le informazioni e discutano insieme ogni singolo caso. Solo così è possibile stabilire il migliore piano terapeutico, aumentare le probabilità di successo del trattamento e ridurre al minimo gli effetti collaterali dei farmaci. Si evitano, inoltre, i pellegrinaggi che molte pazienti sono spesso costrette a fare alla ricerca dei diversi specialisti, che comportano un enorme spreco di tempo e di denaro a carico delle donne stesse e che accrescono le incertezze.

Alle opinioni personali di un solo clinico si sostituisce, infatti, una decisione collegiale, che nasce dal confronto di più professionisti, segue protocolli e linee guida più aggiornati e tiene conto anche del punto di vista della paziente.

Ogni opzione terapeutica è esaminata e spiegata alla donna, che viene messa al centro della cura.

Informazioni e indicazioni per la prevenzione e cura del tumore al seno

Cosa può fare per voi la nostra Breast Unit?

Per una donna senza il tumore al seno e senza familiarità?

Prevenzione e diagnosi precoce.

- Promuove la prevenzione del tumore al seno, incoraggiando i corretti stili di vita e facendo attività d'informazione.
- effettua visite senologiche attraverso le quali, in caso di necessità, si può accedere agli esami diagnostici.
- mette a disposizione le sue strutture e i suoi medici per il programma nazionale di screening mammografico.
- garantisce l'utilizzo di tecnologie avanzate e la presenza di personale altamente specializzato nella diagnostica senologica.

Per una donna senza il tumore al seno, ma ad alto rischio eredo/familiare?

Percorsi dedicati.

- Offre un percorso di presa in carico, anche attraverso il counseling genetico con una programmazione personalizzata dei controlli per la diagnosi precoce.

Per una donna con il tumore al seno in stadio iniziale?

Garantisce la totale presa in carico della paziente per tutto il percorso diagnostico-terapeutico e i migliori standard di cura.

Per una donna con il tumore avanzato o metastatico?

- Prende in carico la gestione complessiva della paziente.
- Garantisce la continuità della cura e la gestione delle complicanze.
- Offre un servizio specializzato di cure palliative che collabora con l'équipe multidisciplinare.

Autoesame del seno

È un esame che ogni donna può eseguire da sola al fine di acquisire una profonda conoscenza del proprio seno.

Questo si compie osservando (anche allo specchio!) e palpando le mammelle, le ascelle e la parte anteriore del busto.

L'autopalpazione dovrebbe essere eseguita periodicamente da 4-5 giorni dopo il termine delle mestruazioni in modo da saper riconoscere gli eventuali cambiamenti nelle diverse fasi del ciclo. Se si è in gravidanza o in menopausa il momento in cui eseguirlo è indifferente.

Le mammelle non sono mai perfettamente uguali tra loro e si modificano nelle diverse fasi del ciclo mestruale, essendo talvolta "nodulari" o dolenti proprio prima della mestruazione.

La mammella, infatti, è costituita da cute, tessuto adiposo, connettivo fibroso di sostegno e ghiandolare; quest'ultimo, deputato alla produzione del latte, è suddiviso in unità terminali dutto-lobulari, dalle quali si diparte una rete di dotti che si diramano fino al capezzolo. Al di sotto della cute dalla regione areolare, un gruppo di linfonodi si estende fino al cavo ascellare. Altri gruppi di linfonodi sono localizzati sotto lo sterno e dietro la clavicola.

Una volta acquisita esperienza, conoscenza del proprio corpo e dopo aver imparato a percepire i cambiamenti, se con l'autoesame del seno avvertite o osservate la presenza di:

- un nodulo (cioè una pallina più o meno grande)
- fuoriuscita di sangue dal capezzolo, oppure infiammazione/piccole ferite/ulcere dello stesso
- infossature cutanee ponendovi davanti allo specchio
- infiammazione (cioè rossore e/o gonfiore) più o meno diffusa della mammella

fatevi visitare dal medico di medicina generale e rivolgetevi alla Breast Unit ove, solo se sarà confermata l'indicazione, vi sarà proposto un controllo: diagnosi precoce e trattamento tempestivo aumentano le probabilità di guarigione in caso di tumore.

Informazioni e indicazioni per la prevenzione e cura del tumore al seno

La patologia mammaria benigna

La patologia benigna della mammella costituisce un ampio ed eterogeneo gruppo di lesioni che comprendono le anomalie dello sviluppo, le proliferazioni dell'epitelio e del parenchima e le affezioni infiammatorie.

Anche se nella maggior parte dei casi i noduli mammari sono di natura benigna, il loro riscontro necessita sempre di un controllo.

Tra i tumori benigni sono relativamente comuni per esempio i fibroadenomi, tipici dell'età giovanile, che crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; possono richiedere un controllo nel tempo, o eccezionalmente, l'asportazione chirurgica.

Nella mammella possono comparire inoltre cisti liquide innocue, ma che in alcuni casi possono essere svuotate (per esempio se dolenti).

Durante l'allattamento possono inoltre comparire disturbi infiammatori legati alla presenza del latte (si parla di "mastite"), che devono essere comunque sempre valutati ed eventualmente trattati con antibiotici. In caso di mancata guarigione in tempo relativamente breve, andranno ulteriormente approfonditi.

Il tumore della mammella

È la causa più frequente di tumore nel sesso femminile. Su 100 donne 10-11 si ammaleranno di tumore nell'arco della loro vita: per fortuna le diagnosi precoci e le terapie attuali consentono molto spesso la guarigione.

Il processo di divisione cellulare, controllato ed ordinato in condizioni normali, nel tumore maligno invece si disorganizza, potendo portare alla formazione di noduli o masse che, in assenza di un trattamento opportuno, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti. Le cellule tumorali inoltre possono "staccarsi" dal nodulo primitivo e diffondersi a distanza, attraverso il sangue o il sistema linfatico, per raggiungere un altro organo. Qui, se vi saranno condizioni favorevoli, potranno continuare a dividersi, dando origine ad una metastasi che occuperà spazio e/o potrà alterare le funzioni dell'organo interessato.

Esistono diversi tipi di tumore, ognuno con un suo nome (che dipende in genere dal tessuto/organo in cui si è formato) ed un suo specifico trattamento.

Negli stadi iniziali la malattia è spesso asintomatica. È importante tenere presente che il dolore localizzato alla mammella solitamente non è sintomo di tumore.

Ci sono, tuttavia, alcuni **segni** di cui le donne devono essere a conoscenza e che richiedono il controllo da parte del medico:

- variazione di dimensioni o forma
- presenza di rilievi o infossamenti sulla superficie (pelle a buccia d'arancia),
- presenza di noduli, protuberanze o ispessimenti.
- Infiammazione della mammella
- retrazione o eczema del capezzolo
- secrezione sierosa (trasparente) o ematica
- gonfiore dell'ascella

La maggior parte dei casi di tumore della mammella sono sporadici, cioè la loro formazione non è facilitata da una predisposizione genetica; sono questi i casi più spesso diagnosticati in una sola donna della famiglia o anche in due donne imparentate tra loro, ma in età non particolarmente giovane e con un grado di parentela non diretto. Ciò significa che, pur avendo una parente affetta dalla malattia, nella maggior parte dei casi non si fa parte di una "famiglia a rischio".

In casi molto più rari (fino a 10-15 su 100) la malattia insorge facilitata da **mutazioni genetiche**, cioè "errori" nel DNA che facilitano la formazione della cellula tumorale.

Si può sospettare un difetto genetico ereditario in alcuni particolari situazioni, per esempio più casi in parenti consanguinei, malattia sviluppata in giovane età, in ambedue le mammelle, in un familiare di sesso maschile o se sono presenti in famiglia casi di tumore alle ovaie.

In questi casi sarà valutata la **consulenza genetica**.

Un concetto fondamentale è quello dell'origine multifattoriale del tumore. Questo vuol dire che un tumore non si sviluppa in seguito a una singola causa, ma ad una serie di fattori che intervengono in un certo arco di tempo (uno dei quali potrebbe essere appunto la predisposizione genetica, presente dalla nascita).

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

Diagnosi precoce

La Radiologia

Radiologia Senologica
Padiglione Mangiagalli
Scala A, piano -1
Lun - Ven: 08.00 - 16.00

La donna afferisce alla radiologia in presenza di sintomi o per un controllo periodico, munita di richiesta medica o lettera di convocazione dell'ATS Azienda Territoriale Sanitaria.

Presso la Radiologia senologica operano le volontarie della Associazione Senologica Mangiagalli - AS.S.E.M. che sono a disposizione delle pazienti per guidarle nel percorso diagnostico.

Molto importante ai fini della prevenzione, o più correttamente dell'anticipo diagnostico, è la **mammografia**, una tecnica radiologica in grado di svelare noduli anche molto piccoli, non ancora palpabili all'esame manuale.

La mammografia viene effettuata come esame di screening nelle donne di età superiore a 40 anni.

Il tecnico di radiologia esegue due radiografie, da due angolazioni diverse, per ciascuna mammella, successivamente il medico radiologo legge l'esame e valuta se è necessario eseguire un completamento ecografico. Nelle donne più giovani, soprattutto se sintomatiche per un nodulo palpabile, si consiglia l'**ecografia** come primo esame.

La **Risonanza Magnetica** viene riservata dallo specialista solo in casi selezionati.

L'accertamento Bioptico

In caso di aree o noduli dubbi è necessario eseguire successivamente un **accertamento bioptico** che consente di analizzare più a fondo la natura del tessuto: previa anestesia locale e sotto guida mammografica o ecografica viene prelevato, tramite un ago, un piccolo frammento di tessuto che, inviato in anatomia patologica, dopo analisi adeguate che richiedono qualche giorno, potrà fornire indicazioni precise della natura del nodulo esaminato.

Il patologo è un medico specializzato in Anatomia Patologica con competenze nella diagnostica cito/istologica (su cellule e tessuti) che gli consentono di porre una corretta diagnosi sul materiale ottenuto da agoaspirato/secreto (citologia), da biopsia (core biopsy, mammotome,

mammotest) oppure su pezzo operatorio (intervento chirurgico).

Il suo ruolo è quello di definire il tipo della lesione (benigna/maligna), l'istotipo (cioè le caratteristiche del tessuto), i fattori biologici (recettori ormonali, Ki67, oncogene HER2) ed eventualmente di richiedere/effettuare biologia molecolare, onde potere permettere di effettuare la cosiddetta "medicina di precisione".

Quindi è un componente fondamentale nel team multidisciplinare della Breast Unit.

Anatomia Patologica

UOC di Anatomia Patologica
Segreteria: Lunedì-venerdì dalle 8:30-16:00
Tel.02.55032417/296
Fax.02.55032860
Mail:anatomia_patologica@policlinico.mi.it

L'anatomia patologica è quella branca della medicina che si occupa di porre una diagnosi come una "consulenza clinico-patologica" su materiale biologico (citologico, istologico sia come biopsie che come pezzi operatori) attraverso l'integrazione dei dati clinico-strumentali e l'ausilio di metodiche ancillari come l'immunoistochimica (sia ai fini diagnostici che la valutazione di fattori biologici ad esempio nella patologia mammaria oncologica dei tumori infiltranti si valuta l'assetto recettoriale estrogeni, progesterone, l'indice di proliferazione Ki67 e l'oncogene HER2) nonché tecniche molecolari tipo CISH per valutare l'eventuale amplificazione dell'oncogene HER2 laddove con la metodica immunoistochimica si ha un risultato borderline (score di 2+).

Inoltre recentemente in ottemperanza ad una delibera della Regione Lombardia si esegue in service (presso strutture esterne) la profilazione genica (valutazione di almeno 21 geni sino ad massimo di 70) per stabilire nei casi in cui dai parametri biologici standard se la paziente abbia un beneficio dall'esecuzione della chemioterapia, quindi ci sono delle valutazioni di prognostico/predittivo.

Il patologo (si precisa che devono essere due patologi dedicati, e questo è anche una garanzia di qualità) che segue la patologia mammaria deve avere una esperienza nel settore almeno decennale (il referente attualmente ha 35 anni di espe-

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

Diagnosi precoce

rienza), deve refertare almeno del 50% dei casi oncologici sia biotici che pezzi operatori ed il suo impegno orario settimanale nel settore specifico deve essere almeno del 90%.

La modalità di refertazione nella patologia biotica deve seguire un algoritmo diagnostico in ottemperanza alle linee guida internazionali (stilate dall'*American College of Pathology-CAP* che vengono aggiornate annualmente da un panel di esperti internazionali), nonché l'utilizzo delle categorie diagnostiche europee che vanno da B1 a B5.

Per quanto riguarda il materiale citologico (citologia agoaspirativa) che secondo linee guida è limitata solamente alle cisti ed ai secreti mammari, si seguono delle linee guida internazionali e nazionali, con categorie diagnostiche che vanno da C1 a C5.

Per quanto riguarda la refertazione dei pezzi operatori ci sono delle linee guida sia internazionali (vedi CAP) che nazionali del GIPAM che è costituito da patologici che si occupano di mammella all'interno della nostra società scientifica dei patologici (SIAPEC). Non bisogna dimenticare che nelle linee guida è fondamentale che il materiale biologico (pezzo operatorio) pervenga presso l'UOC di Anatomia Patologica in adeguate condizioni rispettando i tempi ad esempio "d'ischemia fredda" nonché i tempi di fissazione in formalina perché possono interferire nella valutazione dei fattori biologici che orienteranno la terapia oncologica.

Un'altra fase importante nella stadiazione istopatologica è l'esame del linfonodo sentinella che ha due percorsi: quello su materiale fissato con uno specifico protocollo e quello su esame intraoperatorio che viene effettuato secondo un protocollo che è eguale a quello dello IEO (Istituto Oncologico Europeo di Milano) che prevede che laddove sia negativo per metastasi il/i linfonodi sentinella devono essere sezionati al criostato congelatore in toto, mentre laddove ci sia una macrometastasi ci si ferma nelle sezioni e questo condiziona la dissezione del cavo ascellare, mentre se c'è una micro metastasi (cioè uguale o inferiore a 2mm) oppure delle isolate cellule tumorali maligne (ITC) non si esegue il cavo ascellare.

Quindi è fondamentale che ci sia una corretta stadiazione istopatologica, che è dinamica in quanto è aggiornata annualmente in riferimento ai vari risultati di studi clinico-patologici.

Si monitorano le varie fasi del percorso dei vari materiali biologici (sia citologici che istologici

biopsie/pezzi operatori) con adeguato controllo di qualità specifico nell'ambito della qualità dell'Anatomia Patologica della nostra unità operativa.

Infine il patologo discute insieme agli altri specialisti in incontri settimanali i vari casi clinico-patologici e si comprende come il suo ruolo quello di determinare la terapia e la così detta "medicina personalizzata e/o di precisione".

L'Anatomia Patologica svolge anche attività di consulenza su materiale citologico/istologico eseguito presso altra struttura sia su richiesta dei pazienti che su richiesta del clinico.

Inoltre la nostra struttura partecipa a progetti di ricerca ad esempio uno specifico sulle neoplasie in gravidanza che è in collaborazione con IEO di Milano e lo Sloan Kettering di New York.

La Riunione Multidisciplinare

In caso di presenza di patologia un'équipe composta da vari specialisti valuta insieme il trattamento personalizzato per ogni singolo caso, tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali, il tipo, lo stadio del tumore e le preferenze della paziente stessa.

Gli specialisti coinvolti sono chirurghi, oncologi, radioterapisti, radiologi, anatomo-patologi, medici nucleari, tecnici di radiologia, infermieri specializzati nel trattamento dei pazienti oncologici, fisioterapisti, psicologi, genetisti ed altre figure professionali eventualmente coinvolte.

Le strategie terapeutiche consistono in trattamenti loco-regionali (cioè che hanno effetto solo sulla mammella e i linfonodi correlati, come chirurgia e radioterapia) e generali di tipo farmacologico (chemioterapia, terapia ormonale, anticorpi monoclonali, etc).

L'équipe chirurgica, a seguito dell'iter diagnostico e in accordo con il Gruppo Multidisciplinare della Mammella, propone il trattamento chirurgico più indicato per la paziente e per lo stadio della malattia: il tipo di intervento viene comunicato alla paziente al momento della consegna dell'esame istologico, nel contesto di una ulteriore visita effettuata collegialmente dal Chirurgo e dal Radiologo.

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

L'intervento chirurgico

La Chirurgia Senologica

Chirurgia senologica
 - Ambulatorio - Scala B, piano -1
 - Degenza - Scala D, piano 3
 Clinica Mangiagalli
 - Prericoveri
 Padiglione Alfieri Piano 2

Gli interventi chirurgici possono essere eseguiti in anestesia locale, in anestesia locale più sedazione, in anestesia generale a seconda del tipo di intervento.

Per gli interventi in anestesia generale l'operazione è preceduta da una giornata di prericovero in cui vengono eseguiti esami preliminari tra cui esami del sangue, radiografia del torace, elettrocardiogramma, visita con l'anestesista, visita specialistica chirurgica oltre a ulteriori accertamenti indicati nel caso specifico della paziente.

È indispensabile portare con sé la documentazione di patologie preesistenti e i farmaci che si assumono abitualmente insieme ad una lettera di accompagnamento del proprio medico di Medicina Generale.

La paziente deve presentarsi a digiuno il giorno prefissato presso il **reparto Prericoveri sito al 2° piano del Padiglione Alfieri**.

Le lesioni mammarie si dividono in lesioni palpabili e non palpabili.

Le lesioni non palpabili (piccoli noduli, microcalcificazioni) da sottoporre a intervento chirurgico devono essere sottoposte a localizzazione preoperatoria ossia prima dell'intervento chirurgico viene effettuata in Radiologia la loro "**marcatatura**" affinché siano riconoscibile in sede operatoria.

Diverse sono le tecniche utilizzate sotto guida mammografica o ecografica: presso il nostro centro si usa il carbone vegetale (un colorante) come tatuaggio della lesione da asportare oppure il SentiMag, un piccolo seme magnetico che si localizza in corrispondenza del nodulo e si individua in sala operatoria grazie ad una sonda dedicata.

Le opzioni chirurgiche sono le seguenti:

- **Biopsia incisionale:** asportazione in anestesia locale di una piccola parte della lesione a scopo diagnostico
- **Biopsia escissionale** (lumpectomia/tumorectomia): asportazione del nodulo tumorale e di una porzione di tessuto sano circostante di solito in anestesia locale.

- **Quadrantectomia:** asportazione di un ampio settore di ghiandola mammaria con la cute sovrastante e la fascia del muscolo pettorale con margini di resezione di circa 1 cm dal tumore
- **Mastectomia semplice:** asportazione della ghiandola mammaria con un'ampia zona di cute e del complesso areola-capezzolo. Nei casi di mastectomia è possibile fin dal primo intervento chirurgico intraprendere il percorso ricostruttivo della mammella. La ricostruzione può avvenire in un solo tempo chirurgico mediante l'inserzione di una protesi interna definitiva o, a seconda delle caratteristiche anatomiche della paziente stessa, in due tempi chirurgici mediante espansore e successiva sostituzione dell'espansore con la protesi.

Nel caso di intervento in due tempi la mastectomia è seguita dalla inserzione di un espansore, cioè di una protesi vuota costituita da un involucro di silicone con una valvola attraverso la quale nei mesi successivi viene riempita con soluzione fisiologica mediante una siringa. L'espansore ha lo scopo di preparare lo spazio più idoneo all'inserimento successivo della protesi (dopo circa sei mesi).

Nel secondo tempo chirurgico viene anche valutata la simmetrizzazione della mammella controlaterale mediante interventi di chirurgia plastica di mastopessi, mastoplastica additiva o mastoplastica riduttiva in modo da ottenere due seni il più possibile simili.

- **Mastectomia semplice con risparmio cutaneo** (*Skin Sparing Mastectomy*): asportazione della ghiandola mammaria e del complesso areola capezzolo risparmiando gran parte della cute in modo da permettere la ricostruzione mammaria durante lo stesso intervento chirurgico.
- **Mastectomia con risparmio del complesso areola capezzolo** (*Nipple Sparing Mastectomy*): asportazione della ghiandola mammaria risparmiando il complesso areola capezzolo in modo da iniziare la ricostruzione della mammella durante lo stesso intervento chirurgico.
- **Interventi chirurgici di oncoplastica:** sono interventi che integrano la chirurgia senologica con tecniche di chirurgia plastica ricostruttiva allo scopo di assicurare sia la radicalità oncologica che un buon risultato estetico.

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

L'intervento chirurgico

In caso di tumore non basta asportare la lesione: deve essere contemporaneamente asportato anche il cosiddetto **linfonodo sentinella**, cioè quello che drena la linfa dalla sede del tumore, affinché possa essere esaminato.

L'ascella contiene circa 20 linfonodi, anche se il numero esatto varia da persona a persona. Verificare lo stato dei linfonodi del cavo ascellare omolaterale dopo l'intervento è importante per accertare se le cellule neoplastiche si sono diffuse al di fuori della mammella e per stabilire la necessità di ulteriori trattamenti.

La **linfoscintigrafia** per la ricerca del linfonodo sentinella impiega radiofarmaci; viene eseguita il giorno precedente l'intervento chirurgico o il giorno stesso almeno 2-3 ore prima presso la Medicina Nucleare iniettando il farmaco in prossimità della lesione e valutando la presenza di un segnale ai linfonodi.

L'asportazione del **linfonodo sentinella** prevede l'asportazione del primo linfonodo che drena la linfa direttamente dal tumore. Durante l'intervento chirurgico viene eseguita una piccola incisione in sede ascellare e, mediante una apposita sonda che rileva il segnale inviato dal tracciante radioattivo, viene individuato ed asportato il linfonodo sentinella.

L'esame istologico del linfonodo asportato può essere effettuato durante l'intervento (intra-operatorio) o successivamente ad esso, a seconda della tipologia della lesione e del tipo di intervento.

La **linfadenectomia ascellare completa** viene eseguita solo in casi in cui siano presenti metastasi in uno o più linfonodi sentinella.

Tale intervento comporta nel post-operatorio la presenza di un tubicino di drenaggio che drennerà per qualche giorno la linfa che si accumula in ascella.

Per quanto riguarda gli interventi di Oncoplastica e di ricostruzione mammaria è possibile avere un colloquio informativo con il chirurgo plastico presente all'interno dell'équipe chirurgica senologica.

La durata della degenza dipende dal tipo di intervento chirurgico: le dimissioni possono avvenire in genere in giornata per gli interventi eseguiti in anestesia locale; il giorno successivo per interventi eseguiti in anestesia generale che comportino un'ampia escissione di tessuto mammario più il linfonodo sentinella; dopo qualche giorno per interventi che comportino una mastectomia con eventuale ricostruzione e/o una linfadenectomia ascellare completa.

Dopo l'intervento sarete incoraggiate ad alzarvi e a camminare quanto prima possibile.

Se durante l'intervento è stato applicato un tubicino di drenaggio, questo sarà rimosso alcuni giorni dopo l'intervento, ma potrete essere dimesse anche se è ancora in sede.

Nei primi giorni del post-operatorio potrete avvertire dolore o fastidio intorno alla ferita e sotto il braccio; questi sintomi scompariranno dopo qualche settimana, ma se fossero persistenti, informate il medico curante, affinché vi somministri gli analgesici più efficaci.

Talvolta il dolore al braccio persiste anche a distanza di un anno e più dal trattamento. In tal caso, è bene informare l'oncologo.

Nei giorni successivi alla dimissione saranno organizzati appuntamenti presso l'ambulatorio di Chirurgia Senologica per le medicazioni, l'asportazione dei punti e la consegna dell'esame istologico definitivo.

Al momento della dimissione la paziente, su indicazione del Chirurgo, prenderà contatto con il reparto di Oncologia sito presso il **Padiglione Bergamasco (e Padiglione Frigerio per le visite ambulatoriali)** per un appuntamento.

Verrà inoltre consegnata la certificazione inerente all'esenzione per patologia oncologica da presentare all'ATS.

Se la mastectomia non è seguita da ricostruzione chirurgica, si consiglia di posizionare nel reggiseno apposite protesi esterne al fine di migliorare anche la postura. La paziente può ottenere gratuitamente la protesi esterna con specifica richiesta del chirurgo prescrittore (per quelle successive, per usura della protesi, anche dell'oncologo prescrittore).

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

La terapia dopo l'intervento Chirurgico

Oncologia medica

Oncologia Medica:
sede Padiglione Bergamasco, piano rialzato
Per prenotazioni:
mail: oncologiamedica@policlinico.mi.it
Tel: 0255032783 Lun-Ven h14:15-15:15
Pad Frigerio, piano rialzato (segreteria oncologica)
Per pazienti già seguiti: colloquio con un medico
Tel 0255032660 14:15-15:00 giorni feriali

Dopo l'intervento possono essere necessari alcuni trattamenti detti adiuvanti, volti a ridurre il rischio che la malattia si ripresenti localmente o a distanza. Tali terapie sono effettuate presso il **reparto di Oncologia al Padiglione Bergamasco**. Le terapie sono discusse da tutti gli specialisti coinvolti dopo aver visionato gli esami effettuati e dopo l'esito dell'intervento chirurgico.

Le terapie adiuvanti (cioè dopo un intervento chirurgico radicale) possono includere la **chemioterapia, la terapia ormonale, la terapia biologica e la radioterapia**.

I protocolli possono differire anche in modo significativo in base alla paziente (età, condizioni generali) e al tipo e stadio del tumore.

Chemioterapia

La Chemioterapia antitumorale consiste nell'impiego di farmaci citotossici che impediscono la replicazione delle eventuali cellule tumorali residue (micrometastasi occulte). Essi vengono somministrati principalmente per via endovenosa e in alcuni casi per via orale.

Il loro effetto sul ciclo cellulare purtroppo compromette anche le cellule sane dell'organismo, soprattutto quelle in attiva proliferazione (bulbo pilifero, mucose, midollo osseo) causando spiacevoli effetti collaterali: caduta dei capelli, mucosite, nausea e vomito, diarrea, riduzione della conta dei globuli bianchi, rossi e delle piastrine, stanchezza).

La loro somministrazione avviene attraverso cicli di trattamento in numero variabile e a cadenza variabile (settimanale, trisettimanale); la durata di ogni somministrazione può variare (da minuti a ore) a seconda dei farmaci utilizzati. Generalmente le sedute sono eseguite in regime ambulatoriale giornaliero. Prima di ogni seduta di chemioterapia è previsto un prelievo di sangue per controllare i parametri più rilevanti (emocromo, funzione del fegato e del rene, ecc).

In caso di alterazioni potrebbe essere necessario rinviare il trattamento di qualche giorno. La variabilità dello schema di chemioterapia utilizzato dipende dalle caratteristiche prognostiche del tumore (stadio, caratteristiche biologiche) e quindi dal grado di rischio che la malattia possa recidivare. Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto e in funzione dei farmaci utilizzati. Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono controllabili con trattamento farmacologico e in generale reversibili.

La chemioterapia può essere utilizzata anche in fase preoperatoria (**chemioterapia neoadiuvante**) per ridurre le dimensioni della malattia, rendendo possibile un intervento conservativo o in alcuni casi localmente avanzati, per rendere possibile l'intervento chirurgico.

La caduta dei capelli, nonostante sia reversibile, è uno degli effetti collaterali psicologicamente più difficili da accettare. L'associazione di volontariato ANDOS offre alle pazienti la fornitura gratuita di una parrucca, come la Regione Lombardia accoglie le richieste di rimborso parziale per l'acquisto delle stesse (le delibere sono rinnovate annualmente).

Durante la chemioterapia, nelle donne fertili è importante usare un metodo contraccettivo (meglio il profilattico) per l'intera durata del trattamento e anche per alcuni mesi dopo la sua conclusione, perché i farmaci possono influire negativamente sullo sviluppo fetale. Molti farmaci comunque causeranno l'interruzione transitoria o permanente – anche a seconda dell'età del ciclo mestruale.

Per questo le pazienti più giovani che desiderano avere figli possono accedere, tramite un colloquio con il chirurgo o l'oncologo, a un servizio di **preservazione della fertilità** tramite deposito di ovociti prima delle cure, che consentirà eventualmente di avviare in futuro una gravidanza.

Dopo un trattamento per carcinoma mammario è di solito sconsigliata la terapia di sostituzione ormonale per ridurre gli effetti collaterali della menopausa, giacché gli estrogeni contenuti nel farmaco potrebbero favorire la recidiva.

Trattamenti ormonali successivi con estrogeni e/o progestinici (per esempio per contrastare gli effetti della menopausa) dovranno essere discussi con l'oncologo, poiché quasi sempre controindicati.

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

La terapia dopo l'intervento Chirurgico

Ormonoterapia

L'ormonoterapia consiste nella somministrazione di farmaci che bloccano la formazione o l'attività degli ormoni estrogeni, ritenuti coinvolti nell'insorgenza e nello sviluppo di almeno un terzo dei tumori mammari.

La terapia ormonale si può attuare in sequenza dopo la chemioterapia oppure da sola nei casi in cui rappresenti il trattamento più indicato.

L'indicazione alla terapia ormonale dipende dalla presenza di recettori estrogenici e/o progestinici sulle cellule tumorali e dallo stato menopausale.

I farmaci ormonali in fase adiuvante sono somministrati generalmente per via orale in compresse.

Gli effetti collaterali sono in genere limitati; va tuttavia segnalato per tutti un piccolo aumento del rischio di trombosi; per altri, a seconda del farmaco prescritto, dolori articolari, insorgenza o peggioramento dell'osteoporosi, formazioni di polipi/atipie a livello dell'utero (fino a rarissimi casi di tumore), accentuazione dei disturbi tipici della menopausa.

Terapia Biologica

Si tratta di farmaci mirati verso un bersaglio molecolare (target) presente o sulla superficie o all'interno delle cellule tumorali implicato nella loro crescita e nella loro diffusione incontrollata.

Essendo farmaci con un meccanismo d'azione selettivo non sono gravati dagli effetti collaterali tipici della chemioterapia pur non essendo privi.

Le terapie target non sono efficaci per tutti i pazienti: proprio perché mirate su un bersaglio specifico, ottengono benefici solo per tumori con determinate caratteristiche biologiche.

Terminato il trattamento inizia un programma di controllo (follow-up). All'inizio i controlli avranno una frequenza più ravvicinata (di solito sei mesi), per poi diradarsi nel tempo.

Radioterapia

Radioterapia (Ospedale Niguarda-Milano)

radioterapia@ospedaleniguarda.it

026444.2233/2234

Sportello: Ospedale Niguarda, Padiglione 9, piano interrato, Lun - Ven: 08:00 - 15:30.

La **Radioterapia** è da considerarsi parte integrante del programma terapeutico per i tumori della mammella.

Il trattamento radioterapico è infatti pressoché sempre indicato dopo un intervento di chirurgia conservativa (tumorectomia o quadrantectomia), con l'obiettivo di neutralizzare le cellule tumorali eventualmente presenti nella mammella residua e quindi ridurre il rischio di recidiva locale.

Nei casi di chirurgia radicale (mastectomia) è invece necessaria una accurata selezione delle pazienti da sottoporre a radioterapia sulla base dell'estensione della malattia e di altri fattori prognostici.

La Radioterapia impiega fasci di raggi X ad alta energia e precisione per neutralizzare le cellule tumorali residue dopo l'intervento. Attualmente esistono varie modalità tecniche di irradiazione che permettono di risparmiare al meglio gli organi a rischio (cuore e polmoni), erogando una dose terapeutica efficace e sicura. In ogni caso il trattamento è sempre preceduto da una prima visita da parte dello specialista (radioterapista oncologo) e da una seduta di preparazione ("centrata") che dura circa mezz'ora e che prevede l'effettuazione di un esame TAC senza mezzo di contrasto.

La durata complessiva del trattamento radioterapico può variare dalle tre alle sei settimane in relazione alla tipologia del singolo caso. Il trattamento consiste nell'effettuazione di una seduta della durata di circa 15 minuti che viene ripetuta per 15-30 volte consecutive nelle sole giornate feriali (dal lunedì al venerdì).

Non essendo presente un servizio di Radioterapia all'interno della Fondazione Policlinico. L'oncologo medico fornirà alla paziente tutte le informazioni necessarie per accedere ad un centro di radioterapia che disponga delle risorse necessarie e che risulti più facilmente accessibile per la sua vicinanza geografica alla residenza della paziente.

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

La terapia dopo l'intervento Chirurgico

È compito del radioterapista oncologo, in occasione della prima visita, spiegare alla paziente le modalità, la tempistica (generalmente entro 20 settimane dall'intervento chirurgico oppure entro 4 settimane dal termine della chemioterapia adiuvante) e gli effetti collaterali acuti e tardivi del trattamento radioterapico che, di norma, viene eseguito in regime ambulatoriale. Al termine del trattamento viene consegnata una relazione dettagliata sul trattamento effettuato.

L'effetto indesiderato più comune provocato dalla radioterapia sulla mammella è l'eritema cutaneo, un arrossamento della pelle della regione sottoposta all'irradiazione. Altri effetti collaterali sono la stanchezza, la sensazione di gonfiore o tensione a livello della mammella irradiata e più raramente la comparsa di scottature della pelle irradiata. Tutti questi effetti tendono a ridursi e a scomparire entro poche settimane dalle fine della radioterapia.

Altri servizi/consulenze offerte - Oltre la terapia

Fisioterapia

In seguito all'intervento chirurgico per tumore al seno, a seconda dell'approccio chirurgico eseguito, le pazienti seguono un programma riabilitativo diversificato e personalizzato.

La rieducazione al movimento precoce ha l'obiettivo di favorire il processo di riparazione tissutale, ridurre il rischio della stasi linfatica, prevenire danni articolari e/o muscolari all'articolazione scapolo-omerale (periartite scapolo-omerale, sindrome da impingement, tendinopatie) e permettere alla donna la ripresa delle attività di vita quotidiane nel breve periodo.

La presa in carico avviene già nella fase post chirurgica, durante il ricovero.

In questa fase viene spiegato e illustrato il materiale educativo mirato alla cura delle posture e del proprio stile di vita.

Le donne che presentano una difficoltà alla ripresa del movimento proseguono il programma riabilitativo presso un ambulatorio dedicato situato in **Radiologia Senologica situato al piano -1, scala B della Mangiagalli**.

Psicologo

Dopo l'intervento, per le donne in follow up, è possibile richiedere un colloquio psicologico (ed eventuale presa in carico) fin dalla prima visita oncologica.

Importanza dello stile di vita

Oltre alle terapie (chirurgica, farmacologica e radioterapia), hanno notevole importanza anche gli stili di vita.

È accertato da studi scientifici che raggiungere e mantenere un peso adeguato (normopeso), praticare regolare attività fisica (adeguata ad età ed eventuali altre patologie), riduce il rischio di recidive.

Vale sempre inoltre la regola di non fumare, non bere alcolici e seguire una dieta varia ed equilibrata.

Il Percorso diagnostico-terapeutico nella nostra Breast Unit

La terapia dopo l'intervento Chirurgico

Presso la Fondazione Policlinico è possibile accedere anche a un servizio per il **trattamento dell'obesità** (Richiesta del Curante per "prima visita dietologica / visita terapia obesità" una volta in possesso della richiesta telefonare alla Segreteria Medicina del Lavoro lunedì-martedì-mercoledì-venerdì dalle ore 9-12, giovedì ore 14-15.30 tel. 02 5503.2593) e per la **disassuefazione al fumo** (centroantifumo@policlinico.mi.it – tel. 02 5503.2615 lunedì -venerdì dalle ore Lunedì – Venerdì: 9-16).

Sorveglianza tumori mammari eredo-familiari

Come accennato, alcune mutazioni genetiche (le più frequenti BRCA 1 e 2, ma anche PTEN, p53, ed altre) rendono un soggetto più a rischio di sviluppare un tumore mammario

Per le pazienti portatrici di tali mutazioni sarà previsto un follow up personalizzato.

È inoltre offerta la sorveglianza oncologica anche alle donne portatrici delle mutazioni, ma che non si sono ammalate di tumore mammario (per es familiari di donne ammalate). Solo per alcune di tali condizioni è prevista l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Per le mutazioni di PTEN (amartomatosi multiple) è presente in Fondazione un medico referente per la malattia rara (in età adulta e pediatrica).

Il consenso informato- Il patto medico-paziente

Prima di procedere a qualunque trattamento l'équipe medica è tenuta a spiegare dettagliatamente lo scopo, le modalità e le eventuali conseguenze; quindi, dopo aver illustrato tipo e durata del trattamento consigliato, vantaggi e svantaggi, eventuali alternative terapeutiche disponibili, rischi o effetti collaterali significativi, viene fatto firmare un modulo di consenso, con il quale si autorizza il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie

Se le informazioni ricevute non sono chiare, è un diritto della paziente chiedere che siano ripetute eventualmente anche in presenza di un familiare.

Seguici su:



@PoliclinicoMI



PoliclinicoMI

www.policlinico.mi.it

www.mangiagallicenter.it

5x1000.policlinico.mi.it

www.policlinico.mi.it/santa-caterina

Tutti gli aggiornamenti sul nostro giornale on-line

www.policlinico.mi.it/news

Per rimanere sempre aggiornati
consulta il nostro sito **www.policlinico.mi.it**,
troverai le news e gli approfondimenti,
e potrai iscriverti alla nostra newsletter.

Grazie al contributo
dell'ASSEM – Associazione
Senologica Mangiagalli



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

