

# TUMORE AL SENO

## Guida per le donne che intraprendono il percorso di cura





ASU FC Azienda sanitaria  
universitaria Friuli Centrale

# TUMORE AL SENO

Guida per le donne che intraprendono  
il percorso di cura

# INDICE

<b>PREMESSA</b>	p. 5
<b>CARCINOMA DELLA MAMMELLA</b>	p. 6
Epidemiologia	p. 6
Fattori di rischio	p. 6
Prevenzione	p. 8
Diagnosi del carcinoma alla mammella	p. 9
<b>TERAPIA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA</b>	p. 12
Chirurgia	p. 12
Radioterapia	p. 14
Terapia Medica	p. 16
Supporto psicologico	p. 19
<b>FOLLOW-UP DELLE PAZIENTI OPERATE E QUALITÀ DELLA VITA DURANTE E DOPO LA MALATTIA</b>	p. 21
<b>SENOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNIVERSITARIO DI UDINE</b>	p. 24
Percorso diagnostico e terapeutico - attività ambulatoriale	p. 24
Come si attiva il percorso	p. 25
Percorso diagnostico e terapeutico - interventi chirurgici	p. 26
<b>RISPOSTE ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI</b>	p. 34
<b>RIFERIMENTI UTILI</b>	p. 37
<b>CODICE EUROPEO DI PRASSI CONTRO IL CANCRO</b>	p. 38
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	p. 39

## PREMESSA

La Senologia del Presidio Ospedaliero-Universitario Santa Maria della Misericordia di Udine è costituito da un gruppo di Medici-Chirurghi diretto dalla Dott.ssa Carla Cedolini. L'équipe si dedica alle donne con problematiche senologiche in tutto il loro percorso: dalla prevenzione alla diagnosi e cura in collaborazione con gli specialisti dedicati (Radiologi, Oncologi, Radioterapisti, Medici Nucleari, Anatomopatologi, Chirurghi Plastici, Fisioterapisti e Psicologi).

La consapevolezza che la strategia vincente nella lotta contro il tumore al seno nasce dalla corretta informazione della donna e dalla collaborazione medico-paziente ha fatto crescere l'idea di questo **opuscolo informativo** per rispondere alle domande più frequentemente poste durante le visite senologiche ambulatoriali.

Il nostro **opuscolo informativo** si rivolge a **tutte le donne**, e **non solo alle pazienti**, con l'intento di rendere più chiaro il loro percorso di diagnosi, terapia e prevenzione, rispondendo alle loro domande.

Il nostro intento è quello di dare delle risposte scientifiche, alle quali sarà riservata la prima parte, ma anche delle risposte pratiche, nella seconda parte dell'opuscolo, per quanto riguarda il percorso all'interno del Presidio Ospedaliero-Universitario Santa Maria della Misericordia di Udine.

La frequenza del tumore al seno nelle donne ha reso sempre più sensibili gli operatori sanitari e la popolazione femminile, ne sono la prova i tanti programmi di screening, lo spazio sui media, le associazioni e i gruppi di sostegno fondati dalle pazienti operate.

Noi vogliamo continuare a percorrere questa strada con la convinzione che, nonostante la ricerca abbia migliorato la prognosi del carcinoma della mammella, la prevenzione, la diagnosi precoce e un percorso terapeutico adeguato rappresentino ancora il miglior modo per ridurre la mortalità.

La nostra esperienza ci ha insegnato l'importanza della corretta informazione, che non sostituisce, ma può integrare la fiducia su cui si basa il rapporto medico-paziente.

## CARCINOMA DELLA MAMMELLA:

### EPIDEMIOLOGIA

Complessivamente in Italia vivono 692.955 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario. È la neoplasia più frequente nel sesso femminile, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario. Si stima che nel 2015 siano stati diagnosticati in Italia circa 48.000 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile, rappresentando circa il 40% di tutte le diagnosi di neoplasia maligna in questa popolazione.

Il rischio di sviluppare un carcinoma mammario dipende dalle fasce d'età: fino ai 49 anni la probabilità di sviluppare questa malattia si attesta attorno al 2,3% (1 donna su 43), nella fascia d'età tra i 50 ed i 69 anni aumenta fino al 5,4% (1 donna su 18), per poi rimanere pressoché stabile, attorno al 4,5% (1 donna su 22) tra i 70 e gli 84 anni. Esiste per questo motivo una politica di screening per il carcinoma della mammella rivolta a tutte le donne sane di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, che permette la diagnosi delle lesioni mammarie ad uno stadio precoce.

### FATTORI DI RISCHIO

Esistono diversi elementi che possono influenzare la probabilità di sviluppare un tumore al seno. Alcuni di questi non possono essere modificati, mentre su altri possiamo intervenire cambiando il nostro stile di vita. Tra i fattori di rischio principali troviamo:



FATTORI IMMODIFICABILI	FATTORI MODIFICABILI
<p><b>L'età:</b> il rischio di sviluppare una neoplasia mammaria aumenta con l'avvicinarsi della menopausa. Questo è dovuto al cambiamento dell'assetto ormonale che si verifica nelle diverse fasi della vita.</p>	<p><b>Fattori ormonali:</b> l'assunzione di terapia ormonale sostitutiva per lunghi periodi aumenta il rischio di insorgenza di questa neoplasia.</p>
<p><b>Familiarità:</b> nella maggior parte dei casi il tumore alla mammella si presenta in maniera sporadica; in una buona percentuale dei casi può però insorgere in persone che appartengono a famiglie con predisposizione per questa patologia.</p>	<p><b>Fattori dietetici e metabolici:</b> l'elevato consumo di alcool, carni rosse, grassi e zuccheri semplici, associato ad un basso consumo di fibre, sembrano svolgere un ruolo favorente l'insorgenza del tumore al seno, come anche la sedentarietà e lo sviluppo della cosiddetta sindrome metabolica (caratterizzata da obesità, diabete e ipertensione).</p>
<p><b>Fattori riproduttivi:</b> menarca precoce e menopausa tardiva aumentano il rischio, in quanto comportano una maggiore esposizione della ghiandola allo stimolo ormonale da parte degli estrogeni.</p>	<p><b>Fattori riproduttivi:</b> una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, nulliparità e mancato allattamento al seno aumentano il rischio.</p>
<p><b>La mutazione genetica:</b> il BRCA1 e BRCA2 sono geni la cui mutazione è scientificamente provata essere correlata con l'aumentata insorgenza del carcinoma mammario. Le donne portatrici di queste mutazioni hanno un rischio di sviluppare una neoplasia mammaria nel corso della loro vita del 65%, se ad essere mutato è BRCA1, e del 40% nel caso di BRCA2. La mutazione di questi geni si caratterizza per un comportamento più aggressivo della neoplasia, un'età di insorgenza più precoce, una maggiore probabilità di coinvolgimento di entrambe le mammelle e per un maggiore rischio di sviluppare neoplasie in altre sedi (in particolare il tumore dell'ovaio).</p>	<p><b>Fumo:</b> il tabagismo è una causa riconosciuta di sviluppo di numerosi carcinomi, tra cui anche quello mammario.</p>

## PREVENZIONE

La prevenzione del tumore al seno è di fondamentale importanza e comprende diverse strategie:

**Stile di vita sano** - caratterizzato da un'adeguata attività fisica, da una dieta povera di grassi e ricca di vegetali (es. la dieta mediterranea) e dall'astensione dal fumo.

**Autopalpazione del seno** - è importante che ogni donna conosca la struttura del proprio seno, in modo da poterne cogliere qualsiasi modificazione nel tempo. L'autopalpazione della ghiandola mammaria va eseguita preferibilmente sotto la doccia, la settimana successiva al ciclo mestruale.



**Adesione al programma di screening regionale** - questo progetto si rivolge a tutte le donne sane nella fascia d'età compresa tra i 50 ed i 69 anni, con lo scopo di effettuare una diagnosi di carcinoma mammario in stadi precoci, permettendo di attuare le terapie più adeguate volte a ridurne la mortalità.

Alla fascia di popolazione interessata viene inviato, tramite posta, l'invito a sottoporsi gratuitamente a una mammografia, con cadenza biennale. Se l'esame è negativo, la risposta arriva a casa per lettera entro un mese. Se invece l'esame evidenzia immagini dubbie, la donna viene contattata dal centro di screening per essere sottoposta ad ulteriori accertamenti.

**Programma di screening personalizzato** - il medico curante può inviare al senologo le donne con particolari fattori di rischio, legati alla storia personale e familiare; queste donne saranno indirizzate ad esami radiologici o clinici in età e cadenza adeguate al caso.

**Test genetici** - è importante sapere che non è un esame effettuato di routine, ma esistono infatti dei criteri stringenti basati sull'evidenza di una forte familiarità per lo sviluppo del tumore al seno. La ricerca delle mutazioni dei geni BRCA1 e 2 permette di individuare quei soggetti che hanno una predisposizione ereditaria a sviluppare questo tipo di neoplasia. In caso di positività a questi test è possibile intervenire intensificando le misure di controllo con mammografie ed ecografie molto ravvicinate per identificare l'eventuale insorgenza di neoplasia in una fase precoce. In casi selezionati è possibile ricorrere alla ovariectomia e/o mastectomia preventiva.

È inoltre buona norma sottoporsi a regolari controlli ginecologici e/o visite senologiche, anche se non si appartiene a categorie ad elevato rischio o non si rientra nella fascia d'età interessata dallo screening regionale.

## **DIAGNOSI DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA**

Ancora oggi, nonostante l'introduzione dei programmi di screening, spesso il carcinoma mammario viene diagnosticato per comparsa di sintomatologia legata alla malattia.

I sintomi associati a tale patologia possono essere molteplici:

- comparsa di un nodulo palpabile
- asimmetria per forma e dimensione della ghiandola rispetto alla controlaterale
- retrazione del capezzolo
- alterazioni della cute (pelle a buccia d'arancia)
- secrezioni dal capezzolo (più sospette se di tipo ematico e monolaterali)
- linfonodi palpabili del cavo ascellare

Il dolore mammario (mastodinia) non è da considerare un sintomo correlabile alla comparsa di un carcinoma mammario, se non in casi molto rari o negli stadi avanzati (ulcerazione cutanea).

Di grande rilevanza nel processo diagnostico del carcinoma della mammella sono, pertanto, l'autopalpazione e la visita senologica.

Ovviamente la sola visita non è sufficiente, risultano infatti di fondamentale importanza nell'iter diagnostico del carcinoma mammario le indagini radiologiche, che dividiamo in livelli in relazione alla necessità del grado di approfondimento:



1° livello	
<i>Mammografia</i>	È l'esame standard della diagnostica senologica, utilizzata anche per lo screening regionale. Ha una maggior sensibilità per le mammelle con prevalente componente adiposa, come nelle donne più anziane. Non è comunque una tecnica infallibile, a volte può rilevare reperti dubbi o risultare anche negativa; per questo, in alcuni casi, è integrata con lo studio ecografico.
<i>Ecografia mammaria e del cavo ascellare</i>	Consente una migliore definizione delle lesioni della mammella in combinazione con la mammografia ed una corretta discriminazione tra lesioni solide e liquide; è la tecnica più indicata per valutare le mammelle delle donne giovani, in quanto a maggior componente ghiandolare (più dense), e nelle donne gravide, in quanto non utilizza radiazioni ionizzanti.

2° livello	
<i>Tomosintesi</i>	È una tecnica di recente introduzione che consiste nel ricostruire digitalmente, partendo da immagini mammografiche tradizionali, fini sezioni di tessuto mammario, con l'ausilio di particolari algoritmi. Permette dunque di migliorare l'individuazione e la caratterizzazione delle lesioni mammarie visibili in mammografia.
<i>Agoaspirato di lesioni mammarie/linfonodi ascellari</i>	Consiste nel prelievo di un campione di <b>cellule</b> tramite aghi sottili su lesioni mammarie solide, a contenuto liquido o sui linfonodi del cavo ascellare per eseguire un esame <b>citologico</b> . Tuttavia, nel caso si riscontrino cellule maligne, questo tipo di esame non permette di determinare alcuni caratteri della neoplasia.
<i>Agobiopsia di lesioni mammarie</i>	Consiste nel prelievo di un campione di tessuto della lesione sospetta, in genere sotto guida ecografica o mammografica, sul quale verrà eseguito l'esame <b>istologico</b> che permette di caratterizzare al meglio la lesione.



### 3° livello

#### *Risonanza Magnetica mammaria con MDC*

Questa tecnica completa l'iter diagnostico senologico pre-operatorio per un completo bilancio di estensione locale e valutazione bilaterale della patologia. Trova inoltre indicazione come approfondimento in donne sintomatiche con ecografia e mammografia negative, come esame di follow-up in pazienti precedentemente operate o con protesi mammaria, e come valutazione della risposta patologica in corso di terapia neoadiuvante (preoperatoria). La RMM trova inoltre indicazione come indagine di screening in donne ad alto rischio di sviluppare un carcinoma mammario.

### 4° livello

#### *Biopsia chirurgica della lesione*

Consiste nell'asportazione chirurgica in anestesia locale della lesione dubbia o sospetta, in modo tale da prelevare sufficiente tessuto per eseguire un esame istologico completo e sicuro. Questa procedura è riservata alle lesioni non passibili di agobiopsia/agoaspirato per impossibilità tecnica, o nel caso in cui ci sia una discordanza tra l'aspetto radiologico e l'esame istologico. Può essere effettuata a scopo terapeutico per le lesioni definite borderline o preneoplastiche, asportando completamente la neoformazione.



## TERAPIA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA: CHIRURGIA

La prima fase della terapia di solito è la chirurgia. L'intervento chirurgico può essere di due tipi: conservativo o demolitivo; la scelta va attentamente valutata in base alle dimensioni del tumore e alle dimensioni della mammella, per garantire la radicalità dell'intervento e un buon risultato estetico.

### **Chirurgia conservativa**

**tumorectomia e quadrantectomia** - questi interventi sono proponibili nel caso di tumori di dimensioni contenute e consistono nell'asportazione solo della porzione di ghiandola in cui si trova la lesione con una piccola parte (circa 1-2cm) di tessuto sano circostante. Solitamente prima dell'intervento chirurgico viene posizionato un repere metallico, o un radio tracciante, che serve al chirurgo per localizzare la lesione. In questi casi l'intervento chirurgico dovrà essere seguito dalla radioterapia che ha lo scopo di proteggere la ghiandola restante dalle recidive di malattia.

### **Chirurgia demolitiva**

**mastectomia** - quando le dimensioni o l'estensione del tumore non consentono un intervento conservativo è necessario asportare completamente la ghiandola mammaria. L'intervento può comprendere l'asportazione della ghiandola mammaria con la cute sovrastante ed il capezzolo (mastectomia simplex), solo parte della cute ed il capezzolo (mastectomia skin-sparing) o preservare sia la cute che il complesso areola-capezzolo (mastectomia nipple-sparing). In quest'ultimo caso il tessuto ghiandolare sottostante al capezzolo viene analizzato intraoperatoriamente mediante esame istologico estemporaneo per accertare l'assenza di infiltrazione neoplastica.

### **RICOSTRUZIONE**

Per tutti i tipi di interventi ci si può avvalere della collaborazione del Chirurgo Plastico per il tempo ricostruttivo che quasi sempre avviene contestualmente all'asportazione del tumore. Nel caso degli interventi conservativi sarà sufficiente un rimodellamento del tessuto ghiandolare residuo mentre per la mastectomia si può procedere al posizionamento di un espansore (con la necessità di un secondo tempo chirurgico per il posizionamento della protesi definitiva) o di una protesi. In casi selezionati, in seguito alla chirurgia demolitiva, si può ricorrere alla ricostruzione utilizzando dei tessuti propri (lombi). Un ottimale risultato estetico

si potrà inoltre ottenere, qualora necessario, intervenendo chirurgicamente sulla mammella controlaterale (la mammella sana) per raggiungere una simmetria volumetrica e di forma.

### **LINFONODO SENTINELLA O DISSEZIONE ASCELLARE**

Una delle vie di diffusione della malattia passa attraverso i linfonodi ascellari tanto che in passato l'asportazione di questi linfonodi (DA: dissezione ascellare) faceva parte dell'intervento chirurgico, attualmente invece la DA può essere evitata con la biopsia del linfonodo sentinella (LFS).

Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo che raccoglie la linfa proveniente dalla zona malata della ghiandola ed è in grado di predire in modo accurato il coinvolgimento degli altri linfonodi loco-regionali. Per individuarlo viene iniettato un radiotracciante in corrispondenza del tumore che va quindi ad accumularsi nel linfonodo sentinella, rendendolo individuabile durante l'intervento chirurgico mediante un'apposita sonda. Il linfonodo sentinella viene quindi analizzato durante l'intervento chirurgico stesso mediante esame istologico estemporaneo. Ne consegue che, se il linfonodo sentinella risulta privo di cellule tumorali, è possibile evitare l'asportazione degli altri linfonodi. La dissezione ascellare, cioè l'asportazione di tutti i linfonodi del cavo ascellare, viene riservata solo ai casi in cui il linfonodo sentinella risulti metastatico all'esame intraoperatorio o già preoperatoriamente i linfonodi risultino coinvolti da neoplasia.

### **RISCHI E COMPLICANZE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO**

<b>Sanguinamento</b>	Il rischio si concentra nelle prime 24/48 ore; per questo motivo vengono lasciati in sede di intervento uno o più drenaggi che fungono da spia per questa evenienza.
<b>Infezione di ferita</b>	Viene trattata con antibioticoterapia e medicazioni seriate.
<b>Sieroma</b> (accumulo di linfa in sede di intervento)	Si tratta drenando la raccolta ciclicamente in regime ambulatoriale.
<b>Parestesie</b> (alterazione della sensibilità)	Nella zona dell'intervento o del braccio che può essere transitoria o permanente, può peggiorare dopo la radioterapia.
<b>Linfedema del braccio</b> (in caso della dissezione ascellare)	Edema e gonfiore del braccio causato dal rallentato drenaggio linfatico, può insorgere anche dopo alcuni mesi dall'intervento, si tratta con cicli di fisioterapia e bracciali a compressione graduata.

## RADIOTERAPIA

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia, erogate da particolari macchinari simili a delle TAC con lo scopo di uccidere le cellule tumorali risparmiando, per quanto possibile, le cellule sane circostanti e riducendo così la possibilità di una recidiva tumorale.

### INDICAZIONI

**Dopo chirurgia conservativa (*quadrantectomia*):** il tumore della mammella è una malattia di tutto l'organo, spesso, accanto al nodulo principale o in altre parti della ghiandola possono esistere altre cellule malate, troppo piccole per essere individuate con la mammografia, l'ecografia o anche con la RMM. Ecco quindi la necessità di andare a "bonificare" il tessuto mammario residuo, quello cioè che non viene asportato durante l'intervento chirurgico. La radioterapia dopo quadrantectomia rappresenta una tappa obbligata e non deve essere vissuta come un fallimento della chirurgia ma come una seconda fase terapeutica necessaria.

**Dopo chirurgia demolitiva (*mastectomia*):** talvolta può essere necessario ricorrere alla radioterapia anche dopo un intervento demolitivo, come la mastectomia, dove tutta la ghiandola viene asportata. Questo avviene nel caso di tumori particolarmente aggressivi che abbiano coinvolto già più linfonodi ascellari, che raggiungano la parete toracica o la pelle o tumori di grandi dimensioni (> 5 cm). In questi casi l'area trattata è rappresentata dalla parete toracica nella sede della mammella malata e/o le sedi di drenaggio linfatico.



**Dopo qualunque tipo di chirurgia:** quando ci sono diversi linfonodi metastatici (in numero maggiore di 3) è necessario proteggere con la radioterapia le principali sedi dei linfonodi, sia in ascella che nelle stazioni vicine: torace e base del collo.

### QUANDO E COME?

La paziente viene sottoposta a una seduta di prova definita “simulazione” durante la quale viene appunto simulato, in guida TAC, un trattamento completo per rilevare le informazioni necessarie a personalizzare il trattamento in modo da poter essere il più possibile precisi ed accurati. Al termine di questa simulazione sarà necessario eseguire 3 piccoli tatuaggi (3 puntini neri indelebili disegnati sul petto) che serviranno durante le sedute a centrare accuratamente la sede del trattamento.

- **Durata e frequenze delle sedute:** le sedute durano circa 10 minuti ognuna e si svolgono tutti i giorni da lunedì a venerdì per circa 30 giorni.
- **Modalità:** la paziente viene fatta accomodare su un lettino in una stanza particolare, una volta trovata la posizione desiderata è necessario rimanere il più possibile immobili durante i pochi minuti del trattamento per ridurre al minimo i rischi e massimizzare i benefici.
- **Radioterapia intraoperatoria (IORT):** si tratta di una particolare tecnica che permette di eseguire il trattamento radioterapico durante l'intervento chirurgico in sala operatoria. Questa metodica può essere eseguita solo in casi selezionati e ha il vantaggio di contenere l'irradiazione ai tessuti circostanti e di sostituire o ridurre la durata della terapia post-operatoria.

### RISCHI E COMPLICANZE DELLA RADIOTERAPIA

Gli effetti collaterali della radioterapia possono variare da persona a persona sia per tipologia che per intensità, è comunque sempre opportuno parlarne con il Radioterapista. I più frequentemente riportati sono:

- **Stanchezza:** dovuta alle energie impiegate dal corpo per riparare le cellule sane o al momentaneo calo dei globuli rossi nel sangue (anemia). Per rimediare a ciò è necessario riposare quando ci si sente stanchi ma sforzarsi di fare attività fisica leggera quotidiana (es. una passeggiata).
- **Reazioni cutanee:** dipendono dal tipo di pelle e dall'estensione del trattamento. Possiamo distinguere effetti precoci ed effetti tardivi. Tra quelli precoci si possono osservare arrossamenti o irritazioni molto simili ad un eritema solare. Tardivamente è invece possibile che i tessuti irradiati

rimangano ispessiti e un po' edematosi (gonfi), anche a diversi mesi dalla procedura. Per ridurre al minimo gli effetti sulla pelle è necessario avere alcune accortezze tra cui evitare di grattare la pelle irritata, non applicare creme o unguenti se non quelli consigliati dal Radioterapista, evitare per quanto possibile l'esposizione al sole, indossare tessuti naturali a contatto diretto con la pelle, evitare profumi, deodoranti o altri prodotti chimici che potrebbero essere irritanti.

## TERAPIA MEDICA

Il termine carcinoma della mammella comprende moltissime facce della malattia: la determinazione di quello che viene definito l'immunofenotipo della neoplasia (positività o meno ai recettori per estrogeno e progesterone, l'espressione dell'HER2, l'indice di proliferazione cellulare unitamente allo stadio di malattia ed al grading) permette di individuare la terapia medica più indicata per ogni paziente. La scelta delle terapie si basa infatti, oltre che sulle caratteristiche biologiche della neoplasia, anche sulla stadiazione della malattia (dimensioni della lesione, coinvolgimento linfonodale e metastasi ad altri organi) e sulle condizioni generali della paziente stessa (età, comorbidità e terapie pregresse).

I farmaci che il medico Oncologo può usare per combattere la malattia si possono dividere in modo schematico in tre grandi categorie: i chemioterapici, la terapia ormonale ed i farmaci biologici.

- **Chemioterapici:** sono farmaci citotossici che possono essere somministrati per via endovenosa o per bocca, sia singolarmente che in combinazione. La durata della terapia non è standard ma definita da paziente a paziente. I principali effetti collaterali possono essere divisi in immediati come nausea e possibile reazione allergica, che vengono controllati con terapia farmacologica; oppure ritardati come leucopenia, neuropatie periferiche ed alopecia. Raramente, nel caso delle Antracicline si presenta miocardiopatia per la quale si eseguono controlli ecocardiografici durante la terapia. La chemioterapia non può essere eseguita contemporaneamente alla terapia radiante, pertanto, quando quest'ultima è necessaria, viene effettuata al termine della chemioterapia stessa.
- **Terapia ormonale:** è indirizzata a quelle pazienti che presentano una neoplasia con positività per i recettori estrogenici e progestinici ed ha lo scopo di diminuire la stimolazione ormonale delle cellule tumorali. La terapia si differenzia sulla base dello stato menopausale della paziente stessa. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di una terapia assunta quotidianamente

per bocca la cui durata può variare dai 5 ai 10 anni e, in casi selezionati, nella donna in premenopausa, può essere associata un'iniezione che ha lo scopo di fermare il ciclo mestruale. I principali effetti collaterali sono rappresentati da dolori ossei ed articolari, vampate di calore, astenia. Nelle donne fertili essa provoca una menopausa indotta che risulta reversibile nella maggior parte dei casi.

- **Farmaci biologici:** sono nati dalla migliore conoscenza dei meccanismi biologici e molecolari coinvolti nello sviluppo del carcinoma mammario. Sono definiti farmaci target perché in grado di agire verso un bersaglio preciso (es. Trastuzumab per i tumori HER2 positivi) a differenza dei chemioterapici che agiscono a più ampio spettro. La somministrazione della terapia avviene per via endovenosa e la durata è variabile. Gli effetti collaterali immediati sono rappresentati dalle reazioni infusionali, mentre quelli ritardati dalla cardiotossicità, solitamente reversibile, del farmaco per cui è raccomandato un monitoraggio ecocardiografico.



La terapia medica dopo il trattamento chirurgico ha lo scopo di eradicare eventuali foci microscopici di cellule tumorali residui modificando la probabilità di diffusione a distanza della malattia. Nella maggior parte dei casi la terapia medica si esegue dopo la chirurgia (terapia adiuvante) mentre, in casi selezionati, la terapia medica viene proposta alle pazienti prima dell'intervento (terapia neoadiuvante). Gli obiettivi della terapia neoadiuvante sono diversi: rendere operabile una neoplasia localmente avanzata, consentire l'esecuzione di un intervento chirurgico conservativo quando le dimensioni della lesione



imporrebbero un intervento demolitivo, distruggere le micrometastasi (metastasi non visibili), responsabili della ripresa della malattia e valutare la responsabilità della malattia ai farmaci.

## FERTILITÀ

La terapia ormonale, agendo a livello delle ovaie, e la tossicità dei farmaci chemioterapici possono determinare infertilità. Nelle donne giovani è possibile preservare la funzione riproduttiva ricorrendo alle tecniche di crioconservazione del tessuto ovarico o degli ovociti. Quest'ultima è utilizzata da più tempo rispetto al congelamento del tessuto ovarico e ha consentito di ottenere in tutto il mondo buoni risultati. Le pazienti che accettano di entrare nel programma di crioconservazione degli ovociti vengono sottoposte all'induzione farmacologica di un'ovulazione multipla che viene poi monitorata con valutazioni ecografiche e ormonali. Al termine della stimolazione si effettua il prelievo degli ovociti per via transvaginale (procedura chirurgica ambulatoriale che si esegue in sedazione). Una volta recuperati, gli ovociti vengono valutati qualitativamente e congelati. L'intera procedura, dalla stimolazione al prelievo degli ovociti, dura non più di 14 giorni. Il tempo varia a seconda della fase del ciclo in cui si trova la donna al momento della stimolazione. Nel momento in cui dovranno essere utilizzati, gli ovociti verranno scongelati e inseminati, consentendo alla donna di avere una gravidanza. Nella crioconservazione del tessuto ovarico invece si preleva per via laparoscopica (quindi con un intervento chirurgico in anestesia generale) del tessuto ovarico che verrà poi congelato e reimpiantato al momento necessario.



## SUPPORTO PSICOLOGICO

Sempre più donne, sempre più giovani si ritrovano nella propria vita a dover lottare contro il tumore al seno. Un percorso che inizia al momento della diagnosi ma che si protrae, con diverse sfaccettature, all'attesa dell'intervento chirurgico, alla sensazione di menomazione che lo stesso produce, al timore delle terapie, alla paura di morire che continua paradossalmente dopo la guarigione, perché sì, ora più che mai dal tumore al seno si può guarire.

Si tratta pertanto di un percorso psicologico complesso che può durare anni, decenni, e che richiede attenzione da parte della paziente, che non deve sentirsi debole nel chiedere aiuto, delle persone che la supportano e dei professionisti che la seguono nelle cure.

I risvolti psicologici di questa malattia sono molteplici e non possono prescindere dal significato simbolico che il seno ricopre come parte essenziale dell'essere donna, dalla maternità alla sessualità.

L'accettazione della malattia, anche una volta guarite, può richiedere molto tempo conducendo la paziente attraverso vari stati emotivi: dalla rabbia e l'angoscia, al momento della diagnosi, alla sensazione di violazione del proprio corpo per l'atto chirurgico, alla solitudine della propria condizione durante il percorso di cure. Sentimenti di cui spesso si sentono in balia le donne che affrontano la malattia, soprattutto per la difficoltà che percepiscono nel parlare della propria esperienza. In questo contesto il supporto specialistico diviene complementare alle altre



misure terapeutiche, ed è per rispondere a tale necessità che si è sviluppata la **psiconcologia** e sono nati in tutta Italia ambulatori dedicati, presenti anche nella nostra regione, che offrono supporto e ascolto alle pazienti ed ai loro familiari per affrontare i propri disagi emotivi e facilitarne il superamento attraverso un percorso condiviso.

Inoltre, un ruolo fondamentale è ricoperto dalle **associazioni di volontariato** impegnate nella lotta contro il tumore al seno, molto spesso costituite da donne che hanno vinto la loro lotta contro il cancro o che stanno ancora lottando, che mettono al servizio la propria esperienza per condividere i dubbi, le paure e anche il coraggio.

Non siete sole.



## FOLLOW-UP DELLE PAZIENTI OPERATE E QUALITÀ DELLA VITA DURANTE E DOPO LA MALATTIA

Al termine del trattamento, l'equipe multidisciplinare stabilisce un piano di controlli personalizzato a seconda delle esigenze della singola paziente e della biologia della malattia, per tenere sotto controllo eventuali recidive. La paziente sarà sottoposta a **regolari controlli** oncologici, radiologici e chirurgici che risultano essere più ravvicinati durante il primo anno, mentre avranno una cadenza annuale negli anni successivi. Pertanto la paziente eseguirà ogni anno un esame clinico, degli esami laboratoristici e delle indagini radiologiche comprensive di ecografia e/o mammografia (ed eventuale risonanza magnetica).

Nonostante oggi la chirurgia abbia fatto importanti progressi, sia sempre più conservativa, mini-invasiva e tendente a ridurre al minimo eventuali effetti negativi sull'immagine corporea, cercando di preservare l'integrità del corpo e la qualità della vita, il trattamento chirurgico del tumore della mammella è per la donna un'esperienza molto difficile da accettare, perché comporta comunque una "perdita". Molte donne si preoccupano dell'**immagine sociale**, ossia del fatto che l'intervento, più o meno mutilante, possa influire negativamente su ciò che gli altri pensano di loro.

Lo sconvolgimento emotivo può inoltre influire sulla vita sessuale. Infatti, per vivere pienamente e serenamente la propria sessualità, la donna ha bisogno di sentirsi bene con se stessa, ma l'imbarazzo di mostrarsi al partner ed il timore di non piacere possono influire sul **desiderio sessuale e sulla vita di coppia**. Condividere le proprie difficoltà e i propri vissuti anche con il partner può essere un modo per affrontare questo momento critico e riscoprire gradualmente l'intimità.



L'intervento e le cure postoperatorie, per quanto necessarie, possono indebolire il fisico, causando **stanchezza, malessere ed effetti collaterali specifici**. Proteggere il corpo, rinforzarlo e metterlo nelle condizioni di reagire con energia è fondamentale non solo per la salute, ma anche per il proprio benessere emotivo. Soprattutto nel periodo immediatamente successivo all'intervento, piccole attenzioni quotidiane, piccoli trucchi e un generale atteggiamento di cura verso il proprio corpo e la propria bellezza possono essere di grandissimo supporto non solo al fisico, ma anche all'umore e alla guarigione.

In molti casi oggi viene proposta una ricostruzione chirurgica della mammella, con l'inserimento di una protesi sottocutanea. Sicuramente è un'ottima soluzione, poiché riporta l'aspetto fisico a quello che era prima dell'intervento. Una ricostruzione chirurgica immediata non è però sempre possibile, o talvolta sono le pazienti stesse a rinunciarvi, ciononostante un buon risultato estetico si può ottenere anche con **protesi esterne** e imbottiture da usare anche con la normale corsetteria.

In alcuni casi, l'asportazione dei linfonodi ascellari, e in minor misura del linfonodo sentinella, può rallentare la circolazione della linfa dell'arto, che si accumula nei tessuti, potendosi tradurre in un **gonfiore visibile di tutto il braccio o di parte di esso**. I più comuni sintomi del linfedema sono: il gonfiore, il senso di pienezza e pesantezza del braccio interessato, la difficoltà ad alzare l'arto, l'irrigidimento della pelle, la riduzione della capacità motoria o della flessibilità della mano o del polso, la difficoltà a infilare il braccio nella manica della giacca o della maglia, il senso di compressione dato da anelli, orologio o braccialetti. La terapia è essenzialmente basata sulla combinazione di più strategie che prevedono la cura della pelle, il linfodrenaggio manuale, esercizi di ginnastica e l'elastocompressione.



Senza alcun dubbio influisce molto sulla qualità di vita anche **la perdita dei capelli**. Benché non tutti i farmaci usati nella chemioterapia causino alopecia, e benché gli effetti varino da persona a persona, la caduta temporanea dei capelli, che avviene nell'arco di alcune settimane dall'inizio della terapia, è uno degli effetti collaterali più spiacevoli. Alcuni accorgimenti come accorciare i capelli, ricorrere a parrucche, spostare l'attenzione dai capelli mettendo in risalto altre caratteristiche del volto e del corpo, possono aiutare a ridurre al minimo i disagi.

Le terapie ormonali determinano inoltre delle **variazioni dell'aspetto fisico della donna** come ad esempio l'aumento del peso corporeo. Una sana alimentazione e l'attività fisica possono arginare questo problema.

Accettare di aver avuto un tumore può richiedere molto tempo, talvolta anche diversi anni. **L'ansia e la paura** possono riaffiorare ogni qualvolta ci si debba sottoporre ai controlli periodici oppure quando l'argomento è oggetto di trasmissioni televisive o di conversazione. L'importante è non avere fretta, prendersi il tempo necessario, riposare molto e chiedere aiuto, qualora se ne avverta la necessità.

# SENOLOGIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO-UNIVERSITARIO DI UDINE

## PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO - ATTIVITÀ AMBULATORIALE

L'equipe della Senologia esegue **attività ambulatoriale presso gli ambulatori 30-31 al secondo piano del padiglione d'ingresso (n.1)** del Presidio Ospedaliero-Universitario Santa Maria della Misericordia di Udine.

I giorni di attività ambulatoriale sono i seguenti:

- Lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 8.00 alle 13.00

L'attività di ambulatorio consiste nella valutazione anamnestica della paziente, per rilevare eventuali fattori di rischio, e nella visita senologica:

- **Prime visite senologiche:** visite a pazienti che vengono inviate dal Medico di Medicina Generale per un parere specialistico, o pazienti inviate dalla Radiologia in seguito all'esecuzione di indagini radiologiche che hanno messo in evidenza delle anomalie.
- **Controlli senologici:** consistono in controlli annuali in pazienti che vengono regolarmente seguite presso l'ambulatorio specialistico. Vengono effettuati solitamente una volta all'anno in seguito all'esecuzione dell'ecografia (pazienti < 40 anni) o ecografia e mammografia (pazienti > 40 anni). Questa attività ha lo scopo di prevenzione: cioè di individuare una neoplasia in tempi precocissimi.
- **Controlli senologici post chirurgici:** riguardano le pazienti già sottoposte ad intervento chirurgico.

-Il primo controllo viene eseguito a circa 20 giorni dall'intervento chirurgico durante il quale sarà consegnato e illustrato alla paziente l'esito dell'esame istologico del pezzo operatorio, verrà esposto l'esito del meeting multidisciplinare (vedi dopo) spiegando le indicazioni di eventuali terapie post-operatorie e di ulteriori indagini radiologiche (TC torace-addome, ecocardiografia, scintigrafia ossea).

-Il controllo a sei mesi dall'intervento chirurgico è eseguito con lo scopo di valutare il risultato chirurgico nel breve termine e la qualità della vita della paziente.

-Al controllo ad un anno dall'intervento chirurgico sono richieste ecografia e/o mammografia in dipendenza dal tipo di intervento chirurgico effettuato.

Da questo controllo in poi saranno eseguiti controlli annuali, allo scopo di



individuare precocemente eventuali recidive di malattia o l'insorgenza di ulteriori neoplasie in pazienti ad alto rischio.

- **Medicazioni:** sono effettuate a circa 8-10 giorni dalla dimissione per le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico. La medicazione, per le pazienti operate in collaborazione con i colleghi della Chirurgia Plastica, sarà eseguita negli ambulatori n. 39/40 della Chirurgia Plastica Universitaria al secondo piano del padiglione d'ingresso (n. 1).
- **Visione esami:** col termine "visione esami" si intende la valutazione di referti di eventuali indagini radiologiche, o visite specialistiche, richieste durante la visita senologica precedente. Tale prestazione è considerata come un "proseguimento" della visita senologica, la paziente non dovrà pertanto esibire l'impegnativa, fermo restando che tale prestazione sia erogata entro i 6 mesi dalla visita/controllo senologico precedente.

## COME SI ATTIVA IL PERCORSO

<b>Attraverso il CUP</b>	Le pazienti inviate dal proprio Medico di Medicina Generale possono prenotare una visita senologica recandosi con impegnativa presso gli sportelli del CUP (Padiglione n.1, piano terra) oppure telefonando e comunicando il codice dell'impegnativa. L'appuntamento verrà assegnato secondo il criterio di priorità attribuito dal proprio medico curante.
<b>Attraverso la radiologia</b>	Qualora durante le indagini radiologiche di screening si dovesse riscontrare un carcinoma mammario e/o un dubbio diagnostico per il quale si richiede il parere chirurgico, sarà cura dei colleghi radiologi consegnare alla paziente l'impegnativa e l'appuntamento per la visita senologica.
<b>Per controllo annuale</b>	Sarà cura del medico specialista consegnare l'impegnativa per l'appuntamento successivo che la paziente potrà immediatamente prenotare presso la segreteria (Padiglione n.1, secondo piano, stanza 5) oppure al CUP (Padiglione n.1, piano terra).
<b>Per "visione esami"</b>	Quando la paziente necessita di un colloquio con il chirurgo senologo o deve portare in visione dei referti di esami precedentemente richiesti, potrà contattare il numero unico Call Center Salute e Sociale 0434 223522 e prendere appuntamento senza la necessità di impegnativa purché l'appuntamento risulti entro i 6 mesi dalla precedente visita senologica.



## PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO - INTERVENTI CHIRURGICI

Possiamo suddividere gli interventi chirurgici in base all'assistenza postoperatoria ed alla preparazione preoperatoria necessarie.

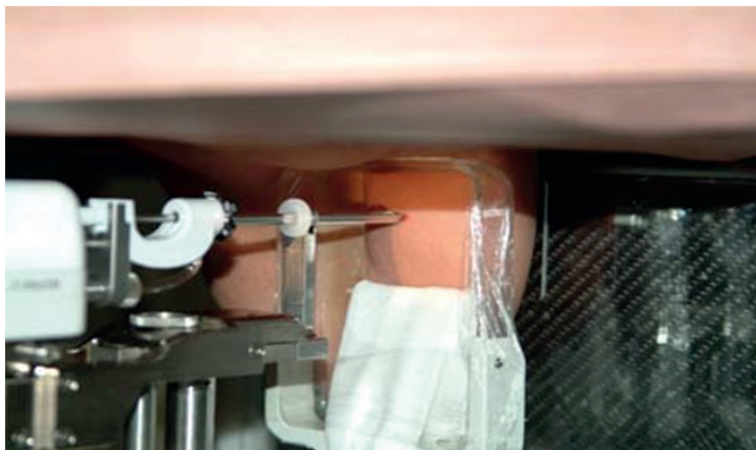
### 1. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:

Si tratta solitamente dell'asportazione chirurgica di una lesione mammaria in anestesia locale a scopo diagnostico e/o terapeutico (nel caso di lesioni pre-neoplastiche). Se la lesione non risulta facilmente identificabile alla palpazione da parte del chirurgo sarà necessario il posizionamento di un repere: un filo metallico inserito all'interno della lesione stessa sotto guida ecografica o mammografica da parte dei colleghi della radiologia prima dell'intervento chirurgico stesso.

#### Preparazione preoperatoria

La biopsia chirurgica in regime ambulatoriale viene riservata a quelle pazienti prive di patologie importanti per cui non risulta necessaria l'esecuzione di esami preoperatori trattandosi di un intervento di minima. Sarà cura del medico specialista, che pone indicazione all'intervento chirurgico, consegnare le impegnative necessarie che la paziente dovrà portare con sé il giorno dell'intervento per:

- posizionamento di mammorepere
- asportazione di lesione mammaria
- esame istologico di lesione mammaria
- ciclo di medicazioni



Durante la visita specialistica verranno altresì consegnate le indicazioni riguardo al giorno dell'intervento, la paziente dovrà infatti:

- Portare con sé le indagini radiologiche precedentemente eseguite e le impegnative consegnate al momento della visita specialistica;
- Munirsi di reggiseno contenitivo (fruibile a pagamento presso le sanitarie o presso i negozi sportivi), da indossare immediatamente al termine dell'intervento chirurgico e successivamente giorno e notte per il primo mese, solo di giorno per il secondo mese;
- Essere accompagnata obbligatoriamente da qualcuno: durante l'intervento potrebbe essere necessaria la somministrazione di blandi sedativi che impedirebbero alla paziente di guidare.

### **Intervento chirurgico**

Come già anticipato il giorno dell'intervento chirurgico sarà suddiviso in due tempi: il posizionamento del mammorepere e l'asportazione della lesione mammaria.

- **Posizionamento del mammorepere:** il reperi è un filo metallico o un radio tracciante che funge da guida per il chirurgo nell'individuare e asportare lesioni mammarie non palpabili. Per questa prima fase la paziente dovrà presentarsi al **Padiglione n.1** (Pad. d'ingresso), al **piano terra**, presso gli ambulatori della radiologia. In tale sede avverrà il posizionamento del mammorepere sul quale verrà applicata una medicazione che la paziente non dovrà rimuovere autonomamente.
- La seconda fase consiste nell'**intervento chirurgico** vero e proprio che verrà eseguito nella **sala operatoria del Padiglione n.15 (Ospedale Nuovo), secondo piano**. La paziente attenderà il proprio turno all'ingresso del Blocco Operatorio. L'intervento durerà circa 15/20 minuti e sarà effettuato in anestesia locale.

### **Educazione postoperatoria**

La paziente verrà "dimessa" dopo alcuni minuti dall'intervento chirurgico, previa verifica dell'assenza di sintomatologia (capogiri, bassa pressione, nausea). Verranno altresì consegnati i referti con le indicazioni successive:

- Mantenere asciutta e pulita la medicazione fino al controllo successivo, avendo cura di proteggere dai traumi la parte operata;

- La terapia antalgica domiciliare (se necessaria);
- L'appuntamento per la medicazione (circa a 8-10 giorni dall'intervento).

Il giorno della medicazione, se l'esame istologico della lesione mammaria sarà già disponibile, sarà consegnato alla paziente e saranno quindi discusse le eventuali implicazioni sulla base del risultato.

## **2. INTERVENTO CHIRURGICO IN DAY SURGERY**

Si tratta anche in questo caso di un intervento chirurgico di minima, eseguito in anestesia locale in associazione a una sedazione farmacologica effettuata dall'anestesista. Se la lesione non risulta facilmente identificabile alla palpazione da parte del chirurgo sarà necessario il posizionamento di un repere.

### **Preparazione preoperatoria**

La biopsia chirurgica in ricovero Day Surgery è riservata alle pazienti anziane o a quelle pazienti che presentano anamnesticamente delle patologie per le quali risulta precauzionale la presenza dell'anestesista in sala operatoria. Saranno pertanto necessari l'esecuzione di esami preoperatori (esami del sangue, ECG e talvolta la radiografia del torace) e la successiva visita anestesilogica. Sarà cura del medico specialista che pone indicazione all'intervento chirurgico, programmare le visite sopra citate i cui appuntamenti saranno comunicati telefonicamente alla paziente. Non sarà necessario presentare alcuna impegnativa per effettuare le visite in preparazione all'intervento chirurgico.

Durante la visita specialistica saranno altresì consegnate le indicazioni riguardo al giorno dell'intervento, la paziente dovrà infatti:

- Portare con sé le indagini radiologiche precedentemente eseguite;
- Munirsi di reggiseno contenitivo (acquistabile nelle sanitarie o nei negozi sportivi), da indossare immediatamente al termine dell'intervento chirurgico e successivamente giorno e notte per il primo mese, solo di giorno per il secondo mese;
- Il giorno dell'intervento chirurgico è obbligatorio venire accompagnati da qualcuno: dopo la sedazione e la somministrazione di anestetico locale la paziente non potrà guidare;
- Se la paziente vive da sola si renderà necessaria una notte in ospedale e la dimissione avverrà il giorno successivo all'intervento chirurgico.

### **Intervento chirurgico**

Il giorno dell'intervento chirurgico la paziente si dovrà presentare al reparto di Day Surgery **Padiglione n.5, piano terra**, dove sarà formalmente ricoverata. Come già anticipato, il giorno dell'intervento chirurgico sarà suddiviso in due tempi: il posizionamento del mammorepere e l'asportazione della lesione mammaria; la paziente sarà quindi condotta, dal servizio di portantinaggio dell'ospedale, in radiologia prima (per il posizionamento del mammorepere) e in sala operatoria poi (Padiglione n.15, secondo piano).

L'intervento durerà circa 15/20 minuti e sarà effettuato in anestesia locale con sedazione da parte dell'anestesista.

### **Educazione post-operatoria**

Dopo l'intervento chirurgico la paziente sarà condotta nuovamente nel reparto di Day-Surgery dove rimarrà per alcune ore in osservazione. Al termine dell'osservazione la paziente sarà valutata dal medico: in caso di persistenza di sintomatologia (capogiri, bassa pressione, nausea, dolore) o in caso l'intervento chirurgico si sia protratto nel tardo pomeriggio, si renderà necessaria la degenza fino al giorno successivo. In assenza di sintomatologia la paziente potrà essere dimessa con le indicazioni per il postoperatorio riportate nella lettera di dimissione:

- Mantenere asciutta e pulita la medicazione fino al controllo successivo avendo cura di proteggere dai traumi la parte operata;
- La terapia antalgica domiciliare (se necessaria);
- L'appuntamento per la medicazione (circa a 8-10 giorni dall'intervento).

Il giorno della medicazione, se l'esame istologico della lesione mammaria sarà già disponibile, sarà consegnato alla paziente e saranno quindi discusse le eventuali implicazioni sulla base del risultato.

### **3. INTERVENTO CHIRURGICO IN RICOVERO ORDINARIO**

Si tratta di interventi chirurgici da eseguire in anestesia generale. Si rende necessario pertanto il ricovero della paziente che avverrà nell'area degenza chirurgica, al Padiglione n.15 (Nuovo Ospedale), secondo piano, ala Ovest.

## Preparazione preoperatoria

Il ricovero ordinario è riservato alle pazienti che necessitano di un intervento chirurgico da eseguire in anestesia generale.

Sarà pertanto necessaria l'esecuzione di esami preoperatori in preparazione all'intervento stesso:

PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA	PREPARAZIONE SPECIFICA ALL' INTERVENTO
Elettrocardiogramma	Risonanza Magnetica Mammaria con MDC
Esami del sangue	Visita col Chirurgo Plastico
Radiografia del torace	
Visita anestesiologicala	
Visita Chirurgica Generale	

Sarà cura del medico specialista, che pone indicazione all'intervento chirurgico, programmare le visite sopra citate i cui appuntamenti saranno comunicati telefonicamente alla paziente. Non sarà necessario quindi presentare alcuna impegnativa per effettuare le visite in preparazione all'intervento chirurgico.

Durante la visita specialistica saranno altresì consegnate le indicazioni riguardo al giorno dell'intervento, la paziente dovrà infatti:

- Portare con sé le indagini radiologiche precedentemente eseguite e la terapia domiciliare;
- Munirsi di reggiseno contenitivo (fruibile a pagamento presso le sanitarie o presso i negozi sportivi), da indossare immediatamente al termine dell'intervento chirurgico e successivamente giorno e notte per il primo mese, solo di giorno per il secondo mese.

## Ricovero e intervento chirurgico

La paziente sarà ricoverata il giorno prima dell'intervento chirurgico, o il giorno stesso, a seconda del tipo di intervento programmato:

- **Quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella (LFS)**  
Il ricovero avverrà il giorno precedente all'intervento in quanto la paziente dovrà essere condotta, dal servizio di portantinaggio dell'ospedale, presso la radiologia prima, per il posizionamento del repere metallico, e presso la medicina nucleare poi, per l'iniezione del radiotracciante per la ricerca del linfonodo sentinella intraoperatoria.

- **Quadrantectomia con dissezione ascellare (DA)**

Il ricovero potrà avvenire il giorno stesso o il giorno prima dell'intervento chirurgico per il posizionamento del reperi metallico in radiologia.

- **Mastectomia con biopsia del linfonodo sentinella**

Il ricovero potrà avvenire il giorno stesso o il giorno prima dell'intervento: la paziente sarà condotta presso la medicina nucleare per l'iniezione del radiotracciante per la ricerca del linfonodo sentinella intraoperatoria.

- **Mastectomia con dissezione ascellare**

Il ricovero avverrà il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

Al termine dell'intervento verranno inseriti dei tubi di drenaggio nella sede dell'intervento chirurgico che fungeranno da "spia" in caso di sanguinamento postoperatorio. Essi saranno rimossi gradualmente nei giorni successivi in base al quantitativo del liquido drenato.

### **Educazione postoperatoria**

La durata della degenza varierà in base al tipo di intervento chirurgico laddove una paziente sottoposta a quadrantectomia con LFS potrà essere dimessa il giorno successivo all'intervento chirurgico mentre per gli altri interventi la valutazione della dimissione avviene in base al quantitativo del drenato e ovviamente alle condizioni generali della paziente stessa. In caso di collaborazione con il Chirurgo Plastico la decisione della dimissione viene presa in accordo tra gli specialisti (Chirurgo Senologo e Chirurgo Plastico).

Talvolta la dimissione della paziente può avvenire anche con un drenaggio chirurgico in sede, previa adeguata educazione della paziente per la gestione del drenaggio a domicilio.

In caso di dissezione ascellare la paziente eseguirà una visita fisioterapica in reparto e le verrà consegnato alla dimissione un appuntamento per proseguire la terapia nel postoperatorio.

Al momento della dimissione la paziente troverà quindi tutte le indicazioni riportate nella lettera di dimissione:

- Mantenere asciutta e pulita la medicazione fino al controllo successivo avendo cura di proteggere dai traumi la parte operata
- Indossare il reggiseno contenitivo giorno e notte per il primo mese, solo di giorno per il mese successivo
- La terapia antalgica domiciliare e la profilassi tromboembolica (se necessarie)

- L'appuntamento per la medicazione (circa a 8-10 giorni dall'intervento)
- L'appuntamento per il controllo post-operatorio
- L'appuntamento per la visita fisioterapia (in caso di dissezione ascellare)
- L'appuntamento per visita oncologica/radioterapica (quando necessarie), saranno comunicate telefonicamente dopo discussione multidisciplinare del caso.

Il giorno della medicazione o del controllo postoperatorio, sarà consegnato alla paziente l'esito dell'esame istologico definitivo e saranno quindi discusse le eventuali implicazioni sulla base del risultato.

### Reintervento

Il reintervento si renderà necessario in due situazioni:

- **Il sanguinamento** - si verifica circa entro le 24/48 ore dall'intervento chirurgico. Si tratta solitamente di sanguinamenti contenuti ma che creano un ematoma a livello della ferita chirurgica. In questi casi si rende necessario il reintervento per fermare la fonte del sanguinamento ed evacuare l'ematoma.
- **Il coinvolgimento dei margini chirurgici** - in caso di intervento chirurgico conservativo si verifica la possibilità che la neoplasia raggiunga il margine di resezione chirurgico. Nonostante il nodulo asportato venga analizzato intraoperatoriamente la certezza del coinvolgimento dei margini si ha solo con l'esame istologico definitivo. Sarà pertanto data indicazione a un successivo intervento chirurgico che potrà essere di allargamento del margine coinvolto da neoplasia oppure di mastectomia nel caso i margini coinvolti siano molteplici e la dimensione della mammella non consenta di effettuare un nuovo intervento con un risultato estetico ottimale.

### Fisioterapia

Sarà fornito un manuale contenente consigli ed esercizi che ogni paziente potrà autonomamente applicare.

### Meeting Multidisciplinare

Il tumore della mammella è una malattia complessa che deve essere affrontata da tutti gli specialisti coinvolti e che si muovono in modo sincrono per raggiungere gli obiettivi prefissati: la guarigione della paziente oppure la stabilizzazione della malattia e la contemporanea buona qualità della vita in termini fisici e psicologici. La scelta delle terapie dall'intervento alle terapie mediche postoperatorie e, in casi selezionati, preoperatorie, sono discusse insieme agli specialisti dedicati:

Radiologi, Oncologi, Radioterapisti, Medici Nucleari, Anatomopatologi. Durante tali incontri settimanali sono prese in considerazione le indagini preoperatorie eseguite, l'esito dell'esame istologico definitivo e le condizioni generali delle pazienti stesse. In tale sede viene espressa un'indicazione all'eventuale terapia, che però dovrà successivamente essere confermata durante la visita specialistica (oncologica o radioterapica). Talvolta durante tali incontri emerge la necessità di sottoporre la paziente ad ulteriori indagini (radiologiche, laboratoristiche, visite specialistiche) che saranno programmate in regime di post-ricovero.

L'esito della discussione multidisciplinare sarà comunicato alla paziente durante i controlli routinari presso l'ambulatorio senologico.





## RISPOSTE ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI

**MEDICAZIONE: come gestirla?** Gli appuntamenti per la medicazione vengono dati dal medico a seconda della necessità della paziente. La paziente a casa dovrà mantenere asciutta e pulita la medicazione fino al controllo medico. Pertanto, è necessario astenersi da una doccia/bagno integrale fino a decisione del medico. Inoltre, in caso di ferita a livello ascellare, è necessario evitare la depilazione della regione e l'utilizzo di deodoranti per circa un mese dall'intervento. Se si dovessero notare arrossamento e gonfiore è consigliabile una rivalutazione. Alcune pazienti potrebbero essere dimesse dopo l'intervento chirurgico con un drenaggio in sede, in quel caso verranno adeguatamente istruite nella gestione domiciliare dello stesso. I punti generalmente vengono rimossi dopo circa 8-12 giorni a seconda dell'intervento, e in alcuni casi materiali riassorbibili non necessitano nemmeno una rimozione.

**DOLORE: sento dolore alla ferita, cosa fare?** Il dolore è una normale reazione all'intervento chirurgico, esso non deve essere sopportato ma trattato con le terapie indicate dal medico. Se la sintomatologia si protrae, o non risulta controllata dalla terapia, si consiglia una rivalutazione medica.

**FEBBRE: cosa fare?** Una febbricola post-operatoria senza brivido o forte dolore locale non deve allarmare. In caso invece di iperpiressia fino a 38°C si consiglia una rivalutazione medica.

**TUMEFAZIONE DEL SENO, cosa fare?** Un leggero gonfiore in sede di intervento è normale una volta rimosso il drenaggio, per la conseguente formazione di un sieroma. Tuttavia, se il gonfiore provoca dolore è consigliata una rivalutazione al fine, eventualmente, di effettuare una puntura evacuativa della raccolta.

**LINFEDEMA DEL BRACCIO: cosa fare?** Il gonfiore del braccio può essere una complicanza dell'asportazione dei linfonodi del cavo ascellare. Per ridurre il problema è bene mantenere il braccio in scarico, cioè appoggiarlo su un cuscino piegato quando si è sdraiate in modo che la mano sia più in alto rispetto la spalla. Inoltre, è opportuno svolgere attività fisica leggera e lavori domestici poco impegnativi, ma evitare lavori pesanti (es. lavare vetri), sollevamento di pesi (es. spesa, bambini, borsetta dal lato operato), vicinanza a fonti di calore (es. stirare), contatto con materiali poco puliti (es. utilizzare guanti durante il giardinaggio), bagni troppo caldi o saune, lamette e creme depilatorie (meglio usare un rasoio

elettrico), esposizione al sole, manovre mediche dal lato operato (es. prelievi o misura della pressione), monili o indumenti troppo stretti.

**DISESTESIE: ho delle alterazioni della sensibilità del braccio, cosa fare?**

Formicolio o sensazione di pelle addormentata a livello del seno operato o del braccio omolaterale sono causate dalla lesione delle terminazioni nervose che si trovano a livello della cute. Generalmente sono transitorie, e un massaggio della regione interessata può alleviare questa sgradevole sensazione.

**CICATRICE: come gestirla?** La cicatrice è una zona cutanea meno elastica, per cui può comportare una limitazione dei movimenti articolari del braccio. Va protetta dai raggi solari applicando creme protettive e mantenendola coperta. Per migliorarne l'aspetto estetico è possibile, già da qualche giorno dopo l'intervento, massaggiarla utilizzando apposite creme elasticizzanti in modo da ridurre le aderenze con i tessuti sottostanti.

**LAVORO: quando potrò riprendere e in che modo?** In genere tutte le donne che hanno subito un intervento al seno possono riprendere tranquillamente la loro attività lavorativa nel giro di un paio di settimane. Solo nel caso di lavoro molto pesante che comporti uno sforzo notevole del braccio coinvolto dall'intervento chirurgico, possono richiedere al datore di lavoro lo spostamento a una attività di tipo più leggero presentando il relativo certificato di riconoscimento di invalidità.

**ATTIVITÀ MOTORIA: posso fare movimento?** Nel primo periodo dopo l'intervento chirurgico sono sconsigliati importanti sforzi fisici; si istruisce la paziente ad eseguire movimenti lenti e ampi. In caso di dissezione ascellare la paziente sarà seguita dal fisioterapista per l'educazione post-operatoria. Una volta trascorso un adeguato periodo di tempo dall'intervento chirurgico lo sport non è controindicato.

**GUIDA: quando potrò guidare?** Inizialmente sarebbe meglio evitare di guidare, soprattutto in presenza di una protesi mammaria, perché manovre associate alla guida possono causare dolore con conseguente riduzione della sicurezza personale. Inoltre, è possibile avere l'esenzione dall'uso delle cinture di sicurezza facendo richiesta di visita medico-legale alla propria Azienda Sanitaria, il certificato ha validità di 5 anni.

**CARTELLA CLINICA: dove posso chiederne la copia?** All'ufficio cartelle cliniche, compilando apposito modulo "richiesta fotocopia cartella clinica", che potrà

ritirare personalmente, o delegando qualcun altro, o ricevere per posta a domicilio.

**ESENZIONE DEL TICKET: come averla?** Le donne sottoposte a intervento per tumore al seno ricevono alla dimissione un foglio per l'esenzione dai ticket sanitari riguardanti le prestazioni, gli esami e i farmaci inerenti la patologia tumorale. Con tale documento si recano al proprio Distretto Sanitario e viene loro fornita, indipendentemente dal reddito, una tessera con la stampa del codice di esenzione 048. È poi possibile inoltrare la domanda di Invalidità Civile presso l'ufficio Invalidi Civili dell'Assessorato Regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali o richiedere la pensione di invalidità presso gli sportelli I.N.P.S. o presso il patronato.

**PROTESI MAMMARIA: quando e come ottenerla?** È possibile ricevere in forma gratuita le protesi mammarie totali o parziali e, in caso di linfedema, gli ausili tipo i tutori elastici a bracciale. Per la fornitura di tale materiale è necessario avere la richiesta del Medico Specialista e recarsi quindi presso un negozio di articoli sanitari per l'ordine e il preventivo. Una volta in possesso della protesi o dell'ausilio, ci si reca nuovamente dal Medico specialista, il quale esegue il collaudo. In caso di errore, lo Specialista invita la paziente a ritornare presso il negozio di articoli sanitari con il nuovo ordine. Le protesi mammarie hanno una durata triennale, ma qualora nel corso del triennio si usurassero, è necessario tornare dallo Specialista Senologo per redigere una nuova richiesta. I supporti elastici a bracciale per il linfedema invece si possono sostituire annualmente, con la richiesta compilata da parte dello Specialista Fisiatra.

**PARRUCCA: se perdo i capelli come posso acquistare una parrucca?** Alcune associazioni erogano un contributo per l'acquisto della parrucca da utilizzare durante il trattamento chemioterapico a tutte le pazienti che, come nucleo familiare, non superano il reddito lordo di 36.000,00 euro l'anno.

## RIFERIMENTI UTILI

### **Senologia**

Segreteria: Padiglione n. 15, piano 2°, ingresso lato Ovest

tel. 0432 552380 - 0432 552492

e-mail: [senologia.segreteria@asufc.sanita.fvg](mailto:senologia.segreteria@asufc.sanita.fvg)

**A.N.D.O.S. – onlus** (associazione nazionale donne operate al seno): è un'associazione di volontariato che opera a favore delle donne che hanno subito un intervento per tumore al seno.

tel. e fax: 0432 600738

e-mail: [andos.new.ud@alice.it](mailto:andos.new.ud@alice.it)

**LILT – onlus** (lega italiana per la lotta contro i tumori): è un ente pubblico su base associativa che opera sotto la vigilanza del Ministero della Salute e dell'Economia e Finanza. È articolata in sezioni provinciali che sono organismi associativi autonomi privati. Svolge attività nei settori della prevenzione, diagnosi precoce, assistenza, riabilitazione, educazione sanitaria e ricerca.

tel. 0432 548999, fax 0432 425058

e-mail: [liltudine@gmail.com](mailto:liltudine@gmail.com) - [www.legatumoriudine.it](http://www.legatumoriudine.it)

# Codice Europeo di Prassi Contro il Cancro

## HAI DIRITTO A:



### 1. ACCESSO EQUO

Un equo accesso ad una terapia oncologica economica e di alta qualità, che includa il diritto a un secondo consulto medico.



### 2. INFORMAZIONE

Tutte le informazioni riguardanti lo stato della tua malattia ed il trattamento in corso, da parte del gruppo medico curante e da altre fonti attendibili quali le organizzazioni rappresentanti i pazienti e i professionisti del settore.



### 3. QUALITÀ, ESPERIENZA E RISULTATI

Informazioni sulla qualità e sicurezza della terapia, sul livello di esperienza e sui risultati già raggiunti nella cura al tuo tipo di cancro nel centro oncologico dove sei paziente.



### 4. TERAPIA SPECIALIZZATA E MULTIDISCIPLINARE

Essere curato da un gruppo medico specializzato e multidisciplinare, che faccia idealmente parte di una rete globale dedicata alla terapia oncologica.



### 5. DECISIONI CONDIVISE

Partecipare assieme al tuo gruppo medico ad un sistema decisionale condiviso riguardo di tutti gli aspetti della tua terapia.



### 6. RICERCA & INNOVAZIONE

Essere informato circa tutte le recenti ricerche che possano essere rilevanti per il tuo caso e in merito alla tua possibilità di partecipare ad attività di ricerca in corso.



### 7. QUALITÀ DELLA VITA

Discutere con il tuo gruppo medico riguardo alle tue priorità e preferenze così da ottenere il miglior grado di qualità della vita possibile.



### 8. INTEGRAZIONE DI CURE ADIUVANTI E PALLIATIVE

Ricevere una terapia adiuvante e palliativa ottimale, quando necessario, durante ogni fase dell'iter di cura.



### 9. SOPRAVVIVENZA & RIABILITAZIONE

Ricevere e discutere con il tuo gruppo medico un piano chiaro, gestibile e raggiungibile per la tua sopravvivenza e riabilitazione.



### 10. REINTEGRO

Essere completamente reintegrato nella società e protetto da ogni pregiudizio e discriminazione riguardante il cancro, con lo scopo di ritornare a condurre una vita il più possibile normale.

europa  
cancer  
ORGANISATION



[www.europeancancer.org/code](http://www.europeancancer.org/code)  
[info@europeancancer.org](mailto:info@europeancancer.org)

## RINGRAZIAMENTI

Progetto realizzato grazie alla dedizione dei Giovani Medici della senologia, diretti dalla Dott.ssa Carla Cedolini (Luca Seriau, Serena Bertozzi, Silvia Lazzaro, Roberta Di Vora, Nicola Vernaccini, Michela Andretta, Sara Crestale, Antonio Santangelo, Jacqueline Cinel, Irene Pradelle) e del Gruppo Infermieristico degli ambulatori del primo piano del padiglione n. 1 del Presidio Ospedaliero-Universitario Santa Maria della Misericordia di Udine (Paola, Dunya, Sylvie, Fulvia, Simonetta e Lorena).

Un ringraziamento per il disegno e l'immagine di copertina al dott. Mauro Prati.



Un ringraziamento particolare a tutte le nostre pazienti, a cui è indirizzato questo lavoro, grazie a tutte per la vostra pazienza, per l'apprezzamento che ci avete dimostrato e per le critiche, sempre costruttive, che ci hanno aiutato a fare al meglio il nostro lavoro. Da voi impariamo ogni giorno quanto la professione medica sia varia, viva, bellissima, siete uno stimolo costante per tutti, soprattutto per i nostri giovani chirurghi, gli specialisti di domani, coloro che rendono vivace il nostro presente e, spero, faranno brillare anche il nostro futuro. Grazie a tutti voi.

**TUMORE AL SENO**

**Guida per le donne che intraprendono il percorso di cura**

**EDITO DA**

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale  
Ufficio Relazioni con il Pubblico

**PROGETTO**

Grafica Metelliana spa

**STAMPA**

Grafica Metelliana spa  
Via Sibelluccia, area PIP - 84085 Mercato San Severino  
Tel. 089 349392 - Fax 089 4456298  
[www.graficametelliana.com](http://www.graficametelliana.com)

## **AGGIORNAMENTO GENNAIO 2021**

**Struttura Operativa Comunicazione**

Tel. +39 0432 552796

**Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale**

Punto Informazioni: +39 0432 554440

[www.asufc.sanita.fvg.it](http://www.asufc.sanita.fvg.it)