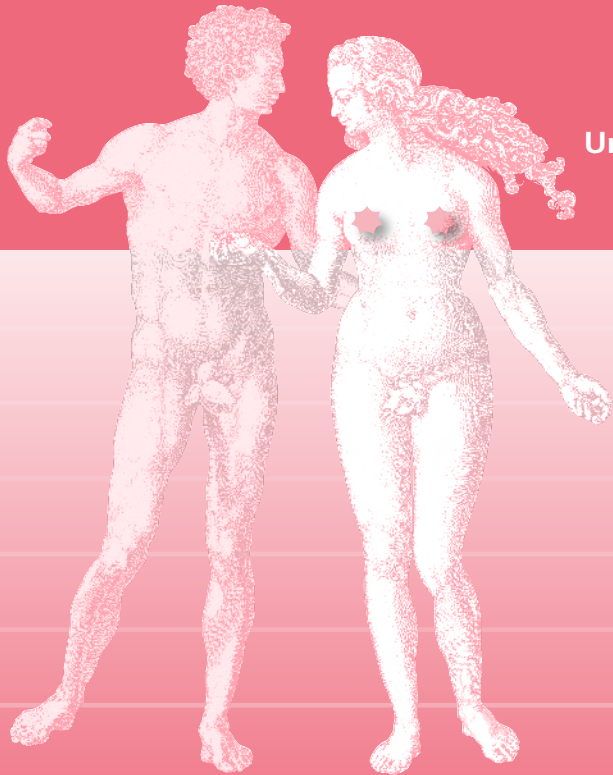




# Cancro del seno

## Carcinoma mammario



Un opuscolo informativo della  
**Lega contro il cancro**  
per pazienti e familiari

## Impressum

### Editrice

Lega svizzera contro il cancro  
Effingerstrasse 40, Casella postale, 3001 Berna  
Tel. 031 389 91 00, Fax 031 389 91 60  
info@legacancro.ch, www.legacancro.ch

### Responsabili del progetto e della redazione

Susanne Lanz, Ines Fleischmann, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Supervisione specialistica

(in ordine alfabetico)

Prof. Dr. med. Daniel Fink, direttore della clinica ginecologica e responsabile del centro di senologia dell'ospedale universitario di Zurigo

Prof. Dr. med. Andreas Günthert, primario, Neue Frauenklinik, ospedale cantonale di Lucerna, Lucerna

Dr. med. Karin Huwiler, Lega svizzera contro il cancro, Berna  
Sabine Jenny, lic. phil., MAE, responsabile del Servizio InfoCancro, Lega svizzera contro il cancro, Berna

PD Dr. med. Cornelia Leo, coordinatrice del centro di senologia, clinica ginecologica, ospedale universitario di Zurigo

Dr. med. Armin Thöni, direttore sanitario del servizio di radio-oncologia, Lindenhof Spital, Berna

Prof. Dr. med. Beat Thürlimann, primario del centro di senologia, ospedale cantonale di San Gallo

Dr. med. Mark Witschi, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Testo originale

Ruth Jahn, giornalista scientifica, Pressebüro Index, Berna  
Susanne Lanz, redattrice, Lega svizzera contro il cancro, Berna  
Ernst Schlumpf, collaboratore redazionale, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Traduzione

Cornelia Orelli, infermiera specialista in cure oncologiche e traduttrice DOZ, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Lettorato

Francesca Canicatti-Pedrocchi, laureata in traduzione ETI UNIGE, Solduno

### Immagine di copertina

Albrecht Dürer, Adamo ed Eva

### Illustrazioni

pp. 6, 7: Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna  
pp. 11, 12, 25, 55: Frank Geisler, illustratore scientifico, Berlino

### Fotografie

p. 4: Hetizia, Fotolia.com; p. 22: roboriginal, Fotolia.com;  
pp. 36, 76: iStockphoto; pp. 66, 82, 90: shutterstock

### Design

Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Stampa

Ast & Fischer SA, Wabern

Il testo originale è in tedesco. L'opuscolo è disponibile anche in francese.

© 2015, Lega svizzera contro il cancro, Berna

# Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Che cos'è il cancro?**
- 10 Cancro al seno**
  - 10 Mammella femminile e sua funzione
  - 13 Alterazioni benigne e noduli
  - 14 Tipi di cancro al seno
  - 19 Possibili cause e rischi
  - 21 Possibili disturbi e sintomi
- 23 Accertamenti e diagnosi**
  - 23 Primi accertamenti
  - 24 Ulteriori esami
  - 27 Stadi di malattia
  - 28 Classificazione TNM
  - 32 Diagnosi
- 37 Informazioni generali sulla terapia**
  - 37 Scelta terapeutica
  - 42 Intenti terapeutici
  - 43 Gestione degli effetti secondari
  - 45 Immagine di sé, procreazione e sessualità
- 51 Possibilità di trattamento del cancro al seno**
  - 51 Intervento chirurgico
  - 54 Asportazione dei linfonodi
  - 57 Radioterapia
  - 60 Terapie farmacologiche
  - 61 Chemioterapia con citostatici
  - 67 Terapia antiormonale
  - 72 Terapie mirate
- 77 Svolgimento della terapia**
  - 77 Trattamento del DCIS
  - 78 Terapia nello stadio iniziale e localmente avanzato
  - 79 Terapia nello stadio metastatico
  - 81 Trattamento della recidiva locale
  - 83 Terapia nell'ambito di uno studio clinico
- 84 Altre terapie**
  - 84 Protesi mammaria esterna e ricostruzione del seno
  - 85 Linfedema
  - 86 Terapia contro il dolore
  - 87 Medicina complementare
  - 88 Controlli periodici e riabilitazione
- 91 Dopo le terapie**
- 93 Consulenza e informazione**



# Cara lettrice, caro lettore

Una diagnosi di cancro è uno shock, sia per chi la riceve in prima persona, sia per i familiari e gli amici. Stravolge la quotidianità e cambia, da un momento all'altro, le prospettive di vita. Scatena una tempesta di sentimenti contrastanti di paura e di speranza. Suscita mille interrogativi.

L'opuscolo che ha fra le mani tratta dell'insorgenza, della diagnosi e della cura del cancro al seno. Ci auguriamo che tali conoscenze possano esserLe di aiuto nell'adattarsi ai cambiamenti imposti dalla malattia.

Vi sono diversi tipi di tumore al seno: è importante disporre di una diagnosi accurata del tipo di tumore per poter programmare il trattamento adeguato. Riceverà quindi una proposta terapeutica personalizzata.

Grazie ai progressi della medicina, le terapie per la cura del cancro al seno sono sempre più efficaci e meglio tollerate. Oggigiorno, nella maggior parte dei casi, il cancro

al seno è curabile se diagnosticato precocemente. Nei casi in cui il cancro al seno si trova già in uno stadio avanzato al momento della diagnosi, ossia in presenza di metastasi, spesso è possibile rallentare la progressione della malattia e lenirne i sintomi, nell'intento di salvaguardare la qualità di vita della paziente.

Anche i numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi pp. 96 sg.) vogliono contribuire a facilitarLe la convivenza con la malattia.

Chieda aiuto a chi Le sta vicino. Non esiti a rivolgersi alla Sua équipe curante e a usufruire dei servizi di sostegno disponibili (vedi pp. 95 sgg.).

Le auguriamo ogni bene!

*Lega contro il cancro*

## **Nota bene**

Il presente opuscolo tratta del carcinoma mammario nella donna. Anche gli uomini possono contrarre un tumore della mammella, ma con un tasso d'incidenza nettamente inferiore (vedi p. 21). Le terapie sono simili a quelle per il tumore della mammella femminile. Nella rubrica «Internet», a pagina 98, si possono trovare informazioni più approfondite sull'argomento.

# Che cos'è il cancro?

Un tumore o una neoplasia è un insieme di cellule anomale riunite in una massa di tessuto che può essere di natura benigna o maligna. Vi sono quindi tumori benigni e tumori maligni, mentre con la parola «cancro» ci si riferisce comunemente a un tumore maligno.

Esistono diversi tipi di cancro. Il cancro del seno o carcinoma mammario è un tumore maligno. Caratteristiche comuni a tutti i tipi di cancro sono:

- la proliferazione incontrollata delle cellule che li compongono (c), (d)
- l'attitudine delle cellule cancerose a infiltrarsi nei tessuti sani (a), (b) e a distruggerli
- la capacità delle cellule cancerose di formare nuovi focolai maligni (metastasi)

I tumori maligni che originano dagli epitelii (dai tessuti di rivestimento) della pelle, delle mucose o delle ghiandole sono chiamati «carcinomi». La mammella è una ghiandola. Ecco perché il cancro del seno è chiamato anche carcinoma mammario.

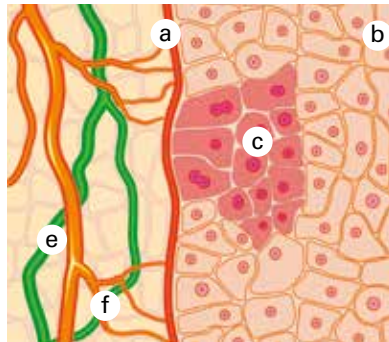
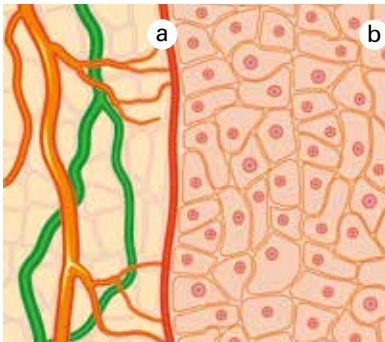
## Benigno o maligno?

I tumori benigni, crescendo, si limitano a comprimere i tessuti sani (c).

I tumori maligni (d), invece, hanno la capacità di infiltrarsi nei tessuti adiacenti e di distruggerli.

Inoltre, le cellule cancerose, per via sanguigna e/o linfatica (e), (f), possono raggiungere i linfonodi regionali e, con il progredire della malattia, anche organi distanti dal

## Come nasce un tumore



luogo di insorgenza del tumore ⑨, ⑩ e formare nuovi focolai maligni (metastasi).

In generale, è possibile stabilire l'origine delle metastasi. Le metastasi polmonari del carcinoma mammario, per esempio, sono diverse dal cancro del polmone.

I tumori formano nuovi vasi sanguigni per approvvigionarsi di sostanze nutritive ⑪.

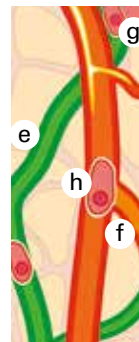
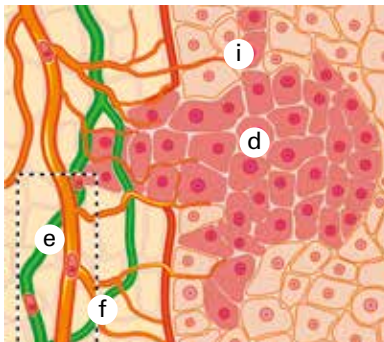
### Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi che formano il nostro corpo sono costituiti da milioni di cellule. Il nucleo cellulare racchiude il piano di costruzione dell'essere vivente: il patrimonio genetico (genoma) con i suoi cromosomi e geni; esso è composto da DNA (acido desossiribonucleico), il materiale portatore del messaggio genetico.

La divisione cellulare dà origine a nuove cellule, assicurando così il ricambio cellulare. Il patrimonio genetico può subire dei danni se, durante il processo di divisione cellulare, si verificano degli errori oppure per tante altre cause. Normalmente le cellule sono in grado di riconoscere e riparare i danni subiti oppure di programmare la propria morte. Tuttavia, può accadere che tali meccanismi falliscano e che le cellule danneggiate (mutate) riescano a moltiplicarsi liberamente. Tali cellule proliferano in modo incontrollato e si accumulano fino a formare un nodulo, un tumore.

### Dimensioni inimmaginabili

Un tumore con un diametro di un centimetro è costituito da milioni di cellule. Gli sono occorsi presumibilmente diversi anni per raggiungere tale grandezza. In altre



parole: un tumore non insorge dall'oggi al domani. La sua velocità di crescita può variare secondo il tipo di cancro.

### Cause

Le malattie oncologiche sono da ricondurre a mutazioni del patrimonio genetico delle cellule. Alcuni dei fattori che favoriscono tali mutazioni e che giocano un ruolo nell'insorgenza del cancro sono noti:

- il naturale processo d'invecchiamento,
- lo stile di vita (alimentazione poco equilibrata, attività fisica insufficiente, fumo, alcol ecc.),
- influssi esterni (p. es. virus, sostanze nocive, fumo, raggi UV),
- fattori ereditari risp. genetici.

Vi sono fattori di rischio influenzabili e fattori di rischio non influenzabili. Si stima che all'incirca un terzo delle malattie oncologiche potrebbero essere evitate eliminando fattori di rischio come il tabacco o l'alcol. Le altre malattie oncologiche sono da ricondurre a fattori di rischio non modificabili o sconosciuti.

In generale, sono molteplici i fattori che concorrono all'insorgenza del cancro. Nel caso singolo, invece, spesso non è possibile individuare con esattezza i fattori che hanno causato la malattia.

### Invecchiamento

Il naturale processo d'invecchiamento favorisce l'insorgenza di malattie oncologiche. La maggior parte dei tipi di cancro sono tanto più frequenti quanto più avanzata è l'età. Suppergiù il 90 per cento delle malattie oncologiche insorgono in persone che hanno superato i 50 anni di età.

Di norma, la divisione cellulare e i meccanismi di riparazione si svolgono correttamente. Ciononostante, con il tempo e l'avanzare dell'età, si accumulano gli errori nel patrimonio genetico che potrebbero dare origine a una malattia oncologica. Con l'età aumenta quindi il rischio di ammalarsi di cancro. Poiché nella nostra società l'aspettativa media di vita è in aumento, si assiste a un incremento dei casi di cancro.

### Stile di vita

Lo stile di vita è modificabile. In altre parole, è possibile modificare le proprie abitudini in fatto di fumo, alcol, alimentazione e movimento. Vivendo in modo sano, si può quindi ridurre il proprio rischio di ammalarsi di alcuni tipi di cancro.

### Influssi esterni

A taluni influssi esterni, come per esempio le polveri fini, siamo esposti involontariamente. Le nostre possibilità di mettercene al



riparo sono assai limitate. Da tal altri influssi esterni, invece, possiamo salvaguardarci, per esempio attraverso la protezione solare contro i raggi UV o le vaccinazioni contro i virus che favoriscono l'insorgenza del cancro.

### Fattori genetici

Si stima che da cinque a dieci pazienti oncologici su cento presentano un'alterazione del patrimonio genetico che accresce il rischio di contrarre il cancro e la cui natura ereditaria può essere accertata. In tali casi si parla di tumori «ereditari». Le persone con una presunta o accertata predisposizione al cancro dovrebbero poter beneficiare di una consulenza genetica. Non è possibile influire sulla predisposizione stessa, ma alcuni tipi di cancro possono essere diagnosticati precocemente oppure prevenuti con misure profilattiche. In alcune famiglie il cancro del seno, per esempio, ricorre con maggiore frequenza che in altre.

Per saperne di più legga il capitolo «Possibili cause e rischi» (vedi p. 19) e l'opuscolo intitolato «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 97).

### Perché io?

È possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. Forse si domanda fra l'altro: «Che cosa ho sbagliato?» È più che normale porsi tali interrogativi

ed essere colti dallo sgomento o dalla rabbia. Le cause che portano all'insorgenza di una malattia oncologica sono molto complesse e difficili da capire anche per gli specialisti.

Nessuno può mettersi completamente al riparo dal cancro. Possono ammalarsi di cancro sia le persone che conducono una vita sana, sia le persone con comportamenti a rischio. Inoltre, di cancro ci si può ammalare a qualsiasi età. Che una persona si ammali di cancro oppure no, in parte, è anche una questione di casualità o di destino. In ogni caso, una diagnosi di cancro comporta indiscutibilmente un carico emotivo importante.

L'opuscolo intitolato «Quando anche l'anima soffre» (vedi p. 96) della Lega contro il cancro si sofferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possibili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

# Cancro al seno

Il cancro al seno è una malattia tumorale maligna della mammella. Alcune cellule del tessuto mammario possono subire un'alterazione patologica e moltiplicarsi in modo incontrollato dando origine a un tumore (chiamato anche neoplasia).

## Mammella femminile e sua funzione

Il seno è una ghiandola la cui funzione principale consiste nella produzione del latte materno dopo la nascita di un bimbo. La «ghiandola mammaria», qui di seguito chiamata «seno», è costituita di tessuto ghiandolare, adiposo e connettivo.

Il seno fa parte delle cosiddette caratteristiche sessuali *secondarie* che, contrariamente a quelle *primarie*, non sono indispensabili per la procreazione.

Il muscolo pettorale è posto dietro il seno e lo separa dalla parete toracica. La mammella stessa è priva di tessuto muscolare.

La grandezza e la forma della mammella femminile sono determinate principalmente dal tessuto adiposo e connettivo. Il tenore di grasso e di tessuto connettivo varia da donna a donna. Anche il capezzolo e l'areola sono caratteristiche individuali.

## Lobuli e dotti galattiferi (o lattiferi)

Il tessuto mammario è percorso da un sistema di lobuli e da 15–20 dotti galattiferi (lat. ductuli). Più lobuli uniti fra loro formano i lobi i cui dotti galattiferi convergono al capezzolo. Dopo il parto, i lobuli producono il latte materno.

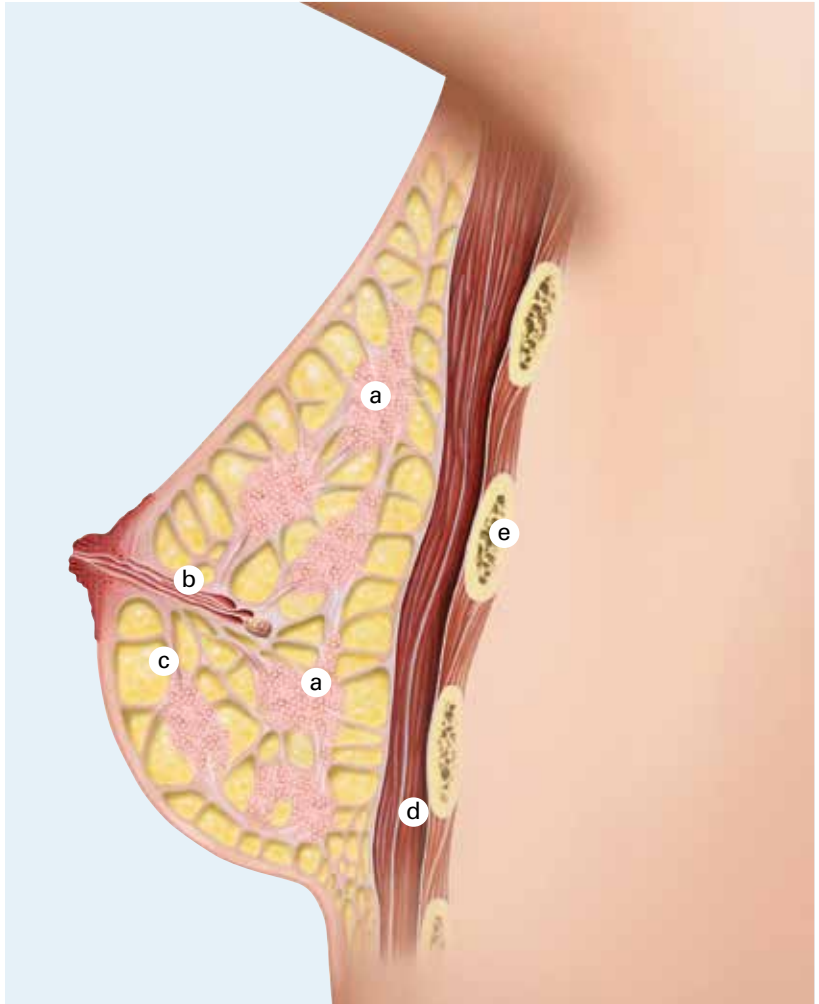
Visti dal davanti, i dotti galattiferi sono disposti a stella (vedi immagine a p. 12). La «stella» è però un po' irregolare, poiché il quadrante superiore esterno (vicino all'ascella) è più ricco di tessuto ghiandolare. Pressappoco la metà dei tumori mammari sono localizzati in questo quadrante.

## Vasi sanguigni e vasi linfatici

Dalla zona ascellare e da quella sternale proviene il sangue che irrorerà la mammella e la rifornisce di sostanze nutritive e di ormoni.

Inoltre, la mammella è dotata di una vascolarizzazione linfatica. I vasi linfatici convogliano la linfa che scorre al loro interno principalmente verso le cavità ascellari e, in misura minore, verso la zona clavicolare e sternale.

Strada facendo, la linfa raccoglie, fra l'altro, cellule morte e degenerate nonché agenti patogeni, ossia le «sostanze di scarto» del corpo. Nelle stazioni linfonodali, con l'aiuto dei linfociti (globuli bian-



### Mammella femminile

**a** Il seno è un insieme di strutture ghiandolari, chiamate lobuli, unite fra loro a formare un lobo.

**b** Dotti galattofori (o lattiferi)

**c** Tessuto adiposo e connettivo

**d** Muscolo pettorale

**e** Costole

chi), avviene lo «smaltimento» delle sostanze di scarto che sono decomposte ed eliminate. Il sistema linfatico è parte integrante del sistema immunitario e contribuisce alla difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie, prevenendole o combattendole.

Nelle cavità ascellari, nelle aree sopra e sottoclavicolari e in altre zone si trovano gruppi linfonodali più grandi. Se i linfonodi non riescono a eliminare le cellule ma-

line, queste si raccolgono nei gruppi linfonodali. Così si formano metastasi linfonodali che, con il tempo, diventano palpabili.

### **Simbolo di femminilità**

Per la donna (e per l'uomo) il seno è una parte del corpo molto importante. Il seno caratterizza l'aspetto di una persona, simboleggia la femminilità, la maternità, l'eroticismo, la sessualità e la seduzione. Il seno è molto sensibile al tatto e, quindi, gioca un ruolo importan-



### **Visione frontale del seno**

Mammella con vasi linfatici e linfonodi (in verde), lobuli (in rosa), tessuto adiposo e connettivo (in giallo) e dotti galattofori o lattiferi (accennati in rosso).

te nei rapporti intimi. Inoltre il seno svolge una funzione biologica e rafforza il legame tra la madre e il neonato durante l'allattamento.

Ciò spiega perché una diagnosi di cancro al seno mette in allarme la donna non solo perché rappresenta una seria minaccia alla sua salute, ma anche perché ne ferisce l'identità femminile e tutto ciò che essa rappresenta per lei.

## Alterazioni benigne e noduli

Il seno di una donna cambia nel corso della vita. È sensibile ai cambiamenti ormonali durante il ciclo mestruale, la gravidanza, l'allattamento e il climaterio, ossia negli anni in cui avviene il passaggio alla menopausa. La menopausa inizia al termine del ciclo mestruale e dell'età fertile. Di solito, durante il climaterio il ciclo mestruale è irregolare. Quando cessano le mestruazioni, la donna entra in età menopausale.

Gli ormoni sessuali possono stimolare l'irrorazione sanguigna della mammella e, di conseguenza, provocare un accumulo di liquidi nel tessuto mammario. Quando ciò avviene, la donna percepisce una sensazione di tensione al seno. I vasi sanguigni si dilatano e il seno diventa più turgido anche

quando la donna si trova in stato di eccitazione sessuale.

Con l'avanzare dell'età, il tessuto mammario ghiandolare e connettivo si rarefa, mentre il tessuto adiposo aumenta.

Tali cambiamenti sono tangibili e possono destare preoccupazione o persino ansia nella donna.

### Noduli palpabili

Tre su quattro noduli o alterazioni palpabili nel seno sono di natura benigna. Vi sono tumori mammari benigni e tumori mammari maligni che crescono sotto l'influsso di ormoni sessuali.

Tali noduli o alterazioni possono scomparire altrettanto rapidamente di come sono apparsi. Tuttavia, si raccomanda di consultare un medico in caso di alterazioni palpabili del seno o di disturbi.

### Cisti

Le cisti nel seno sono abbastanza frequenti, specialmente nel climaterio. Si tratta di accumuli di secrezioni ghiandolari nei lobuli. Una ciste si forma quando il dotto escretore di un lobulo è occluso.

Le cisti sono ben identificabili all'ecografia. Oggigiorno, di norma non si procede più alla puntura (allo svuotamento) o all'escis-

sione di una ciste, a meno che non crei fastidio, dolore o che cresca a una velocità che dà adito a sospetti.

### Fibroadenomi, lipomi

I fibroadenomi sono tumori benigni formati da tessuto connettivo o ghiandolare. Sono diffusi soprattutto nelle donne giovani. I lipomi sono tumori benigni formati da tessuto adiposo.

In generale, i fibroadenomi e i lipomi sono facilmente palpabili. A dipendenza della loro grandezza, sono anche visibili e si presentano come un rigonfiamento sotto la pelle. Sono ben delimitati e mobili.

A volte provocano una sensazione di tensione al seno. Di solito, tuttavia, non causano dolori. I lipomi non rappresentano un fattore di rischio per il cancro del seno. I fibroadenomi degenerano molto raramente in un tumore maligno.

### Mastopatia

La mastopatia (dal gr. *mastos* = mammella, *páthos* = sofferenza) è un'alterazione nodulare benigna del tessuto mammario ghiandolare e connettivo. Si presume che una possibile causa della mastopatia risieda in un cambiamento dell'equilibrio ormonale tra estrogeni e progesterone.

All'incirca una donna su due, nel corso della propria vita, prima o poi, sviluppa una mastopatia più o meno grave. La mastopatia può essere dolorosa, specialmente nei giorni che precedono le mestruazioni, e può essere accompagnata da secrezioni dal capezzolo.

Sono i disturbi che provoca a determinare l'eventuale necessità di un trattamento.

Nel periodo perimenopausale, caratterizzato da un calo degli estrogeni, di solito, la mastopatia si risolve spontaneamente, salvo in caso di assunzione di una terapia sostitutiva a base di estrogeni.

A dipendenza della gravità e del tipo di mastopatia, il rischio di sviluppare un cancro al seno è leggermente aumentato. Pertanto si raccomandano periodici controlli medici.

## Tipi di cancro al seno

Il cancro al seno può formarsi in diversi punti della mammella. Nella maggior parte dei casi, la malattia si sviluppa nei dotti lattiferi o nei lobuli. A dipendenza del suo luogo d'insorgenza, il cancro al seno è chiamato in modo diverso.

I vari modi di designare un cancro al seno non sono determinati

solo dal tipo di cellule dalle quali ha preso origine, ma anche dalla sua attitudine a invadere i tessuti adiacenti o a metastatizzare, vale a dire dalla sua pericolosità e dalle sue caratteristiche biologiche.

Tali aspetti saranno approfonditi nel capitolo «Accertamenti e diagnosi» da pagina 23.

### **Duttale? Lobulare?**

- I carcinomi *duttali* originano dalle cellule dei dotti lattiferi e rappresentano l'80 per cento circa di tutti i carcinomi mammari.
- I carcinomi *lobulari* originano dalle cellule dei lobuli e rappresentano il 5–15 per cento di tutti i carcinomi mammari.

Inoltre, vi sono altri tipi più rari di cancro al seno (vedi p. 18).

### **In situ? Invasivo?**

- Le forme iniziali di tumore sono dette anche precancerose. Un carcinoma in situ non è ancora considerato un cancro nel senso stretto del termine. Le cellule tumorali possono rimanere «in situ», cioè non estendersi nel tessuto circostante o in altre parti del corpo, come possono invece trasformarsi in un carcinoma mammario invasivo. Di soli-

to occorrono anni perché ciò avvenga.

- I carcinomi *invasivi* spesso nascono in un punto preciso («in situ»), per poi infiltrarsi nei tessuti adiacenti. Fin dallo stadio iniziale della malattia, le cellule che costituiscono i carcinomi invasivi possono diffondersi in altre parti del corpo, attraverso il flusso linfatico e sanguigno, e formare metastasi.

### **Carcinomi in situ – precancerosi**

#### **DCIS: carcinoma duttale in situ**

I carcinomi duttali in situ (DCIS) rappresentano fino al 20 per cento delle prime diagnosi di cancro al seno. Si tratta di precancerosi che si sviluppano all'interno dei dotti lattiferi e sono a essi circoscritti («in situ»). I DCIS sono detti anche «lesioni neoplastiche intraduttali o pre-invasive».

L'incidenza di DCIS, ossia il numero di nuovi casi in un determinato lasso di tempo, varia da nazione a nazione e dipende sostanzialmente dalla presenza o dall'assenza di un programma di diagnosi precoce.

Nella maggior parte dei casi, i DCIS non sono percepibili al tatto e spesso non sono individuabili alla mammografia o all'ecografia mammaria (esame con gli ultrasuoni). Può esserci peraltro un DCIS quando

nella mammografia sono presenti piccoli accumuli di calcio (microcalcificazioni; vedi riquadro). Non tutte le microcalcificazioni sono comunque un DCIS e molte donne sviluppano con l'età calcificazioni benigne.

Le cellule tumorali che si sono sviluppate all'interno dei dotti lattiferi possono rimanere per lungo tempo «in situ», senza estendersi al di fuori del dotto nel tessuto circostante o in altre parti del corpo. Ciò nonostante si parla anche in questi casi di cancro al seno. Secondo i punti di vista, ciò non è del tutto corretto o è perlomeno contestabile.

Tuttavia: possono essere affetti da un DCIS più dotti lattiferi alla volta e il DCIS può manifestarsi con gra-

di di aggressività diversi, ossia con un rischio più o meno alto di trasformarsi in un carcinoma invasivo. Inoltre, la presenza di un DCIS in una mammella aumenta in modo significativo il rischio che essa sia interessata da un carcinoma invasivo in futuro.

#### Potenziale crescita invasiva

Un DCIS può restare circoscritto al dotto, può però anche estendersi al di fuori del dotto dando origine a un carcinoma duttale invasivo (IDC, vedi p. 17). Quando ciò accade, la diagnosi del DCIS può risalire ad alcuni anni, a volte a 10 o a 20 anni prima.

Si stima che tra il 14 e il 60 per cento delle donne con un DCIS svilupperanno un carcinoma invasivo, più tardi nella loro vita. I da-

#### Microcalcificazioni nel seno

I depositi di sali di calcio che si formano all'interno dei dotti galattiferi della mammella (microcalcificazioni) sono spesso correlati con alterazioni benigne del tessuto mammario e perlopiù innocui.

Tuttavia, la forma e la distribuzione delle microcalcificazioni consentono di trarre indicazioni sulla possibile presenza di una precancerosi o di un carcinoma mammario.

In caso di microcalcificazioni sospette è necessario eseguire indagini più approfondite.



ti scientifici finora disponibili non consentono stime più precise.

### Neoplasia lobulare (LN)

Una neoplasia lobulare è una formazione patologica di nuove cellule, perlopiù cancerose, localizzata nei lobuli mammari. Non è considerata un carcinoma pre-invasivo, perciò, di solito, non richiede l'escissione locale del tumore e di un ampio margine di tessuto circostante, né altre terapie.

Tuttavia, in presenza di una neoplasia lobulare, il rischio che più tardi si sviluppi un tumore invasivo è maggiore per entrambe le mammelle e si raccomanda alle donne interessate di sottoporsi a una mammografia tutti gli anni.

### Neoplasia lobulare (LN) del sottotipo pleomorfo

Si tratta di una particolare forma di neoplasia lobulare (LN) che si sviluppa nella zona di transizione tra i lobuli e i dotti lattiferi. Tale forma speciale di neoplasia lobulare rappresenta meno del cinque per cento dei carcinomi in situ, è considerata una precancerosi ed è trattata alla stessa stregua di un DCIS (vedi p. 77).

### Tipi più frequenti di tumore al seno

#### Carcinoma duttale invasivo (IDC)

È di gran lunga il tipo di tumore al seno più diagnosticato: rappresenta, infatti, all'incirca il 70 per cento di tutti i tumori mammari.

Il carcinoma duttale invasivo origina dalle cellule dei dotti galattofori. La sua attitudine invasiva determina la tendenza delle cellule cancerose a superare la parete del dotto galattoforo, a formare noduli e a infiltrare i tessuti adiacenti.

A partire da una certa grandezza (ca. 0,5 cm), i noduli sono generalmente individuabili alla mammografia e all'ecografia (vedi pp. 23 sgg.). Più tardi (a partire da un centimetro ca.) sono anche palpabili. Di norma, occorrono diversi anni finché un nodulo sia percepibile al tatto.

#### Carcinoma lobulare invasivo (ILC)

Il carcinoma lobulare invasivo origina dalle cellule dei lobuli mammari. Rappresenta il 10-15 per cento di tutti i tumori mammari. Si ammalano di tale forma di cancro al seno specialmente le donne con un tessuto connettivo mammario denso. Il carcinoma lobulare invasivo spesso non è facilmente identificabile alla mammografia e deve raggiungere una grandezza di circa due centimetri prima di diventare palpabile.

In confronto all'IDC, l'ILC ha una maggiore tendenza a interessare entrambi i seni o più di una zona dello stesso seno. Quando vi è più di un focolaio di malattia nello stesso seno, l'ILC è detto multifocale/multicentrico.

### Altri tipi di cancro al seno

Sono rari; a volte, si manifestano in concomitanza con le precancerosi e i carcinomi invasivi menzionati in precedenza e presentano un comportamento più o meno aggressivo, per esempio, per quanto concerne la loro velocità di crescita. Ne fanno parte, fra l'altro:

- il carcinoma *tubulare*, chiamato così perché le cellule tumorali appaiono di forma tubulare al microscopio,
- il carcinoma *mucinoso*, chiamato così perché le cellule tumorali appaiono al microscopio circondate da muco,
- il carcinoma *midollare*, che è infiltrato di linfociti (globuli bianchi),
- il carcinoma *infiammatorio*: si parla di un carcinoma infiammatorio allorché il seno manifesta segni d'infiammazione quali rossore e calore. Possono comparire dei rilievi, dei solchi e delle alterazioni simili a cicatrici sulla pelle oppure il seno può avere un aspetto simile alla buccia di un'arancia. La diagnosi può essere difficile perché i sintomi sono

simili alla mastite, una malattia infiammatoria benigna della mammella.

- La malattia di *Paget*: anche questa è una forma rara di tumore al seno; ha preso il nome da James Paget che l'ha scoperta. Si manifesta con un'eruzione cutanea: il sintomo più comune è una desquamazione arrossata che coinvolge il capezzolo e può estendersi all'areola. La malattia di Paget è spesso associata a un DCIS o, in casi più rari, a un carcinoma mammario invasivo.

### Sottotipi di cancro al seno

Al di là della definizione del tipo di cancro al seno, per una diagnosi precisa occorre individuare ulteriori caratteristiche. Le caratteristiche specifiche di un tumore e la loro combinazione consentono di distinguere dei sottotipi di cancro al seno. Essi determinano la scelta terapeutica, specialmente la scelta della terapia farmacologica.

Approfondiremo questo argomento al capitolo «Accertamenti e diagnosi» a partire da pagina 23.

## Possibili cause e rischi

A tutt'oggi non si sa ancora con chiarezza perché ci si ammala di cancro al seno. Di conseguenza non si sa neppure come prevenire tale malattia.

Vi sono fattori e circostanze di vita che possono aumentare il rischio di contrarre un cancro al seno. La maggior parte di tali fattori non sono influenzabili.

Chi si ammala di cancro non ha quindi nessun motivo per colpevolizzarsi.

### Possibili fattori di rischio non influenzabili

- Età superiore ai 50 anni: quattro su cinque pazienti affette da un cancro al seno hanno più di 50 anni.
- Familiarità: si parla di familiarità quando una o più parenti di primo grado (madre, sorella, figlia) si sono ammalate di cancro al seno.
- Predisposizione ereditaria: soltanto in una minoranza delle pazienti appartenenti a una famiglia con uno o più casi di cancro si può presupporre o dimostrare che sono portatrici di una mutazione genetica che le ha predisposte a sviluppare la malattia (vedi sottocapitolo «Cancro al seno ereditario»).

- Prolungata esposizione all'azione degli estrogeni, per esempio, a causa di un menarca precoce (primo ciclo mestruale), di una menopausa tardiva (ultimo ciclo mestruale), dell'assenza di figli (nulliparità) o di una maternità tardiva (oltre i 30 anni).
- Radioterapia del torace in giovane età, ad esempio, per la cura di un linfoma di Hodgkin (malattia delle ghiandole linfatiche).

### Possibili fattori di rischio influenzabili

- Pluriennale terapia ormonale sostitutiva combinata (sommministrazione congiunta di estrogeni e progestinici) nel climaterio e in menopausa.
- Sovrappeso, soprattutto in età menopausale, poiché la produzione di estrogeni avviene in piccola parte anche nel tessuto adiposo e non solo nelle ovaie.
- Consumo eccessivo e regolare di alcol, fumo, alimentazione ricca di grassi e carenza di movimento.

### Cancro al seno ereditario

All'incirca il dieci per cento delle donne malate di cancro al seno presenta una predisposizione ereditaria genetica. Nella metà di questi casi di cancro al seno ereditario, la causa risiede in un'alterazione (mutazione) del gene ad

alto rischio BRCA1 e/o BRCA2 (dall'ingl. *BR*east-*C*Ancer). L'accerimento di mutazioni BRCA è possibile unicamente attraverso un test genetico.

Il cancro al seno ereditario non è da confondere con la presenza di più casi di cancro al seno nella stessa famiglia. Nel caso del cancro al seno ereditario un difetto genetico (mutazione BRCA) è ereditato dal padre o dalla madre e può essere trasmesso ai figli.

Le donne portatrici di una mutazione BRCA presentano un rischio nettamente più alto di ammalarsi di un carcinoma mammario o di un carcinoma ovarico. Tale rischio può superare dell'85 per cento risp. del 60 per cento quello di una donna non portatrice di una mutazione BRCA.

Le donne portatrici della mutazione spesso sviluppano un carcinoma mammario in entrambe le mammelle e si ammalano già in età premenopausale. In tali famiglie, anche gli uomini presentano un rischio più alto di ammalarsi di cancro, specialmente di carcinoma mammario, prostatico e intestinale. Quando è riconducibile a una mutazione BRCA, il cancro al seno è di solito caratterizzato da una crescita invasiva e da un comportamento più aggressivo.

Alle donne che presentano un rischio molto elevato di sviluppare un tumore mammario per familiarità e/o perché portatrici di una mutazione BRCA si raccomanda di seguire un apposito programma di diagnosi precoce dai 25 anni in poi. Inoltre, nel quadro di una consulenza genetica, può entrare in considerazione la pianificazione di un intervento chirurgico preventivo.

L'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 97) e la scheda informativa «Rischio familiare di cancro del seno e dell'ovaia» (vedi p. 98) trattano in modo più approfondito tali aspetti e Le consentono di valutare se una consulenza genetica sarebbe opportuna per Lei e per i Suoi familiari, e quali conseguenze potrebbe comportare un eventuale test genetico. La decisione di sottoporsi a un test genetico oppure no è strettamente personale, spetta unicamente a Lei e presuppone che Lei abbia potuto usufruire prima di una consulenza genetica oncologica e che abbia avuto tempo sufficiente per riflettervi.

### **Cancro al seno: la malattia oncologica più frequente nella donna**

In Svizzera, ogni anno, circa 5400 donne si ammalano di cancro al seno. La loro età al momento della diagnosi supera i 70 anni in oltre il 30 per cento dei casi, è compre-

sa tra 50 e 69 anni nella metà circa dei casi, è inferiore ai 50 anni nel 20 per cento dei casi.

### **Carcinoma mammario nell'uomo**

Anche gli uomini possono ammalarsi di un tumore mammario. In Svizzera, ogni anno, circa 40 uomini ricevono questa diagnosi. Il presente opuscolo non si addentra nella problematica specifica del cosiddetto tumore mammario maschile. Al capitolo «Consulenza e informazione» (vedi p. 93) sono indicate fonti d'informazione per gli uomini interessati da questa malattia.

### **Possibili disturbi e sintomi**

Per lungo tempo, il cancro al seno non provoca alcun sintomo. Al momento della diagnosi, la maggior parte delle donne si sente in salute e non accusa alcun disturbo. Di solito, i segni e i sintomi della malattia incominciano a manifestarsi solo a partire dal momento in cui il tumore diventa palpabile, ossia una volta che ha raggiunto un diametro di circa un centimetro. A dipendenza del tipo di cancro al seno, possono trascorrere diversi anni prima che il tumore raggiunga tali dimensioni.

Possibili sintomi sono ...

- ... un nodulo, di solito non dolente, nel seno.
- ... alterazioni della pelle: infiammazione improvvisa, arrossamento della cute, pelle a buccia d'arancia.
- ... un'introflessione del capezzolo, una protuberanza o un ispessimento nell'area situata dietro il capezzolo.
- ... un'infiammazione del capezzolo.
- ... una differenza di grandezza delle mammelle, mai notata prima.
- ... una secrezione improvvisa dal capezzolo (indipendente da gravidanza o allattamento), eventualmente frammista a sangue.
- ... linfonodi ingrossati nell'ascella, sotto la clavicola o lateralmente allo sterno.
- ... un'inspiegabile perdita di peso.

Tali disturbi possono essere legati anche ad altre malattie, meno gravi, o al ciclo mestruale. Tuttavia, devono in ogni caso essere segnalati a un medico, specialmente se il rischio di ammalarsi di cancro al seno è aumentato.



# Accertamenti e diagnosi

Nella maggior parte dei casi, è la donna stessa ad accorgersi di avere un nodulo al seno. Altrimenti il cancro al seno è diagnosticato nell'ambito di una visita di controllo dal ginecologo o dal medico di famiglia oppure nel quadro di un programma organizzato di diagnosi precoce (screening mammografico).

## Primi accertamenti

In caso di alterazioni del seno o di disturbi e sintomi che danno adito al sospetto di un tumore al seno, è previsto il seguente iter diagnostico:

- anamnesi (dal gr. *anamnesis* = reminiscenza, ricordo): indagine conoscitiva che il medico conduce interrogando la sui disturbi e sui sintomi che accusa, sulle Sue abitudini e condizioni di vita, sugli antecedenti familiari di malattia ecc.;
- palpazione esplorativa del seno, delle ascelle nonché della zona clavicolare e sternale. La valutazione tattile di un nodulo fornisce già i primi indizi;
- mammografia;
- ecografia mammaria;
- determinazione dello stato menopausale: il medico chiarisce se Lei è in premenopausa, se si trova nel periodo di tran-

sizione chiamato climaterio o se è in menopausa.

## Mammografia

La mammografia è una radiografia del seno che consente di individuare la maggior parte delle alterazioni patologiche. Evidenziando eventuali microcalcificazioni, consente inoltre di individuare *indirettamente* anche piccole alterazioni patologiche non ancora palpabili e fornisce indizi sull'eventuale presenza di precancerosi (vedi p. 16).

Ogni seno è radiografato almeno due volte, da angolazioni diverse. L'esame può essere sgradevole e un po' doloroso poiché ogni seno è compresso tra due lastre.

Grazie al progresso tecnologico, la dose di radiazioni è molto diminuita e la qualità nonché la specificità diagnostica delle immagini sono sensibilmente migliorate. Oggigiorno la lettura delle immagini mammografiche avviene allo schermo.

Per informazioni sullo screening mammografico e sulla diagnosi precoce rinviamo a [www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch) → prevenzione → diagnosi precoce → per le donne. Voglia notare pure gli opuscoli della Lega contro il cancro sull'argomento a pagina 96 e il sito Internet del National Cancer Institute americano (vedi «Internet», p. 98).

### **Ecografia mammaria (ultrasonografia o sonografia: esame agli ultrasuoni del seno)**

L'ecografia può completare la mammografia. Essa evidenzia con maggiore chiarezza noduli benigni (p. es. cisti) o linfonodi ascellari sospetti, anche quelli non ancora palpabili.

L'ecografo non emana raggi di nessun tipo. L'ecografia può perciò essere ripetuta. Tale aspetto è importante per le donne che presentano un elevato rischio di ammalarsi di cancro al seno.

### **Galattografia**

La galattografia è un'indagine radiografica contrastografica che evidenzia i dotti della ghiandola mammaria. È eseguita con un mammografo. Può essere indicata in presenza di secrezioni dal capezzolo. Il mezzo di contrasto è iniettato con un ago a punta smussa posizionato nel dotto escretore situato nel centro del capezzolo.

## **Ulteriori esami**

Gli accertamenti descritti, di solito, consentono già di valutare se si è o potrebbe essere in presenza di un tumore mammario oppure no. Essi non forniscono, però, sufficienti indizi per poter valutare l'estensione della malattia. Perciò sono necessari ulteriori esami.

Se le prime indagini diagnostiche effettuate inducono a presumere che ci si trovi di fronte a un tumore di natura benigna, la decisione se procedere subito a ulteriori esami (p. es. a una risonanza magnetica o a una biopsia) dipende dal rischio individuale di ammalarsi di cancro al seno, dal bisogno, più o meno marcato, del singolo di avere delle certezze, dalla personalità e dalla filosofia di vita individuali.

Un'alternativa a ulteriori esami sarebbe, per esempio, una mammografia/un'ecografia di confronto, con conseguente rivalutazione, dopo sei mesi.

### **Risonanza magnetica (RM)**

Tale tecnica diagnostica per immagini con mezzo di contrasto può rendersi necessaria, per esempio, dopo un intervento chirurgico al seno, a complemento di una mammografia o di un'ecografia.

La risonanza magnetica (in ingl. *Magnet Resonance Imaging*, MRI) fornisce immagini molto dettagliate del tessuto mammario e di sue eventuali alterazioni. Essa evidenzia peraltro anche alterazioni non dovute a una malattia oncologica (falso allarme). Pertanto possono rendersi necessari ulteriori accertamenti a conferma o a smentita dell'esito della risonanza magnetica.

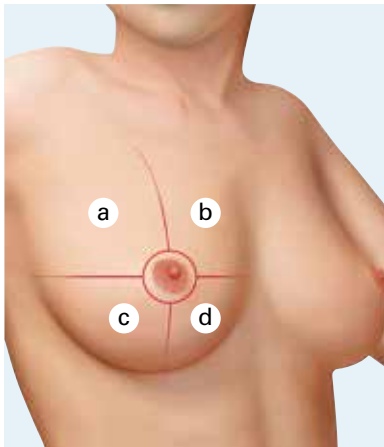


### Localizzazione del tumore

Per definire la localizzazione di un tumore mammario, la mammella è suddivisa in quattro aree, chiamate quadranti.

Oltre la metà dei tumori mammari si sviluppano nel quadrante superiore esterno ①. Ciò è dovuto al fatto che in tale quadrante è concentrato il maggiore volume di tessuto ghiandolare.

Gli altri tumori mammari interessano in parti quasi uguali il quadrante superiore interno ② e il quadrante inferiore esterno ③ e, un po' meno spesso, il quadrante inferiore interno ④ nonché il capezzolo e l'areola.



**Suddivisione ideale del seno in quadranti**

### Multifocale, multicentrico

Il carcinoma mammario è definito *multifocale* in presenza di diversi focolai di malattia in uno stesso quadrante, mentre è designato come *multicentrico* quando vi sono focolai di malattia in più quadranti.

### Biopsia (prelievo di tessuto)

È solo prelevando un campione di tessuto che si può accertare l'eventuale presenza di cellule cancerose. In caso di sospetto carcinoma mammario, si effettua pertanto una biopsia. Se nel tessuto prelevato si trovano cellule cancerose, queste sono sottoposte ad analisi mirate per individuarne le caratteristiche biologiche.

Oggigiorno le biopsie sono effettuate in combinazione con tecniche di diagnostica per immagini (ecografia, RM) e in regime ambulatoriale, ossia senza bisogno di ricovero ospedaliero. La sede di prelievo del campione biotico è documentata con precisione. Ciò è importante in vista di un eventuale intervento chirurgico successivo.

### Ago biopsia

L'ago biopsia è la tecnica biotica maggiormente usata ed è considerata una procedura medica standard. Sotto anestesia locale, si effettuano prelievi mirati dalle zone di tessuto alterate, individuabili all'ecografia. Pur essendo piccoli,

i campioni bioptici consentono di stabilire una diagnosi corretta.

### Biopsia vacuum assistita sotto controllo radiografico (= stereotattico)

Di solito, tale metodo è applicato in un centro specializzato. Si tratta di una tecnica comunemente utilizzata per investigare microcalcificazioni o esiti visibili solo alla mammografia.

Con uno speciale ago cavo, rotante, il tessuto sospetto è aspirato utilizzando la tecnica del vacuum, in anestesia locale e sotto controllo mammografico o stereotattico, ossia attraverso un computer che consente di ottenere un'immagine tridimensionale.

### Biopsia vacuum assistita sotto controllo ecografico

In casi particolari, con questa tecnica si possono rimuovere completamente, in sede di biopsia e sotto controllo ecografico, esiti benigni come, per esempio, fibroadenomi molesti. I fibroadenomi possono così essere asportati praticando una sola incisione.

### Biopsia all'ago fine

Tale tecnica bioptica è applicata quando non sussiste il sospetto di un tumore maligno oppure quando la diagnosi di cancro al seno è già stata formulata. La biopsia all'ago fine può essere effettuata senza

anestesia locale e non lascia cicatrici. In generale, non è indicata come prima indagine in caso di sospetto carcinoma mammario.

### Esame del tessuto tumorale

Il tessuto prelevato è esaminato mediante vari procedimenti. La preparazione dei campioni bioptici per i vari esami specifici – come, per esempio, la loro colorazione – richiede tempo. Occorrono perciò diversi giorni prima di ottenere i risultati di tutti gli esami. Solo a quel punto è possibile stabilire definitivamente se si tratta di una lesione benigna o maligna.

### Benigno? Precancerosi? Maligno?

La valutazione del tessuto è descritta come segue:

- B1** tessuto normale
- B2** lesione benigna
- B3** lesione benigna, ma con incerto potenziale biologico (ev. precancerosi)
- B4** sospetto per malignità (ev. precancerosi)
- B5** lesione maligna

I campioni bioptici sono sottoposti a ulteriori esami allo scopo di determinare le caratteristiche del tumore mammario (vedi pp. 32 sgg.) che consentono, a loro volta, di valutare il grado di aggressività del tumore e di pianificare la terapia.

### Ulteriori esami diagnostici per immagini

Se la malattia ha intaccato i linfonodi ascellari o se si sospettano metastasi in altri organi, in base all'esito degli esami già effettuati possono rendersi necessari ulteriori esami, da effettuare prima di un'eventuale chemioterapia.

Se già prima dell'intervento chirurgico si sa che vi sono metastasi, si opera una scelta terapeutica che ne tiene conto.

La scintigrafia ossea consente di individuare metastasi allo scheletro. Si tratta di un'indagine diagnostica per immagini di medicina nucleare che rileva focolai di elevata attività metabolica nelle ossa. Le cellule tumorali tendono a essere più attive rispetto a quelle normali. Ecografia/TC (tomografia computerizzata) e radiografia possono essere utilizzate per individuare metastasi rispettivamente al fegato e al polmone. In caso di esiti incerti e di sospette metastasi cerebrali, si può ricorrere a una tomografia a risonanza magnetica, rispettivamente a una tomografia computerizzata.

Un altro strumento diagnostico per l'individuazione di metastasi è la PET/TC che consente di esplorare l'intero organismo integrando due tecnologie: la tomografia a emissione di positroni (PET) e la tomografia computerizzata (TC). In questo modo è possibile distinguere sia tipi di tessuto (ossa, linfonodi ecc.) sia processi metabolici diversi. La PET/TC è utile per indagini particolari.

### Stadi di malattia

I risultati dei vari esami consentono di valutare fino a un certo punto la gravità della malattia e di determinare in quale stadio della sua evoluzione essa si trova. Tale processo è chiamato classificazione e stadiazione (in ingl. *staging*). Insieme ad altri fattori, determina l'iter terapeutico.

Le pagine seguenti trattano in termini generali della classificazione.

## Classificazione TNM

Per descrivere l'estensione anatomica della malattia, rispettivamente per definirne la gravità, si applica il sistema di classificazione TNM stabilito dall'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC).

La tabella seguente riproduce una classificazione TNM *provvisoria*. La classificazione completa e definitiva è possibile, di solito, solo dopo l'intervento chirurgico di asportazione del tumore al seno. A questo punto, il referto è preceduto da una «p» minuscola, per esempio così: pT1, pN1.

### Versione TNM (stato 2014)

- T** sta per tumore e indica l'estensione del tumore primitivo. La lettera T è seguita da una cifra tra 0 e 4. Più alta è la cifra, più grande è il tumore.
- p** significa che il referto è confermato istopatologicamente, ossia scaturisce dall'analisi anatomopatologica del tessuto prelevato. Di solito, è possibile effettuare tale classificazione completa e definitiva solo dopo l'intervento chirurgico al seno. In tali casi, il referto è preceduto dal prefisso «p», per esempio, pT1, pN1. Se, invece, il referto non è confermato istopatologicamente, è preceduto da una «c» minuscola.
- N** sta per linfonodi (dal lat. *nodus* = nodo) e indica il coinvolgimento dei linfonodi regionali adiacenti al tumore, ossia dei linfonodi ascellari, clavicolari e sternali. I suffissi dalla «a» alla «c» descrivono le metastasi linfonodali, per esempio, pN1a = almeno una delle metastasi linfonodali supera i 2 mm di grandezza.
- M** sta per metastasi e indica la presenza di metastasi a distanza, ossia il coinvolgimento dei linfonodi che si trovano al di fuori della zona ascellare, clavicolare e sternale nonché l'interessamento di altri organi. Il carcinoma mammario metastatizza in prevalenza nelle ossa, nel fegato e nei polmoni, più raramente a livello cerebrale.

L'acronimo TNM è accompagnato da lettere e cifre che precisano ulteriormente la classificazione:

<b>T</b>	sta per tumore e indica l'estensione del tumore primitivo. La lettera T è seguita da una cifra tra 0 e 4. Più alta è la cifra, più grande è il tumore.
<b>T0</b>	tumore primitivo non evidenziabile.
<b>Tis</b>	carcinoma in situ (DCIS, vedi pp. 15 sg.): forma iniziale di tumore al seno; le cellule tumorali si sviluppano all'interno dei dotti galattofori, ma rimangono «in situ», cioè non si estendono al di fuori del dotto nel tessuto circostante o in altre parti del corpo.
<b>T1</b>	dimensione del tumore primitivo inferiore a 2 cm; i suffissi dalla «a» fino alla «c» precisano le dimensioni, per esempio, pT1a = inferiore a 0,5 cm.
<b>mi</b>	carcinoma microinvasivo; l'invasione è visibile solo microscopicamente.
<b>T2</b>	dimensione del tumore primitivo compresa tra 2 e 5 cm.
<b>T3</b>	dimensione del tumore primitivo superiore a 5 cm.
<b>T4</b>	tumore di qualsiasi dimensione infiltrante la parete toracica e/o la pelle oppure infiammatorio; le lettere minuscole dalla «a» alla «d» ne precisano la classificazione, per esempio, pT4d = carcinoma infiammatorio (vedi p. 18).
<b>m</b>	multifocale/multicentrico: la mammella è interessata da più di un focolaio di malattia.
<b>r</b>	recidiva: ripresa della malattia.

**N** sta per linfonodi (dal lat. *nodus* = nodo) e indica il coinvolgimento dei linfonodi regionali adiacenti al tumore, ossia dei linfonodi ascellari, clavicolari e sternali. I suffissi dalla «a» alla «c» descrivono le metastasi linfonodali, per esempio, pN1a = almeno una delle metastasi linfonodali supera i 2 mm di grandezza.

#### **Metastasi linfonodali (esito dell'esame istologico):**

**pN0** linfonodi regionali liberi da malattia, esenti da metastasi (negativi)

**pN1** presenza di cellule tumorali in 1, al massimo 3 linfonodi, per esempio, in zona ascellare

**pN2** presenza di cellule tumorali in 4, al massimo 9 linfonodi, per esempio, in zona ascellare

**pN3** presenza di cellule tumorali in 10 o più linfonodi ascellari, clavicolari o sternali

**sn** (dall'ingl. *sentinel node*) sta per linfonodo sentinella (vedi p. 54), per esempio, pN0sn = i linfonodi sentinella sono esenti da metastasi

**mi** micrometastasi (metastasi linfonodali di dimensioni microscopiche, ossia comprese tra 0,2 mm e 0,2 cm)

**L1, V1** segnala la presenza di cellule tumorali nei vasi linfatici (L, invasione linfatica) risp. nei vasi sanguigni (V, invasione vascolare)

**M** sta per metastasi e indica la presenza di metastasi a distanza, ossia il coinvolgimento dei linfonodi che si trovano al di fuori della zona ascellare, clavicolare e sternale nonché l'interessamento di altri organi. Il carcinoma mammario metastatizza in prevalenza nelle ossa, nel fegato e nei polmoni, più raramente a livello cerebrale.

### Metastasi:

**M0** non sono evidenziabili metastasi

**M1** presenza di metastasi. Un'eventuale abbreviazione precisa il referto (p. es.: M1PUL).  
OSS = nelle ossa  
PUL = nei polmoni  
HEP = epatiche, ossia nel fegato

**mi** micrometastasi (metastasi di dimensioni microscopiche).

### Stadiazione

Questi elementi consentono di stabilire lo stadio della malattia:

#### Tumore circoscritto alla mammella

In sostanza, il carcinoma mammario si trova in uno stadio precoce quando i linfonodi non sono invasi, ossia in assenza di metastasi linfonodali, e quando non sono evidenziabili metastasi in altri organi.

#### Tumore localmente avanzato

Il carcinoma mammario è localmente avanzato, per esempio, quando più linfonodi sono interessati dalla malattia o quando il tumore infiltra la parete toracica,

mentre non sono evidenziabili metastasi.

#### Tumore metastatico

Si parla di carcinoma mammario metastatico o di stadio avanzato a partire dal momento in cui sono evidenziabili metastasi. Ciò indipendentemente dalle dimensioni del tumore e dal fatto che i linfonodi siano interessati dalla malattia oppure no e, se sì, da quanti linfonodi risultino positivi.

#### Limiti della classificazione e della stadiazione

Per i carcinomi mammari, la classificazione TNM e la stadiazione UICC oggi non sono più sufficienti per poter stabilire qual è il trat-

tamento più idoneo per il singolo caso. È necessario sottoporre le cellule del carcinoma mammario a ulteriori esami per determinarne le specifiche caratteristiche biologiche. Queste ultime costituiranno il bersaglio di una terapia mirata con la quale si tenterà di colpire in modo selettivo le cellule cancerose, salvaguardando il più possibile le cellule sane.

## Diagnosi

Prima e dopo l'intervento chirurgico, i campioni biotici di tessuto sono sottoposti a ulteriori esami, con l'obiettivo di tracciare un «identikit biologico» il più preciso possibile della malattia oncologica.

In generale, la biopsia consente di determinare il tipo di tumore, il suo grado di differenziazione (in ingl. *grading*), le sue caratteristiche biologiche nonché l'espressione dei recettori per gli ormoni e per l'HER2 (vedi secondo capitolo qui di seguito).

Secondo la situazione, si conservano campioni di tessuto tumorale per successivi esami speciali (p. es. analisi dell'espressione genica, vedi p. 34).

### Differenziazione delle cellule cancerose: grading del tumore

Si indaga quanto le cellule cancerose si differenzino dalle cellule sane normali del tessuto mammario dal quale ha preso origine il tumore.

In questo modo è possibile stimare con quale velocità o aggressività il tumore crescerà, con tutta probabilità. Quanto più le cellule tumorali si differenziano da quelle sane (ossia quanto meno differenziate esse sono), tanto più «maligno» è il tumore e tanto più velocemente esso crescerà. Gli specialisti parlano di grado di differenziazione (in ingl. *grading*).

Il grado di differenziazione è espresso con la lettera «G» seguita da una cifra che va da 1 a 3.

- G1** Le cellule tumorali sono abbastanza simili a quelle che costituiscono il tessuto mammario sano; sono, quindi, ben differenziate e pertanto meno aggressive di un G2 o di un G3. In questi casi si parla di un tumore a basso rischio.
- G2** Le cellule tumorali si distinguono nettamente da quelle che costituiscono il tessuto mammario sano; sono, quindi, moderatamente differenziate.
- G3** Le cellule tumorali non hanno quasi più nessuna somiglianza



za con quelle che costituiscono il tessuto mammario sano; sono, quindi, poco differenziate. Si tratta in questi casi di un tumore a crescita aggressiva.

### Caratteristiche biologiche

Le cellule presentano numerose caratteristiche biologiche sulla loro superficie e al loro interno che possono essere identificate. Esse consentono di riconoscere processi normali e patologici in atto nel corpo nonché di applicare terapie specifiche.

### Recettori ormonali (HR, dall'ingl. *hormone receptors*)

Gli ormoni sessuali femminili, estrogeni e progestinici, stimolano la crescita delle cellule mammarie e spesso anche delle cellule dei carcinomi mammari. Per questo motivo, si verifica se le cellule dei tumori mammari presentano recettori ai quali si legano tali ormoni e, se sì, si procede al dosaggio dei recettori ormonali.

All'incirca il 70–80 per cento delle pazienti presentano un carcinoma mammario endocrino-responsivo (HR+). Nei casi in cui i recettori ormonali non sono espressi, si tratta di un carcinoma mammario endocrino-refrattario (HR-).

### HER2

L'acronimo HER2 sta a indicare il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano (dall'ingl. *human epidermal growth factor receptor 2*). A volte è chiamato anche HER2/neu, HER-2 oppure ErbB2.

I recettori HER2 possono essere presenti in sovrannumero sulle cellule di un carcinoma mammario e recepire un numero altrettanto elevato di segnali di maggiore crescita. In questo caso, si parla di un carcinoma mammario HER2-positivo, in caso contrario, di un carcinoma mammario HER2-negativo.

Insieme alla classificazione TNM, al grading, allo stato menopausale e all'età della donna, la presenza o l'assenza di tali caratteristiche (HR, HER2) influiscono in modo predominante sulla scelta della terapia farmacologica (terapia antiormonale nei carcinomi mammari endocrino-responsivi, Herceptin in quelli HER2-positivi).

### Ulteriori esami

I ricercatori lavorano da tempo per tracciare «identikit» dei tumori il più individuali possibile. Il grado di comprensione delle caratteristiche biologiche dei sottotipi di carcinoma mammario è in continuo aumento.

Ciò consente di valutare con maggiore precisione il rischio di recidiva e di metastatizzazione nonché di fare previsioni più affidabili sulla probabile risposta individuale ai trattamenti.

### Test Ki-67

Ki-67 è una proteina del corpo umano che influisce sull'attività di divisione delle cellule dei carcinomi mammari e quindi sulla velocità di crescita (proliferazione) dei tumori.

Un alto tasso di cellule Ki-67 positive del carcinoma mammario può essere indice di una rapida proliferazione cellulare. Il test Ki-67 fa già parte degli esami di routine.

### Analisi di espressione genica

Si tenta di analizzare le molteplici attività che si svolgono nelle cellule cancerose anche a livello dei geni, allo scopo di ricavarne un profilo genetico.

Tuttavia, l'utilità di tali profili genetici supplementari non è dimostrata.

### Ricerca

Diversi di questi test servono anche per sviluppare nuove terapie, dette mirate, ad esempio per la cura di forme aggressive di carcinoma mammario che rispondono solo parzialmente alle abituali terapie farmacologiche adottate finora (p. es. tumori triplo nega-

tivi, vedi p. 35). Tali terapie sono chiamate «mirate» perché combattono solo le cellule maligne, salvaguardando il più possibile le cellule sane del corpo.

### Buono a sapersi

I test menzionati e le conclusioni che se ne possono trarre, non sono ancora stati uniformati (2014). La loro rilevanza non è in tutti i casi maggiore di quella del grading convenzionale.

Sono necessari ulteriori studi per lo sviluppo di terapie sempre più efficaci. Lo svolgimento di esami e di terapie nel quadro di studi controllati non solo lascia sperare nel conseguimento di progressi nella cura del cancro al seno, ma implica anche un controllo di qualità superiore da parte del gruppo di ricerca e spesso pure la possibilità di accedere a nuovi farmaci.

### Suddivisione in sottogruppi

Le approfondite conoscenze che si sono acquisite sulle caratteristiche biologiche e sul comportamento di crescita delle cellule tumorali, insieme con la classificazione TNM, consentono di tracciare un chiaro profilo del tumore. Si riesce a stimare meglio se il rischio di ripresa della malattia (recidiva) è basso, medio o alto.

Inoltre, si capisce più facilmente perché un tumore localmente cir-

coscritto che non ha ancora invaso i linfonodi, in taluni casi, possa essere altamente aggressivo, mentre un tumore più esteso possa essere relativamente innocuo.

Sulla base dei diversi esami, i carcinomi mammari possono oggi essere suddivisi in cinque sottogruppi, chiamati in gergo sottogruppi molecolari o intrinseci. Intrinseco significa «proprio di una cosa, inerente alla sua natura più intima».

### **Distinzione dei sottotipi**

Con il termine un po' strano di «Luminal» si designano i carcinomi mammari sensibili all'azione degli ormoni.

#### **I carcinomi di tipo Luminal A ...**

- ... sono molto sensibili agli ormoni
- ... sono HER2-negativi
- ... sono meno aggressivi (G1 o G2, Ki-67 basso)
- ... sono ben trattabili con una terapia antiormonale

#### **I carcinomi del tipo Luminal B (HER2-negativi) ...**

- ... sono meno sensibili agli ormoni dei carcinomi del tipo Luminal A
- ... sono HER2-negativi
- ... sono da mediamente a fortemente aggressivi (G2 o G3, Ki-67 alto)
- ... in generale, vanno trattati, oltre che con una terapia

antiormonale, con una chemioterapia

#### **Carcinomi del tipo Luminal B (HER2-positivi) ...**

- ... sono meno sensibili agli ormoni dei carcinomi del tipo Luminal A
- ... sono HER2-positivi
- ... sono aggressivi (G2 o G3, Ki-67 variabile)
- ... non rispondono sempre a una terapia antiormonale da sola; rispondono meglio a una chemioterapia e a una terapia mirata (con anticorpi)

#### **Carcinomi HER2-positivi non luminali ...**

- ... non sono sensibili agli ormoni
- ... sono aggressivi (di solito G3)
- ... rispondono meglio a una chemioterapia e a una terapia mirata (con anticorpi)

#### **Carcinomi triplo negativi («di tipo basaloide») ...**

- ... non sono sensibili agli ormoni (negativi sia agli estrogeni, sia ai progestinici)
- ... sono HER2-negativi
- ... sono aggressivi (G3, Ki-67 alto)
- ... rispondono, in parte, alla chemioterapia

Sono spesso donne giovani a contrarre un carcinoma triplo negativo. Alcune di esse sono portatrici di mutazioni genetiche che predispongono allo sviluppo di tumori alla mammella (BRCA, vedi p. 20).



# Informazioni generali sulla terapia

La scelta terapeutica è determinata soprattutto dai seguenti criteri:

- localizzazione e dimensioni del tumore
- tipo di tumore, per esempio, carcinoma duttale o lobulare
- stadio della malattia (classificazione TNM): Il tumore è circoscritto alla mammella? I linfonodi sono interessati dalla malattia? Quali? Quanti? Si sono formate metastasi in altri organi?
- caratteristiche del tessuto tumorale prelevato in sede di biopsia o di intervento chirurgico come il grado di differenziazione (grading), lo stato recettoriale (ER+/-, PR +/-, HER2-positivo/negativo), il conseguente rischio di recidiva
- l'età e specialmente lo stato menopausale
- le condizioni psicofisiche generali, la filosofia di vita e la volontà della paziente

## Scelta terapeutica

Spesso la terapia del cancro al seno dura diversi anni. La pianificazione e il monitoraggio della terapia sono interdisciplinari. Ciò significa che specialisti di diverse discipline mediche si riuniscono in cosiddetti tumorboards per valutare collegialmente la Sua situazione

e per accordarsi sulla terapia più indicata da proporre.

I medici specialisti coinvolti nella cura del cancro al seno operano nelle seguenti branche della medicina:

- ginecologia e ostetricia; senologia, chirurgia senologica: malattie degli organi dell'apparato riproduttivo femminile; assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio e al neonato; studio delle malattie della mammella; chirurgia della mammella
- oncologia ginecologica: cura dei tumori del seno e degli organi genitali femminili, coordinamento della presa a carico oncologica, follow-up (controlli periodici dopo il trattamento)
- oncologia: terapie farmacologiche contro i tumori, terapie di supporto, coordinamento della presa a carico oncologica, follow-up
- chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica: nel caso specifico, ricostruzione chirurgica del seno
- patologia: istologia patologica e diagnostica molecolare
- psiconcologia: sostegno nell'affrontare i cambiamenti dovuti alla malattia oncologica
- radiologia e medicina nucleare: diagnostica per immagini e terapia guidata dalle immagini

- radio-oncologia: radioterapia
- genetica medica: indagine/ accertamento di una predisposizione ereditaria

consigliare e accompagnare le pazienti e i pazienti con un tumore alla mammella (in ingl. *breast care nurse*, vedi p. 93).

### Decisione condivisa

Le consigliamo di chiedere un colloquio con i medici specialisti competenti per le terapie che Le sono state proposte. In alcuni ospedali e in alcune strutture ambulatoriali vi è una persona responsabile del coordinamento delle terapie che può fungere da interlocutrice, per esempio, un'infermiera senologa, appositamente formata per poter

può porre domande in qualsiasi momento, rimettere in discussione una decisione presa in precedenza o chiedere tempo per riflettere. L'importante è che non acconsenta a una misura terapeutica prima di essere stata informata in dettaglio e in modo per Lei comprensibile sul suo svolgimento, sulle sue possibili conseguenze e sui suoi possibili effetti collaterali.

### Centri di senologia certificati

La designazione «centro di senologia» non è protetta; qualsiasi struttura sanitaria può designarsi come tale. Per questo motivo, dal 2012 la Lega svizzera contro il cancro e la Società Svizzera di Senologia conferiscono congiuntamente un marchio di qualità ai centri di senologia. Tale label di qualità garantisce, fra l'altro, che il centro di senologia che lo detiene soddisfa precisi requisiti nell'ambito della diagnostica, della terapia e del follow-up (controlli periodici dopo il trattamento). Il certificato di qualità vuole aiutare le donne a orientarsi nella scelta della struttura sanitaria.

Inoltre, vi sono centri di senologia accreditati dalla Deutsche Krebsgesellschaft (società tedesca per la lotta contro il cancro) e da EUSOMA, la Società Europea di Mastologia (European Society of Breast Cancer Specialists).

Per saperne di più su questo argomento, si può consultare il sito della Lega contro il cancro: [www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch) → Accesso per specialisti → Marchio di qualità

Ha il diritto di respingere una proposta terapeutica, ma prima si faccia spiegare come potrebbe evolvere la malattia senza la terapia che Le è stata proposta.

Se vuole, può dichiarare ai medici di non voler essere coinvolta nella scelta terapeutica. Tuttavia, per interventi chirurgici e altre terapie è indispensabile il Suo consenso.

#### **Chieda consiglio e sostegno**

Chieda tutto ciò che vuole sapere sulla terapia. Si faccia accompagnare ai colloqui con i medici da un familiare o da una persona a Lei vicina. Si prepari ai colloqui facendo una lista di tutte le domande che vuole porre in modo da non dimenticarne alcuna.

Di norma, la terapia incomincia due-tre settimane dopo la diagnosi; in questo lasso di tempo, hanno luogo esami, la biopsia, consultazioni mediche, esami più appro-

fonditi, colloqui informativi e di consulenza personalizzata sull'iter terapeutico. Ha il tempo necessario per raccogliere informazioni e per soppesare i vantaggi e gli svantaggi delle singole opzioni terapeutiche.

Può interpellare anche il Suo medico di base o chiedere un secondo parere a un altro medico specialista o centro di eccellenza. Non deve temere che ciò sia interpretato come un segno di sfiducia. Si tratta di un diritto ormai generalmente riconosciuto.

Qualora sentisse l'esigenza di parlare del carico emotivo e delle ripercussioni sociali che la malattia comporta per Lei, può chiedere di essere indirizzata a uno psicologo o a una psicologa. I colloqui di sostegno possono alleviare la Sua sofferenza psicologica e aiutarLa a trovare strategie per affrontare il percorso di malattia (vedi p. 93).

## Ponga domande

- Quale intento ha la terapia che mi è stata proposta? Prolungherà la mia vita? Migliorerà la mia qualità di vita?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi della terapia?
- Quanta esperienza avete nel trattamento del carcinoma mammario? Quanti interventi chirurgici di asportazione di tumori del seno eseguite all'anno o ha eseguito il chirurgo che mi opererà? È importante porre queste domande perché il livello di specializzazione dell'équipe medica e infermieristica è determinante per il decorso della malattia, per l'esito dell'intervento chirurgico e per la qualità di vita del paziente.
- Quali complicanze potrebbero insorgere durante o dopo l'intervento chirurgico?
- Che aspetto avrò dopo l'intervento?
- Quali sono i rischi e i possibili effetti collaterali? Le potenziali conseguenze sono temporanee o permanenti? Vi sono misure lenitive efficaci?
- Potrò ancora concepire figli e avere una vita sessuale normale dopo la terapia?
- Che ripercussioni prevedibili avranno la malattia e la terapia sulla mia vita di tutti i giorni, sul mio contesto familiare e sociale, sulle mie condizioni psicofisiche?
- Che cosa succederebbe se evitassi queste terapie? Quanto mi resterebbe da vivere? Che influsso avrebbe la mia scelta sulla mia qualità di vita?
- Ho altre opzioni terapeutiche?
- Sono necessarie ulteriori terapie?
- I costi della terapia sono coperti dalla cassa malati?



## Domande personali

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intenti terapeutici

Il tipo di tumore e lo stadio della malattia determinano lo scopo che si persegue con la terapia:

### Intento curativo

L'obiettivo che ci si prefigge con la terapia è di curare la malattia. In linea generale, l'intento è curativo quando il tumore può essere asportato completamente e non vi sono metastasi.

Nel caso del cancro al seno, tuttavia, l'asportazione totale del tessuto canceroso da sola non è sempre sufficiente se l'obiettivo della terapia è una remissione completa e duratura. Il rischio che i segni e i sintomi della malattia ricompaiano (recidiva) permane.

Per ridurre ulteriormente il rischio di ripresa della malattia, l'intervento chirurgico è quindi spesso preceduto o seguito da una terapia farmacologica e/o dalla radioterapia.

### Intento palliativo

(dal lat. *palliare* = avvolgere in un mantello, proteggere)

Se una remissione è considerata improbabile, l'obiettivo della terapia è di impedire che la malattia progredisca e di controllarne i sintomi. A volte si riesce a stabilizzare la malattia per molto tempo.

La qualità di vita è prioritaria: gli interventi di medici, infermieri, psicologi, assistenti spirituali e altre figure professionali mirano ad alleviare i sintomi e le sequele della malattia come, per esempio, i dolori, l'ansia, la paura, la stanchezza ecc.

Faccia chiarezza dentro di sé, eventualmente con l'aiuto di uno psiconcologo o di una psiconcologa, sul significato che ha per Lei l'espressione «qualità di vita». In seguito ne parli con la Sua équipe curante affinché possa tener conto delle Sue esigenze personali.

### Terapia neoadiuvante/ preoperatoria

(dal gr. *néos* = nuovo e dal lat. *adiuvare* = adiuvarre, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «neoadiuvante» allorché è effettuata *prima* dell'intervento chirurgico allo scopo di rimpicciolire il tumore. La terapia neoadiuvante rende il tumore operabile o, nei casi più favorevoli, ne consente l'asportazione chirurgica completa.

Nella maggior parte dei casi, si tratta di una chemioterapia, eventualmente combinata con una terapia con anticorpi monoclonali. In casi particolari, è indicata anche una terapia antiormonale.

Il carcinoma infiammatorio, una forma rara, acuta e tendenzialmente aggressiva di tumore al seno, richiede pure una terapia neo-adiuvante.

**Terapia adiuvante/postoperatoria** (dal lat. *adiuvare* = sostenere, aiutare)

La terapia (chemioterapia, radioterapia) è chiamata «adiuvante» allorché è effettuata *dopo* l'intervento chirurgico al fine di eliminare eventuali cellule tumorali residue.

Essa mira alla distruzione anche delle metastasi più piccole (micro-metastasi) per ridurre il rischio di recidiva, ossia per impedire alla malattia di ripresentarsi o di progredire.

## Gestione degli effetti secondari

L'intervento chirurgico, la radioterapia e le terapie farmacologiche hanno effetti auspicati ed effetti indesiderati diversi. Approfondiremo l'argomento, quando descriveremo i vari metodi terapeutici a partire da pagina 51.

La risposta alle terapie è molto individuale. Non tutti soffrono di effetti collaterali e non tutti coloro che ne soffrono, accusano gli stessi effetti secondari. Inoltre, gli effetti indesiderati non si manifestano in ogni paziente con la stessa intensità. Taluni effetti collaterali insorgono già durante la terapia e regrediscono in seguito, tal altri compaiono una volta che la terapia è conclusa.

Alcuni effetti indesiderati come, per esempio, infiammazioni, infezioni, disturbi neurologici o reazioni cutanee, sono caratteristici solo di particolari terapie. È quindi probabile che non La concerneranno mai.

### L'informazione è indispensabile

La Sua équipe curante è tenuta a informarLa compiutamente su questi aspetti e a consegnarLe uno specchietto della terapia di base e della terapia di supporto per il controllo degli effetti collaterali.

Una gran parte degli effetti secondari può essere curata farmacologicamente oppure attraverso interventi infermieristici (vedi «Farmaci e misure di supporto», p. 63) e si risolve nel giro di alcuni giorni, settimane o mesi. È importante che Lei riferisca all'équipe curante eventuali disturbi affinché possano essere prese le misure necessarie.

Specialmente in uno stadio avanzato della malattia, è consigliabile soppesare bene i benefici che è lecito attendersi dalla terapia e i suoi effetti secondari.

### Importante

- Alcuni effetti indesiderati, come i dolori o la nausea, sono prevedibili. Per contrastarli, Le saranno somministrati appositi farmaci di supporto, già in via preventiva. È raccomandabile assumerli come da prescrizione.

- Parli con la Sua équipe curante prima di assumere di Sua iniziativa altri prodotti. Ciò vale anche per unguenti, fitoterapici e simili. Anche se si tratta di rimedi cosiddetti «naturali» o apparentemente innocui, potrebbero interagire con la terapia antitumorale e quindi essere controindicati. La Sua équipe curante La consiglia volentieri anche in questo campo.
- È dimostrato che, in caso di cancro al seno, una moderata attività fisica, svolta durante e dopo le terapie, influisce positivamente sullo stato psicofisico.

Altri opuscoli della Lega contro il cancro (vedi pp. 96 sg.) trattano delle terapie antitumorali più comuni, delle ripercussioni della malattia e della terapia, di possibili modalità di gestione delle difficoltà ad esse legate.

### Il moto fa bene

Il presente opuscolo comprende un libriccino, concepito appositamente per le donne operate al seno (vedi tasca sul retro di copertina), che fornisce spunti per un efficace programma di ginnastica ed è ottenibile anche separatamente. Inoltre, l'opuscolo intitolato «Attività fisica e cancro» (vedi p. 96) può aiutare a riacquistare fiducia nel proprio corpo.

## Immagine di sé, procreazione e sessualità

### Cambiamenti dell'aspetto fisico

Un tumore al seno e l'intervento chirurgico che esso rende necessario rappresentano per una donna una seria minaccia alla sua integrità o incolumità, anche quando è possibile un intervento di tipo conservativo. Occorre tempo finché essa si senta di nuovo «a casa» nel proprio corpo.

Anche un linfedema (vedi pp. 85 sg.) può alterare l'aspetto fisico di una donna e la percezione che essa ha del proprio corpo.

Protesi mammarie esterne o una ricostruzione chirurgica del seno possono ristabilire, fino a un certo punto, l'equilibrio esteriore. Anche la temporanea alopecia indotta dalla chemioterapia può essere camuffata.

### Desiderio di maternità dopo una diagnosi di cancro al seno

In linea di principio, la terapia contro il cancro al seno non preclude la maternità. Tuttavia, vi sono chemioterapie e terapie antiormonali che possono danneggiare gli ovociti e comportare squilibri ormonali.

Vi sono donne che possono ancora avere figli dopo le terapie. La loro fertilità, tuttavia, può essere ridotta. Vi sono donne, specialmente fra quelle giovani, che recuperano la fertilità una volta concluse le terapie. Altre donne, invece, vanno incontro a una menopausa precoce e a un'infertilità permanente.

Una cosa è certa: per i bimbi concepiti *dopo* le terapie antitumorali non sussiste un maggiore rischio di malformazioni. Gli studi condotti finora sembrano smentire l'ipotesi secondo cui una gravidanza

### Per saperne di più ...

... su come affrontare i cambiamenti fisici legati al cancro del seno, può consultare gli opuscoli della Lega contro il cancro intitolati «Le protesi del seno – La scelta giusta», «Un nuovo seno? – Ricostruzione chirurgica del seno», «Il linfedema e il cancro» e «La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto» (vedi pp. 96 sg.).

*dopo* una risposta completa alla terapia contro il cancro al seno aumenterebbe il rischio di recidiva, ossia di una ripresa della malattia. Tuttavia, la rilevanza e la qualità di tali studi non sono sufficienti per consentire di formulare raccomandazioni a favore o a sfavore di una gravidanza dopo una diagnosi di cancro al seno.

In ogni caso, si raccomanda alle donne con una diagnosi di cancro al seno e ai rispettivi partner di consultare un centro per la fertilità dedicato, prima di decidere se avere un figlio oppure no.

### Importante

Si consiglia alle donne in età fertile di affrontare con il proprio medico l'argomento della fertilità *prima* di incominciare con la terapia farmacologica contro il cancro al seno, per informarsi se sussiste la possibilità di preservarla e, in caso affermativo, attraverso quali misure.

### Come preservare la fertilità

- Ne parli con il suo oncologo o ginecologo *prima* che inizi la terapia contro il cancro al seno.
- Per poter operare una scelta informata del metodo più adatto per Lei per preservare la fertilità, chieda di essere indirizzata a uno specialista della medicina della riproduzione che collabori con il medico curante. Di solito, i centri di senologia garantiscono una consulenza interdisciplinare che prevede il coinvolgimento di medici specialisti in endocrinologia ginecologica.
- Si metta in contatto con il Suo medico qualora rimanesse incinta *dopo* la terapia.

Sono possibili varie misure preventive a tutela della fertilità. La loro attuabilità e le probabilità di successo dipendono dalla prognosi e dalla risposta a domande come:

### Contracezione

Nel corso della terapia farmacologica e della radioterapia, vanno prese adeguate misure di contraccezione, indipendentemente dal fatto che il ciclo mestruale si sia interrotto oppure no. Può rivolgersi al Suo medico qualsiasi domanda in merito. La pianificazione di una gravidanza va rimandata fintanto che Lei non si sia ripresa bene dalla malattia e dalle terapie.

- Quanti anni ha la paziente?
- Il tumore è endocrino-responsivo?
- È prevista una chemioterapia?

Inoltre, giocano un ruolo determinante le preferenze e le possibilità finanziarie della paziente: in generale, infatti, le terapie a tutela della fertilità sono a suo carico.

#### Rete di competenza Fertiprotekt

Come suggerisce il nome, la rete di centri di eccellenza nel campo della medicina della riproduzione Fertiprotekt si è costituita allo scopo di salvaguardare la fertilità delle donne e degli uomini che si sottopongono a una terapia oncologica. Essa promuove lo scambio di pareri e la condivisione di conoscenze ed esperienze in questo campo fra gli esperti, da un lato, e fra i pazienti, dall'altro, e consente di offrire alle persone interessate che ne potrebbero beneficiare le seguenti tecniche a tutela della fertilità:

- crioconservazione di ovociti fecondati
- crioconservazione di ovociti non fecondati
- terapie farmacologiche
- crioconservazione di tessuto ovarico

Chi sa il tedesco, può visitare il sito [www.fertiprotekt.ch](http://www.fertiprotekt.ch) per informarsi su quali centri in Svizzera aderiscono a tale iniziativa (aggiunta della traduttrice) e sulle opportunità e sui limiti dei summenzionati metodi.

Fonti d'informazione sull'argomento in lingua italiana: i libretti a cura dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC) intitolati «Madre dopo il cancro», «Padre dopo il cancro»: [www.aimac.it/informazioni-tumore/madre-dopo-cancro\\_kqaUnA==\\_1pt.html](http://www.aimac.it/informazioni-tumore/madre-dopo-cancro_kqaUnA==_1pt.html)  
[www.aimac.it/informazioni-tumore/padre-dopo-cancro/crioconservazione-seme-sterilita\\_kqOboA==\\_1pt.html](http://www.aimac.it/informazioni-tumore/padre-dopo-cancro/crioconservazione-seme-sterilita_kqOboA==_1pt.html)  
 (n.d.t.)

#### Per saperne di più ...

... in merito alle ripercussioni del cancro e delle terapie oncologiche sulla vita sessuale, legga l'opuscolo «Il cancro e la sessualità femminile» (vedi p. 96).

Per poter prendere una decisione in merito alla misura più idonea per salvaguardare la propria fertilità, bisogna poter beneficiare di un'approfondita consulenza specialistica. La fertilità va temata subito dopo la diagnosi oncologica. Qualora la struttura sanitaria non offrisse di routine una consulenza sulla fertilità, si consiglia alle pazienti di farne richiesta, di propria iniziativa.

### **Menopausa precoce**

In una giovane donna cui è somministrata una chemioterapia o una terapia antiormonale che danneggia gli ovociti o altera i livelli ormonali, da un giorno all'altro, può instaurarsi una menopausa precoce.

L'età al momento della diagnosi, il tipo, la durata e il dosaggio della terapia e la costituzione individuale sono fattori che influiscono sulla propensione a manifestare tale sequela terapeutica.

### **Carico emotivo**

Una menopausa precoce e improvvisa mette a dura prova la stabilità psichica di una donna, specialmente se avrebbe desiderato dei figli.

Una menopausa precoce si ripercuote anche sulla percezione degli stimoli erotici, sulla vita sessuale e sulla relazione di coppia. Il desi-

derio e l'eccitazione sessuali possono subire un calo e la donna può sentirsi meno erotica.

Inoltre, la donna operata al seno può provare un senso di perdita, sentirsi meno femminile e temere di essere per questo meno desiderata o ignorata.

### **Disturbi della menopausa**

La menopausa precoce porta con sé i disturbi tipici della menopausa: vampate di calore, insonnia, sbalzi di umore, dolori articolari, mal di testa, secchezza della pelle e delle mucose (occhi, vagina).

Inoltre può essere accompagnata da edemi declivi, da un aumento del peso corporeo e condurre, a lungo termine, all'osteoporosi (fragilità delle ossa).

Tali disturbi possono manifestarsi anche quando una donna entra in menopausa in modo naturale. Sono peraltro più forti, quando sono legati a una menopausa precoce. I cambiamenti sono repentini e più drastici di quando la produzione di ormoni femminili diminuisce gradualmente, come avviene nella menopausa naturale.

La maggior parte dei disagi (instabilità emotiva, caldane) passano con il tempo. Alcuni sintomi come, per esempio, la secchezza delle mucose, invece, di solito persistono



no, ma possono essere leniti efficacemente. Chieda consiglio in merito all'équipe curante o in farmacia.

### Terapia ormonale sostitutiva?

In generale, una terapia ormonale *sostitutiva* non entra in linea di conto per le donne malate di cancro al seno, poiché la maggior parte di esse soffre di un carcinoma mammario endocrino-responsivo e assume una terapia antiormonale. Il Suo medico o la Sua infermiera senologa di riferimento Le possono suggerire delle alternative. Può chiedere consiglio in merito anche in farmacia.

Si raccomandano misure di prevenzione in caso di un rischio maggiore di osteoporosi e, di conseguenza, di fratture ossee (p. es. farmaci, alimentazione). Tali misure preventive rallentano la diminuzione della densità ossea. Anche l'attività fisica ha un effetto protettivo (vedi l'opuscolo separato «Il moto fa bene» nella tasca sul retro di copertina).

### Diagnosi di cancro al seno durante la gravidanza e l'allattamento

Quando un carcinoma mammario è diagnosticato durante la gravidanza e l'allattamento, oppure poco dopo, si parla di un tumore gestazionale. Molto spesso la diagnosi, in questi casi, è tardiva.

Da un lato, in gravidanza la consistenza del seno cambia. Ciò

induce ad associare alla gravidanza o all'allattamento eventuali alterazioni individuate al tatto. Dall'altro lato, nelle donne gravide si è restii a effettuare indagini diagnostiche più approfondite, in presenza di elementi sospetti, rilevati all'esame palpatorio, per evitare di esporre la madre e il feto a un carico supplementare.

Alcuni studi dimostrano che una chemioterapia, se scelta in considerazione delle circostanze e somministrata durante il secondo o il terzo trimestre di gestazione (ca. a partire dalla 14esima settimana di gravidanza), non nuoce in modo significativo al feto. I bambini di donne cui è stata somministrata una chemioterapia in questa fase della gravidanza non sembrano avere più problemi di salute o problemi di salute più gravi di altri. Resta ancora da appurare se ciò valga sempre. Infatti, non si conoscono ancora le conseguenze tardive di una chemioterapia somministrata a una gestante. In ogni caso, il carico emotivo che ciò comporta è considerevole.

Gli specialisti raccomandano di applicare alle gestanti affette da un carcinoma mammario un piano di terapia simile a quello previsto per le donne non gravide. Secondo loro, va in ogni caso

evitato di privarle di una terapia sufficiente.

- Di norma, l'intervento chirurgico è senz'altro possibile anche in gravidanza.
- La chemioterapia va somministrata al più presto dopo la 12esima settimana di gravidanza.
- Terapie antitumorali a base di principi attivi come Tamoxifen o Trastuzumab (vedi p. 68 e pp. 73 sg.) e la radioterapia sono controindicate in gravidanza.

Il grado di aggressività del tumore, che ne determina la probabile velocità di crescita, è un ulteriore criterio che influisce sulla scelta di trattare un tumore al seno durante la gravidanza oppure no. Purtroppo, i tumori aggressivi sono diffusi soprattutto fra le donne giovani.

Sulla base delle conoscenze attuali, si sconsiglia di indurre il parto per poter anticipare la chemioterapia. Oggigiorno si sa che i bimbi nati prematuramente presentano più spesso problemi di salute dei fanciulli nati a termine.

Una donna affetta da un carcinoma mammario gestazionale deve senza dubbio considerare molteplici aspetti e necessita di varie consulenze specialistiche per poter decidere a favore o a sfavore

di una terapia in gravidanza. Influiscono sulla sua decisione anche le sue convinzioni personali sulla malattia e sulle terapie, il suo modo di affrontare la paura, i timori e le incertezze ad esse legate nonché ciò che le dice il suo intuito.

I tumori mammari gestazionali sono rari. In Svizzera, ogni anno, si ammalano di cancro al seno in gravidanza circa dieci donne.

#### Cancro al seno in gravidanza: indicazioni importanti

Chieda di essere indirizzata a un centro di senologia (vedi p. 38) nel caso in cui si ammalasse di cancro al seno in gravidanza. È più probabile che un centro di eccellenza dedicato abbia esperienza nella gestione di questa rara e complessa situazione che non una struttura sanitaria non specializzata. Ciò facilita la collaborazione con un centro perineonatalogico, ossia una clinica di medicina per la cura dei neonati, nati a termine e prematuri. In questo modo potrà beneficiare di una consulenza, di una cura e di un accompagnamento adeguati.

# Possibilità di trattamento del cancro al seno

I principali metodi di terapia in caso di cancro al seno sono i seguenti:

- chirurgia
- radioterapia
- terapie farmacologiche (chemioterapia, terapia antiormonale, terapia mirata)

In caso di cancro al seno, questi trattamenti, in generale, sono combinati. Di solito, non sono applicati contemporaneamente, bensì uno dopo l'altro. Se somministrati in concomitanza, potrebbero comportare effetti secondari troppo forti.

Non per ogni donna sono sempre necessarie tutte le terapie descritte qui di seguito. Inoltre, nel caso del cancro al seno, non vi è un tipico decorso della malattia. Di conseguenza, lo schema di terapia può variare molto da una paziente all'altra.

In generale, sono possibili varie opzioni terapeutiche e non è sempre facile optare per l'una o per l'altra. Non si può prevedere con esattezza e con certezza in quale misura la singola persona beneficerà di una particolare terapia o quanto efficace quest'ultima si rivelerà nel caso specifico.

## Intervento chirurgico

### Osservazioni generali

Per quasi tutte le donne affette da un cancro al seno o da una forma precancerosa di carcinoma mammario, la misura terapeutica più importante consiste nell'asportazione chirurgica del tumore o del tessuto sospetto. La principale domanda che si pone è se sia possibile un intervento chirurgico di tipo conservativo oppure se sia necessaria l'asportazione di tutto il tessuto mammario.

L'intervento chirurgico avviene in anestesia e richiede all'incirca cinque giorni di ricovero post-operatorio. Nel caso di interventi minori, la durata dell'ospedalizzazione è più breve.

Per sicurezza, il tumore è esciso con un margine di tessuto circostante (margine di resezione chirurgica). In assenza di tumore residuo ai margini del tessuto asportato, la resezione è definita completa o R0.

Occorrono alcuni giorni per stabilire definitivamente, mediante un esame istologico eseguito in laboratorio, se i margini del tessuto asportato sono liberi da malattia. Se si rileva la presenza di cellu-

le tumorali ai margini del tessuto asportato, è pertanto necessario un secondo intervento chirurgico per ottenere una resezione R0.

### Intervento conservativo

Oggi giorno, per la maggior parte delle donne si può evitare di togliere completamente la mammella. Affinché il seno possa essere conservato, il tumore o la lesione precancerosa (vedi pp. 15 sgg.)...

... devono essere circoscritti alla ghiandola mammaria o essere piccoli rispetto alla grandezza del seno oppure poter essere rimpiccioliti mediante una chemioterapia *prima* della loro asportazione chirurgica.

... non devono essersi infiltrati nel muscolo pettorale o nella cute che riveste il seno.

... devono poter essere asportati con un sufficiente margine di tessuto sano circostante.

Il capezzolo dev'essere asportato qualora il tumore o la lesione precancerosa fossero localizzati in sua prossimità. È possibile preservare, invece, il restante tessuto mammario.

Nella maggior parte dei casi, l'escissione chirurgica del tessuto tumorale richiede solo una piccola incisione. Durante l'intervento chirurgico si procede, inoltre, all'asportazione di almeno un linfonodo sentinella per escludere

la presenza di cellule cancerose (vedi procedura del linfonodo sentinella, p. 55).

Vi sono tre diversi tipi di intervento conservativo:

- La *mastectomia parziale o segmentale* prevede l'asportazione della porzione di ghiandola mammaria interessata dalla malattia, inclusi i rispettivi dotti galattofori.
- La *quadrantectomia* consiste nella rimozione del quadrante mammario in cui è localizzato il nodulo.
- La *tumorectomia* consiste nell'asportazione del nodulo con un margine di tessuto sano circostante.

All'intervento conservativo segue usualmente la radioterapia con irradiazione del tessuto mammario residuo. Alle pazienti che rifiutano la radioterapia è raccomandata l'ablazione completa della mammella.

### Probabilità di guarigione

La scelta del tipo di intervento conservativo dipende dalla localizzazione e dalle dimensioni del tumore. È infondato il timore che si aveva una volta secondo cui un intervento di tipo conservativo ridurrebbe le probabilità di guarigione. La questione decisiva è se il tumore si è già diffuso al di fuori del suo luogo di insorgenza e ha formato metastasi.

### Aspetti estetici

Il risultato cosmetico di un intervento conservativo può essere peggiore di quello che si otterrebbe con una mastectomia totale, ossia con l'ablazione completa della mammella, associata a una ricostruzione del seno immediata o differita. Domandi al medico chirurgo oncoplastico quale risultato cosmetico è lecito attendersi nel Suo caso.

Nei centri specializzati nella cura del cancro al seno, il medico specialista in chirurgia plastica e ricostruttiva è coinvolto fin dall'inizio nella pianificazione dell'intervento chirurgico di asportazione del tumore.

### Terapia farmacologica preliminare

Tumori troppo grandi per essere operati possono essere rimpiccioliti mediante una terapia farmacologica, detta neoadiuvante. Quest'ultima combatte anche eventuali cellule maligne presenti nei linfonodi e metastasi.

In molti casi, la terapia neoadiuvante rende possibile un intervento chirurgico meno devastante.

### Asportazione di tutta la mammella (mastectomia)

La tecnica di mastectomia più corrente è la mastectomia radicale modificata che consiste nell'aspor-

tazione completa della ghiandola mammaria, inclusa la pelle, l'areola e il capezzolo, senza coinvolgimento del grande e del piccolo muscolo pettorale.

La mastectomia radicale, come la si eseguiva un tempo, ossia l'asportazione della ghiandola mammaria con i muscoli pettorali, oggi giorno si esegue solo in casi molto rari.

A dipendenza delle dimensioni e della localizzazione del tumore, in alcuni casi è possibile preservare la cute, l'areola e il capezzolo. Ciò consente di ottenere un migliore risultato cosmetico con la ricostruzione mammaria.

### La mastectomia è raccomandata quando ...

- ... il tumore è molto grande in confronto alla taglia del seno oppure in presenza di focolai plurimi di malattia nella mammella.
- ... si è in presenza di un carcinoma infiammatorio.
- ... il tumore non può essere asportato completamente con un intervento di tipo conservativo.
- ... ci si attende un risultato estetico insoddisfacente da un intervento chirurgico di tipo conservativo.
- ... non è possibile una radioterapia adiuvante, vale a dire successiva all'intervento

chirurgico, oppure se la paziente rifiuta la radioterapia.

- ... il tumore si ripresenta nella mammella operata (recidiva locale).
- ... la paziente vuole espressamente la mastectomia.

La mastectomia può essere seguita da una ricostruzione immediata se, dal punto di vista medico, sussistono i presupposti per la sua attuazione e se la paziente lo desidera (vedi pp. 84 sg.).

### **Possibili complicazioni post-operatorie:**

- sanguinamenti,
- limitata mobilità della spalla sul lato corrispondente al seno operato,
- disturbi della sensibilità dovuti all'interruzione di vie nervose,
- cambiamento dell'aspetto, anche dopo un intervento di tipo conservativo,
- problemi alla colonna cervicale e dorsale causati da una scorretta postura legata allo squilibrio ponderale creato dall'amputazione di una mammella.

Chieda al Suo medico che cosa può fare per prevenire o lenire tali disturbi.

## **Asportazione dei linfonodi**

Attraverso il flusso linfatico, le cellule tumorali possono raggiungere linfonodi adiacenti e altri organi.

L'interessamento linfonodale influisce sulla scelta terapeutica, sull'evoluzione della malattia ed eventualmente anche sulle probabilità di guarigione.

Per questo motivo, una volta si usava asportare radicalmente tutti i linfonodi ascellari più frequentemente infiltrati (dissezione ascellare). Tale pratica comprometteva peraltro seriamente la qualità di vita delle pazienti.

Oggigiorno non si rimuovono più automaticamente i linfonodi, ma si analizza dapprima il linfonodo sentinella (vedi procedura del linfonodo sentinella, più sotto).

I linfonodi sono biopsiati *prima* dell'intervento chirurgico di asportazione del tumore mammario se la palpazione o l'esame sonografico danno adito al sospetto che siano infiltrati. Il campione di tessuto prelevato dai linfonodi tramite puntazione sarà esaminato per confermare o escludere la presenza di cellule atipiche.

Nella maggior parte dei casi, invece, i linfonodi sono asportati, sem-



### Sistema linfatico del seno

pre prima del tumore, ma durante l'intervento chirurgico stesso.

#### Importante

I linfonodi sono preservati, se è già accertata la presenza di metastasi in altri organi. La loro asportazione non farebbe che pregiudicare la qualità di vita della paziente senza influire sull'andamento della malattia.

#### Procedura del linfonodo sentinella

La procedura del linfonodo sentinella prevede l'asportazione chirurgica e l'esame approfondito dei linfonodi sentinella. I linfonodi

sentinella sono i linfonodi più vicini al tumore. I linfonodi sentinella sono i primi a raccogliere la linfa che proviene dal tessuto tumorale e, quindi, i linfonodi con la più alta probabilità di essere colonizzati da cellule maligne.

La procedura del linfonodo sentinella è meno mutilante della dissezione ascellare, ossia dell'asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella. Essa non pregiudica le probabilità di guarigione, comporta meno complicazioni e compromette meno pesantemente la qualità di vita della paziente.

### Visualizzazione dei linfonodi

Il giorno dell'operazione o qualche ora prima dell'intervento chirurgico, si inietta un mezzo di contrasto leggermente radioattivo nell'area interessata dal tumore. In questo modo è possibile localizzare, tramite una sonda, le vie di drenaggio linfatico corrispondenti e individuare i linfonodi sentinella.

All'inizio dell'operazione, può essere iniettato, inoltre, un mezzo di contrasto che evidenzia ulteriormente i linfonodi con un colorante blu.

Oggi giorno si è piuttosto restii ad asportare linfonodi.

### Dissezione ascellare

La dissezione ascellare consiste nell'asportazione chirurgica di almeno dieci linfonodi dal cavo ascellare, con l'obiettivo di impedire alle cellule tumorali di diffondersi in altre parti del corpo.

Si faccia spiegare esattamente quali sono i pro e i contro di una dissezione ascellare nel Suo caso specifico, ossia in considerazione della Sua età, delle caratteristiche e del grado di aggressività delle cellule che costituiscono il tumore dal quale è affetta ecc. Se necessario, chiedi un secondo parere.

È ancora controversa l'indicazione generale alla dissezione ascellare

in presenza di linfonodi sentinella contaminati. I pareri degli esperti su tale questione differiscono poiché spesso il beneficio della dissezione ascellare è minimo e non sempre dimostrabile.

### Possibili sequelle della dissezione ascellare:

- disturbi della sensibilità e dolori al braccio,
- limitazioni della mobilità articolare della spalla,
- gonfiore del braccio dovuto all'accumulo di linfa nei tessuti, in seguito a una stasi linfatica (linfedema, vedi pp. 85 sg.),
- dolori,
- suscettibilità alle infezioni (erisipela).

Anche la procedura del linfonodo sentinella, in rari casi, può avere queste conseguenze indesiderate.

In caso di disturbi, si rivolga senza esitazione al Suo medico per le necessarie cure.

### Asportazione chirurgica di metastasi

Un intervento chirurgico può migliorare la qualità di vita specialmente in presenza di metastasi ossee, quando si verificano fratture o in caso di aumentata suscettibilità a fratture.

In casi selezionati, a volte è possibile asportare chirurgicamente anche metastasi isolate (solitarie), lo-



calizzate, per esempio, nel fegato, nei polmoni o nel cervello. Compete a un senologo esperto valutare, caso per caso, se un intervento di questo tipo è indicato oppure no. Spesso è utile chiedere un secondo parere in merito.

## Radioterapia

La radioterapia è una terapia locale. Ciò significa che agisce solo localmente, ossia laddove i raggi colpiscono le cellule del corpo. Sotto questo aspetto si distingue dalle terapie farmacologiche che, a dipendenza della via di somministrazione, raggiungono altri distretti del corpo e agiscono così in modo sistemico.

La radioterapia danneggia le cellule tumorali impedendo loro di dividersi e di proliferare e, quindi, determinandone la morte.

- Dopo l'intervento chirurgico, l'intento della radioterapia è di distruggere eventuali cellule tumorali residue, riducendo così il rischio di recidiva e aumentando le probabilità di guarigione.
- In rari casi, per esempio, quando il tumore non è operabile, la radioterapia – ev. combinata con una terapia farmacologica – può rappresentare l'opzione terapeutica di prima scelta.
- Con la radioterapia è possibile rimpicciolire o eliminare metastasi isolate e, quindi, lenire i disturbi da esse provocati come, per esempio, i dolori.

La radioterapia può colpire anche cellule sane e comportare, di conseguenza, disturbi passeggeri. A differenza delle cellule tumorali, le cellule sane hanno quasi tutte la capacità di riprendersi.

La radioterapia può essere somministrata dall'esterno, attraverso la pelle, oppure dall'interno (p. es. con impianti).

### Radioterapia esterna (percutanea)

La radioterapia esterna è la modalità di radioterapia più diffusa. Un apparecchio che si trova all'esterno del corpo del paziente emette le radiazioni che attraversano la cute e colpiscono la zona da irradiare. Il volume bersaglio è delimitato con la massima precisione mediante immagini ottenute con una tomografia computerizzata (TC). È predefinita anche la dose di radiazioni da somministrare.

L'obiettivo è di focalizzare le radiazioni sull'area interessata dal tumore o su una metastasi isolata e di preservare il più possibile gli organi adiacenti (p. es. polmoni, cuore).

In generale, gli interventi di tipo conservativo sono seguiti da un'irradiazione completa della mammella operata. Sono in corso studi clinici per verificare se, in casi selezionati, basti un'irradiazione parziale della mammella che ha potuto essere preservata.

Di solito, la radioterapia inizia a distanza di alcune settimane dall'intervento chirurgico o dall'eventuale chemioterapia. La cicatrice deve essere bene adesa e la paziente deve avere recuperato completamente la mobilità del braccio.

La radioterapia può svolgersi in regime ambulatoriale ed è somministrata in un'unità di radio-oncologia e radioterapia. La radioterapia è frazionata in diverse sedute della durata di alcuni minuti ciascuna. La radioterapia si protrae complessivamente per tre-sei settimane ed è somministrata, di regola, cinque volte alla settimana, dal lunedì al venerdì.

### **Radioterapia interna (brachiterapia)**

Per la brachiterapia, la fonte di radiazioni è introdotta nel corpo, nelle immediate vicinanze del tumo-

re. In questo modo il tessuto sano assorbe una dose di radiazioni molto limitata. Inoltre, la posizione delle fonti di radiazioni rispetto al tumore rimane invariata anche quando la paziente si muove.

Una speciale modalità di radioterapia interna è rappresentata, per esempio, dalla brachiterapia interstiziale (dal lat. *interstitium* = interstizio e dal gr. *brachys* = corto, vicino). Tale modalità di radioterapia prevede l'introduzione di sottili sonde nel letto tumorale, ossia nell'area del seno che ospitava il tumore prima della sua asportazione chirurgica. Con un comando esterno a distanza, attraverso tali sonde è erogata per breve tempo un'alta dose aggiuntiva di radiazioni (Boost, dall'ingl. *to boost* = aumentare). La brachiterapia interstiziale non è molto praticata in Svizzera.

Sono in corso studi per verificare se l'irradiazione unica e altodosata del letto tumorale immediatamente dopo l'asportazione chirurgica di tumori poco aggressivi, ancora in sede d'intervento, renda superflua la radioterapia integrale adiuvante, ossia successiva all'inter-

#### **Per saperne di più ...**

... sulla radioterapia, leggi l'opuscolo gratuito della Lega contro il cancro «La radioterapia» (vedi p. 96).

vento chirurgico, della mammella residua. Tale radioterapia intraoperatoria (IORT) potrebbe servire anche per ridurre il numero di sedute di radioterapia postoperatoria della mammella residua.

### **Radioterapia dopo mastectomia**

Anche dopo l'amputazione della mammella (mastectomia) può essere necessario irradiare la parete toracica ed eventualmente i linfonodi adiacenti, per esempio ...

- ... se il tumore è grande.
- ... se non è stato possibile asportare il tumore con un margine di resezione in tessuto sano o insieme con sufficiente tessuto sano dal suo margine.
- ... se sono infiltrati diversi linfonodi.

Non vi è peraltro un consenso generale sulla radioterapia dei linfonodi.

### **Radioterapia in presenza di metastasi**

In special modo nel caso di problemi localmente circoscritti, legati alla presenza di metastasi ossee, la radioterapia, di solito, lenisce efficacemente i dolori, spesso importanti, favorisce il ricupero della mobilità e previene le fratture ossee. La radioterapia può essere somministrata anche dopo l'asportazione chirurgica parziale di metastasi.

In presenza di metastasi cerebrali, si valuta se è più opportuno irradiare tutto il cranio oppure singole sedi prescelte del cervello.

### **Possibili conseguenze della radioterapia:**

- stanchezza;
- eritemi, paragonabili a una forte ustione solare;
- rischio aumentato di sviluppare un linfedema (vedi pp. 85 sg.);
- la radioterapia della parte sinistra del torace o dei linfonodi retrosternali può compromettere la funzionalità del muscolo cardiaco;
- compromissione delle funzioni nervose, specialmente in seguito a radioterapia della cavità ascellare;
- a lungo termine, alterazioni della pigmentazione cutanea e della consistenza della pelle nonché del tessuto connettivo;
- cambiamento di forma del seno, indurimento del tessuto mammario;
- infiammazione dolorosa del seno (mastite), anche a distanza di mesi dalla radioterapia;
- in caso di radioterapia *successiva* all'intervento di ricostruzione mammaria: risultato cosmetico non ottimale;
- limitate possibilità per quanto concerne le tecniche di ricostruzione del seno.

Grazie alle nuove tecnologie, tali effetti secondari della radioterapia sono diventati più rari e meno forti di un tempo. Essi dipendono, comunque, dalla dose totale somministrata e dall'estensione della zona del corpo trattata con le radiazioni.

Parli degli eventuali disturbi che accusa o delle Sue preoccupazioni con il Suo radio-oncologo o con il personale curante.

Legga sull'argomento il sottocapitolo intitolato «Gestione degli effetti secondari» a pagina 43 sg.

## Terapie farmacologiche

Le terapie farmacologiche includono le chemioterapie, le terapie antiormonali e le terapie mirate. Spesso si somministrano più farmaci, in parte concomitanti, in parte sequenziali, secondo un preciso ordine di successione.

La decisione a favore di una terapia farmacologica adiuvante e la scelta terapeutica personalizzata dipendono solo fino a un certo punto dalla classificazione TNM e dal conseguente rischio di recidiva (vedi pp. 28 sg.).

Vanno tenute in considerazione anche le caratteristiche e il comportamento di crescita delle cellu-

le tumorali. Al capitolo «Diagnosi» trova spiegazioni in merito.

### «Identikit del tumore»

Purtroppo non si può prevedere con certezza in quali pazienti una certa terapia ritardi o impedisca alla malattia di ripresentarsi. Per tale motivo, oggi si analizza il tessuto tumorale per identificarne ulteriori caratteristiche biologiche (vedi p. 33). Ciò consentirà, con il tempo, di prescrivere unicamente farmaci ai quali il tumore risponderà con un'alta probabilità.

Lo schema della terapia farmacologica varia secondo il tipo di carcinoma mammario. Veda al riguardo anche «Suddivisione in sottogruppi» a pagina 34 sgg.

### Carcinomi mammari endocrino-responsivi (Luminal A e Luminal B)

La terapia consiste in diverse terapie antiormonali, eventualmente precedute da una chemioterapia.

### Carcinomi mammari HER2-positivi

La terapia consiste in una terapia cosiddetta mirata (con anticorpi monoclonali) combinata con una chemioterapia.

### Carcinomi mammari HER2-positivi ed endocrino-responsivi (Luminal B)

La terapia consiste in una terapia con anticorpi monoclonali e una chemioterapia, più una terapia antiormonale.

### Carcinomi mammari triplo negativi

La terapia consiste in una chemioterapia.

## Chemioterapia con citostatici

Si tratta di una terapia con farmaci che danneggiano le cellule inibendone la crescita, i cosiddetti citostatici (dal gr. *cytos* = cellula, *statikós* = atto a fermare). A differenza della radioterapia, che è indirizzata in modo mirato a una precisa parte del corpo e agisce solo localmente, tali farmaci raggiungono anche altre parti del corpo attraverso il flusso sanguigno. Per questo motivo la loro azione è definita sistemica.

### Modalità di azione

I citostatici impediscono alle cellule maligne che si rinnovano rapidamente di dividersi e, quindi, di moltiplicarsi. In questo modo è possibile eliminare o rimpicciolire eventuali residui tumorali nel corpo, rallentare la progressione della malattia e impedire la formazione di metastasi.

I citostatici danneggiano anche le cellule sane che si rinnovano rapidamente come, per esempio, le cellule del midollo osseo – il luogo di produzione delle cellule del sangue –, le cellule prodotte dai follicoli piliferi – che andranno a costituire i peli e i capelli –, le cellule di tutte le mucose che si rinnovano rapidamente (bocca, stomaco, intestino) nonché gli ovociti. Tale danno indesiderato alle cellule sane è la causa principale dei vari effetti secondari della chemioterapia. Tuttavia, mentre le cellule maligne muoiono, le cellule sane, in generale, hanno la capacità di riprendersi così che, una volta terminata la terapia, gli effetti collaterali, di solito, regrediscono.

La scelta terapeutica cade su citostatici diversi, a dipendenza della malattia oncologica e delle caratteristiche delle cellule tumorali. Nella cura del cancro al seno, spesso si combinano diversi citostatici. Ognuno di essi interferisce con una diversa fase della divisione cellulare. Combinando tra loro diversi citostatici si aumenta così l'efficacia della terapia, chiamata in questi casi *terapia combinata o polichemioterapia*.

Vi sono diversi schemi personalizzabili di trattamento del cancro al seno che non illustreremo in dettaglio.

## Indicazioni per la chemioterapia

### La chemioterapia ...

- ... è la terapia di prima scelta per i carcinomi mammari non endocrino-responsivi e triplo negativi.
- ... può essere combinata con una terapia con anticorpi (vedi pp. 72 sg.) se ciò è indicato in considerazione della diagnosi (HER2-positivo).
- ... può essere somministrata *prima* di una terapia antiormonale in presenza di un carcinoma mammario endocrino-responsivo e di un alto rischio di recidiva.
- ... può essere somministrata con un intervallo ravvicinato tra i cicli, ossia settimanalmente o ogni due settimane, in presenza di un elevato rischio di recidiva (vedi anche «dosaggio» qui di seguito).
- ... può essere combinata con un inibitore dell'angiogenesi (vedi p. 74) in presenza di metastasi.
- ... può essere somministrata *prima* dell'intervento chirurgico con lo scopo di rimpicciolire il tumore.
- ... può essere somministrata con un intento palliativo, per esempio per lenire i dolori o l'affanno respiratorio.
- ... spesso influisce positivamente sull'evoluzione della malattia.

## Svolgimento della terapia

Nella maggior parte dei casi, si inizia con la chemioterapia due o tre settimane dopo l'intervento chirurgico e, di norma, prima della radioterapia. La chemioterapia dura dai tre ai sei mesi, inclusi gli intervalli tra un ciclo e l'altro.

Normalmente i citostatici sono somministrati per infusione venosa in ambulatorio. Non è pertanto necessario il pernottamento in ospedale.

### Dosaggio

La dose dei singoli farmaci e gli intervalli di somministrazione sono stabiliti individualmente, ossia adeguati alla Sua persona e alla Sua patologia: la terapia è suddivisa in quattro fino a otto cicli. Tra un ciclo e l'altro si intercalano pause di durata variabile secondo lo schema di somministrazione. Durante gli intervalli tra un ciclo di chemioterapia e l'altro, le cellule sane possono riprendersi.

### Gestione della terapia orale a domicilio

Alcuni farmaci possono essere assunti a casa, sotto forma di compresse. Si pensi, in particolare, alle terapie mirate e antiormonali. Ciò presuppone che la paziente sia disposta ad attenersi rigorosamente alle modalità di somministrazione prescritte.

## Farmaci e misure di supporto

Il medico può prescrivere, anche in via preventiva, farmaci o misure di supporto per contrastare vari disturbi legati alla malattia o agli effetti secondari della terapia come la nausea, il vomito, la diarrea, la stitichezza, la febbre, le infezioni, l'affanno respiratorio, i dolori e la diminuzione del numero di globuli rossi e bianchi o di piastrine:

- antiemetici contro la nausea e il vomito
- antidiarroici contro la diarrea o lassativi contro la stitichezza
- antipiretici contro la febbre (in parte gli stessi farmaci che combattono i dolori)
- antibiotici contro le infezioni batteriche
- antimicotici contro le infezioni fungine
- analgesici contro i dolori
- misure contro le mucositi in bocca e in gola (p. es. sciacqui, cura del cavo orale)
- trasfusioni di sangue o antianemici nonché trasfusioni di piastrine in caso di elevato rischio di emorragia
- misure igieniche e farmaci a sostegno del sistema immunitario quando il livello di globuli bianchi è molto basso (leucopenia, neutropenia)
- bisfosfonati o anticorpi contro l'osteoporosi (rarefazione del tessuto osseo)
- preparati cortisonici, fra l'altro, per prevenire reazioni allergiche e per mitigare la nausea

È importante assumere i farmaci come prescritto, affinché la terapia sia efficace. Legga anche il sottocapitolo «Gestione degli effetti secondari» a pagina 43.

### **Frequenti effetti secondari dei citostatici**

Sono il tipo di farmaco, la sua combinazione con altri farmaci, il dosaggio e le peculiarità della paziente a determinare quali effetti secondari e quali sequele comporterà una terapia nonché quando e con quale gravità i disturbi insorgeranno. Il Suo medico La informerà in dettaglio al riguardo e Le proporrà adeguate misure di supporto per lenire gli effetti secondari della terapia.

Pressoché tutti i citostatici compromettono la produzione delle cellule del sangue nel midollo osseo e alterano i valori del sangue, nel corso della terapia. Ciò comporta un aumentato rischio di infezioni o di sanguinamenti e una stanchezza che non passa con il riposo (la cosiddetta *fatigue*; vedi a tale proposito l'opuscolo «Senza forze», p. 96).

Quasi altrettanto frequenti sono i seguenti effetti secondari: nausea e vomito, diarrea, problemi alle mucose (bocca, intestino, genitali), perdita dei capelli, squilibri ormonali, amenorrea temporanea o permanente (interruzione o scomparsa del ciclo mestruale) o compromissione della fertilità. Meno frequenti sono gli effetti tossici sul cuore (cardiomiopatia), sui reni e sul fegato.

A lungo termine, alcuni farmaci provocano allergie, dolori neuropatici e debolezza a livello muscolare e articolare (polineuropatia), alterazioni della pelle e delle unghie (diversa colorazione, acne, eruzioni cutanee, prurito ecc.) e alterazioni dolorose, di tipo infiammatorio, sui palmi delle mani e sulle piante dei piedi, accompagnate da disturbi della sensibilità, da formicolio ecc.

### **Chemioterapia sì, chemioterapia no?**

A un numero relativamente elevato di donne con un cancro al seno, specialmente alle pazienti che presentano un tumore localmente circoscritto, la chemioterapia non può essere né consigliata né sconsigliata. In tali casi non è chiaro se la terapia antionormonale da sola sia sufficiente. Vi sono nuove procedure diagnostiche che possono fornire elementi utili per valutare i pro e i contro di una chemioterapia. Inoltre, anche la filosofia di vita della persona, il significato che la malattia ha per il singolo, il suo rapporto con la medicina, la sua rappresentazione personale della morte giocano un ruolo nella decisione a favore o a sfavore di una chemioterapia.



## Chemioterapia sì, chemioterapia no?

### Pro

- Voglio sfruttare tutte le possibilità e sono disposta a farmi carico degli svantaggi che ciò comporta.
- Non voglio pentirmi, un domani, di non aver fatto tutto il possibile.
- Voglio sfruttare la possibilità di migliorare la mia aspettativa di vita e la mia qualità di vita.
- Seguo le raccomandazioni del mio medico.
- Sono un tipo combattivo.
- Con la chemioterapia posso forse influire sul mio destino.

---

---

---

---

---

---

### Contro

- Mi assumo il rischio che la malattia si ripresenti tra qualche anno e rinuncio alla terapia.
- Prendo la vita così come viene.
- Preferisco salvaguardare la qualità di vita di cui godo al momento piuttosto che metterla a repentaglio temporaneamente, nell'intento di migliorare la mia aspettativa di vita.
- Seguo le raccomandazioni del mio medico.
- Non posso comunque influire granché sull'andamento della malattia.

---

---

---

---

---

---

Se è indecisa sul da farsi, può essere utile chiedere un secondo parere.



Se si è confrontati con una decisione così difficile, è utile farsi spiegare dall'oncologo quali benefici è lecito attendersi dalla chemioterapia e in quale misura essa può contribuire ad aumentare le probabilità di remissione. Può essere utile consultare anche il medico di famiglia oppure soppesare i pro e i contro (vedi specchietto) con l'aiuto di uno psiconcologo o di una psiconcologa.

## Terapia antiormonale (terapia endocrina)

Le terapie antiormonali sono chiamate in gergo anche *terapie endocrine*. L'endocrinologia è la branca della medicina che si occupa degli ormoni.

Gli ormoni femminili possono stimolare la crescita delle cellule del carcinoma mammario. Ciò avviene in pressappoco tre quarti delle pazienti: esse presentano un carcinoma mammario endocrino-reattivo (HR+), detto anche «ormonodipendente». Ciò significa che, in misura più o meno marcata, le cellule del carcinoma mammario presentano recettori per gli ormoni femminili. A queste donne si consiglia una terapia antiormonale, indipendentemente dallo stadio della malattia, con l'intento di inibire la produzione di ormoni femminili o di impedire

agli ormoni femminili di stimolare la crescita delle cellule tumorali.

In questo modo è possibile abbassare il rischio che la malattia si ripresenti (ricidiva), che si formino metastasi e che si sviluppi un tumore nel seno controlaterale sano. L'importante è che la paziente assuma il farmaco con regolarità.

- La terapia antiormonale può essere somministrata da sola, come unica terapia farmacologica, in presenza di un tumore mammario molto sensibile all'azione degli ormoni, che presenta le caratteristiche biologiche tipiche di un carcinoma mammario altamente endocrino-reattivo (vedi pp. 33 sgg.), oppure nel caso in cui la paziente decide di non sottoporsi alla chemioterapia.
- In casi selezionati, una terapia ormonale può essere somministrata prima dell'intervento chirurgico o in sostituzione dell'operazione e della chemioterapia nelle donne in stato postmenopausale, affette da un carcinoma mammario endocrino-reattivo, localmente avanzato.

La sensibilità del tumore agli ormoni va accertata in ogni caso prima della terapia endocrina. Se la malattia è metastatica, spesso si valuta anche lo stato recettoriale di una metastasi. Non necessariamente esso è identico a quello del tumore primario.

A volte, la terapia antiormonale non è necessaria, per esempio in presenza di tumori poco aggressivi che non hanno ancora infiltrato i linfonodi e che sono stati individuati nel quadro di un programma di diagnosi precoce.

### Importante

La terapia antiormonale non va confusa con la terapia di *sostituzione* ormonale che è spesso prescritta per contrastare i disturbi tipici della menopausa e che incrementa il tasso di ormoni sessuali nel corpo.

### Svolgimento della terapia endocrina

Di solito, la terapia ormonale inizia appena dopo l'intervento chirurgico.

Spesso gli antiormoni sono assunti quotidianamente, sotto forma di compresse. La terapia si protrae per diversi mesi, secondo la situazione e il tipo di farmaco. Se la terapia ormonale ha l'intento di prevenire una recidiva, dura dai cinque ai dieci anni, un lungo

lasso di tempo che richiede molta costanza da parte delle pazienti. Infatti, è importante assumere la terapia antiormonale con regolarità, affinché impedisca efficacemente alle cellule del carcinoma mammario di crescere. L'ideale è che le donne che assumono una terapia antiormonale siano seguite da un medico, esperto in materia.

### Diversi tipi di farmaci

La scelta del tipo di farmaco e del relativo meccanismo d'azione dipende dall'età della donna, dal suo rischio di recidiva, da eventuali sue malattie concomitanti e dal fatto che essa sia già in menopausa oppure non ancora (vedi specchietto).

Il tipo di farmaco può cambiare nel corso della terapia antiormonale.

### Il principio attivo tamoxifene

Il tamoxifene e le altre sostanze che hanno una modalità di azione simile a questo principio attivo impediscono agli estrogeni, prodotti dall'organismo, di stimolare la crescita delle cellule del carcinoma mammario. Tali principi attivi sono detti «modulatori selettivi dei recettori degli estrogeni» (SERM) o – semplificando – anti-estrogeni.

Nella maggior parte dei casi, si usano farmaci con il principio attivo tamoxifene che «occupa» i recettori degli estrogeni, ossia i loro siti di attracco alle cellule tumorali, bloccandone l'azione.

#### Il tamoxifene ...

- ... è somministrato sia nelle donne in premenopausa, sia nelle donne in postmenopausa.
- ... nelle donne in postmenopausa può essere prescritto anche in alternanza con un inibitore dell'aromatasi.

#### Inibitori dell'aromatasi

Gli estrogeni sono prodotti principalmente nelle ovaie ma, in pic-

cola parte, anche nel tessuto adiposo e muscolare, dove la loro sintesi continua anche dopo la menopausa, una volta cessata l'attività follicolare ovarica, sotto l'influsso dell'aromatasi che è una particolare proteina detta enzima.

Inibendo farmacologicamente l'aromatasi, si blocca la produzione di estrogeni nel tessuto adiposo e muscolare. Di conseguenza, il livello di estrogeni si riduce praticamente a zero. In questo modo si frena la crescita delle cellule endocrino-responsive del carcinoma mammario.

- Anastrozol, Letrozol ed Exemestan sono farmaci apparte-

#### Stato premenopausale o postmenopausale?

La *menopausa* coincide con l'ultimo ciclo mestruale. La transizione tra il periodo riproduttivo e il periodo non riproduttivo della vita di una donna è detto *climaterio*.

Non sempre è possibile stabilire con certezza se la donna si trova in premenopausa, ossia nel periodo che precede la menopausa, o in postmenopausa, ossia nel periodo che segue la menopausa. Infatti, anche se i cicli mestruali sono cessati da tempo, le ovaie possono continuare a produrre ormoni femminili ancora per diversi mesi. Fintanto che ciò avviene, la donna è premenopausale, pur non avendo più le mestruazioni.

In tali casi è necessario accertare lo stato ormonale con un'analisi del sangue.

nenti al gruppo degli inibitori dell'aromatasi.

- Gli inibitori dell'aromatasi sono somministrati *dopo* la menopausa.
- Tamoxifen può rappresentare un'alternativa nel caso in cui gli inibitori dell'aromatasi non sono ben tollerati o lo stato menopausale non è chiaro.
- Altre combinazioni possibili: Tamoxifen per due o tre anni, poi inibitore dell'aromatasi o viceversa.
- L'uso di inibitori dell'aromatasi *prima* della menopausa non è raccomandato. Qualora, in via eccezionale, se ne valutasse l'impiego prima della menopausa, occorre preliminarmente sopprimere la funzione ovarica (vedi analoghi del GnRH).

### Analoghi del GnRH

GnRH è l'acronimo di Gonadotropin Releasing Hormone (dall'ingl. *release* = liberare). È un ormone che, attraverso vari segnali, stimola le ovaie a produrre ormoni sessuali.

Gli analoghi sintetici del GnRH impediscono all'ipofisi di inviare segnali alle ovaie per la produzione di ormoni. Tali farmaci ostacolano la funzione endocrina delle ovaie che cessano così di secernere ormoni sessuali femminili.

Se somministrati *prima* della menopausa, tali farmaci inducono un temporaneo climaterio iatrogeno. Una volta finita la terapia, a dipendenza dell'età della donna, la produzione di ormoni riprende.

- Al gruppo degli analoghi del GnRH appartengono farmaci con i principi attivi Goserelin, Leuprorelin ecc.
- Prima della menopausa, il tamoxifene può essere combinato con analoghi del GnRH, allo scopo di sospendere la funzione ovarica.
- Le giovani pazienti che desiderano figli devono poter beneficiare di una consulenza sulla fertilità per conoscere le possibilità che sussistono per salvaguardarla (vedi pp. 45 sg.).

### Soppressione della funzione ovarica

In alternativa, la funzione ovarica potrebbe essere soppressa in modo permanente attraverso l'asportazione chirurgica delle ovaie (ovarectomia) oppure con un'apposita tecnica radioterapica. Tali misure conducono in maniera repentina alla menopausa e in modo irreversibile all'infertilità. Per una giovane donna ciò causa un notevole impatto emotivo.

Se la malattia è causata da mutazioni genetiche (vedi p. 19), sussiste un rischio aumentato di carci-

noma ovarico. In presenza di un difetto genetico ereditario, l'ovarectomia può rappresentare l'opzione più efficace e più vantaggiosa per l'organismo della donna rispetto all'assunzione pluriennale di farmaci.

### **Frequenti effetti collaterali della terapia antiormonale**

- infertilità temporanea o permanente,
- disturbi tipici della menopausa come vampate di calore, secchezza delle mucose (occhi, vagina),
- tendenza all'osteoporosi,
- fratture ossee,
- tendenza a sviluppare trombosi o embolie (p. es. polmonari),
- disturbi della vista,

- sanguinamenti, alterazioni della mucosa uterina,
- dolori articolari e muscolari.

Alle giovani donne che, un domani, vorrebbero figli si consiglia di leggere a tale proposito anche il capitolo intitolato «Immagine di sé, procreazione e sessualità» a partire da pagina 45.

### **Altri farmaci**

#### **Bisfosfonati**

I bisfosfonati sono farmaci che prevengono e curano l'osteoporosi (fragilità delle ossa con conseguente predisposizione a fratture). Legandosi alla struttura dell'osso, i bisfosfonati ostacolano la progressiva diminuzione della densità minerale ossea. La loro sommi-

### **Danni ai denti e igiene orale**

*Prima* di iniziare la terapia, specialmente quella con i bisfosfonati, è necessario sottoporsi a una visita di controllo dal dentista. È utile informare il dentista che si è in procinto di iniziare una terapia con i bisfosfonati affinché La possa istruire al riguardo e, all'occorrenza, sanare i Suoi denti. Chieda al dentista di certificare lo stato dei Suoi denti prima dell'inizio della terapia con bisfosfonati, specificando se vi sono focolai infiammatori o infettivi oppure no. La cassa malati assume i costi di cure dentarie per danni ai denti insorti in seguito alla terapia con bisfosfonati solo a condizione che si possa provare che essi non sussistevano prima di iniziare con la terapia con bisfosfonati.

L'igiene orale previene i danni ai denti ed è molto importante. Essa va eseguita con regolarità e scrupolosità. Il personale curante La consiglierà volentieri in merito.

nistrazione avviene per infusione in vena o per via orale, sotto forma di compresse.

Alle donne malate di cancro al seno, i bisfosfonati sono somministrati in concomitanza con gli inibitori dell'aromatasi o gli analoghi del GnRH, allo scopo di ridurre il rischio aumentato di osteoporosi che tale terapia comporta. Prima della somministrazione dei bisfosfonati, si esegue una cosiddetta densitometria ossea, una tecnica diagnostica che consente di valutare la densità minerale delle ossa. I bisfosfonati si usano anche nella cura delle metastasi ossee.

### Anticorpi

Per la prevenzione dell'osteoporosi o di complicanze legate alle metastasi ossee, da qualche tempo si dispone inoltre di una terapia con anticorpi. Essa inibisce una proteina responsabile della progressiva diminuzione della densità minerale ossea.

Il principio attivo (Denosumab) è somministrato per iniezione in vena, di solito, una volta al mese, in presenza di metastasi ossee, e ogni sei mesi, quando lo scopo è quello di prevenire l'osteoporosi.

### Frequenti effetti secondari

- Disturbi simili ai sintomi influenzali che si risolvono nel

corso della terapia, nausea e leggera diarrea.

- Irritazioni cutanee (prurito, arrossamento) e infiammazioni del tessuto sottocutaneo.
- Infiammazioni della mascella/mandibola, osteonecrosi della mascella/mandibola.

## Terapie mirate

Le terapie mirate (in ingl. *targeted therapies*), in un certo senso, agiscono in modo diverso, per esempio, dai citostatici: ognuna di esse colpisce una specifica struttura posta all'interno o sulla superficie della cellula tumorale. Le terapie mirate sono quasi sempre somministrate in combinazione con un citostatico. *Mirate* significa che tali terapie danneggiano soprattutto le cellule tumorali, limitando al minimo il danno per le cellule sane.

Non saranno menzionati qui di seguito principi attivi oggetto di studi clinici (vedi p. 83) o non ancora omologati.

### Terapie con anticorpi

Gli anticorpi sono parte integrante del nostro sistema immunitario e servono alla naturale difesa del corpo. Essi sono attivati automaticamente per combattere agenti patogeni che il nostro sistema immunitario identifica come estranei all'organismo (batteri, virus



ecc.). Fino a un certo punto, gli anticorpi difendono l'organismo anche dalle cellule tumorali.

Oggi è possibile produrre anticorpi specifici in laboratorio. Essi sono disegnati per «dirigersi» selettivamente verso uno specifico bersaglio, ossia per legarsi esclusivamente alle cellule cancerose che presentano sulla loro superficie un particolare recettore.

Gli anticorpi «occupano» quindi il recettore responsabile della crescita di un particolare tipo di cellula tumorale, privandola in questo modo del segnale riproduttivo che ne assicura la divisione e quindi la sopravvivenza. Inoltre, il sistema naturale di difesa del corpo riconosce la cellula, così marcata, come estranea e la combatte a sua volta.

### Anticorpi HER2

Con gli anticorpi HER2 prodotti in laboratorio, come Trastuzumab o Trastuzumab-Emtansine, è possibile bloccare il recettore HER2 sulle cellule del carcinoma mammario. Di conseguenza, le cellule tumorali non ricevono più tali segnali di crescita. Ciò frena la crescita del tumore.

- I farmaci Trastuzumab e Trastuzumab-Emtansine sono indicati esclusivamente per il trattamento di tumori HER2-positivi

della mammella, ossia le cui cellule tumorali presentano sulla loro superficie un elevato numero di recettori HER2 (vedi p. 33).

- Trastuzumab è somministrato da solo, come monoterapia, oppure in combinazione con altri tipi di farmaci (terapia combinata).
- Trastuzumab-Emtansine è indicato come monoterapia nel trattamento del carcinoma mammario precedentemente trattato con Trastuzumab e con un citostatico appartenente alla classe dei farmaci cosiddetti taxani.
- Si eseguono controlli periodici della funzione cardiaca (ecocardiogramma) prima e durante il trattamento perché il Trastuzumab può ridurre l'efficienza cardiaca.
- L'anticorpo Trastuzumab è utilizzato anche in associazione con l'anticorpo Pertuzumab come primo trattamento. Ciò ne accresce l'efficacia. Pertuzumab da solo è poco efficace. La terapia con Pertuzumab è applicata per i carcinomi mammari HER2-positivi metastatici o recidivanti, in combinazione con Trastuzumab e il citostatico Docetaxel, a condizione che non sia stata ancora somministrata nessuna chemioterapia.

I farmaci summenzionati sono somministrati per un anno, una volta ogni tre settimane, per infusione continua, cioè tramite flebo. In presenza di metastasi, la terapia può durare più di un anno.

Inoltre è possibile la somministrazione mediante un'iniezione sottocutanea nella coscia. Tuttavia, tale forma di somministrazione non è ancora disponibile in Svizzera.

Gli effetti secondari più comuni che possono insorgere, specialmente all'inizio della terapia, sono sintomi simil-influenzali e disturbi cardiaci. La funzione di pompaggio del cuore va sorvegliata con ecocardiogrammi.

### Inibitore dell'angiogenesi

Tale anticorpo è diretto contro il fattore di crescita dell'endotelio vascolare (in ingl. *Vascular Endothelial Growth Factor*, VEGF) che gioca un ruolo importante nell'angiogenesi, cioè nella formazione di nuovi vasi sanguigni. Le sostanze attive (Bevacizumab) inibiscono l'angiogenesi, impedendo così al tumore di approvvigionarsi di sangue e delle sostanze nutritive in esso trasportate. In questo modo frenano la crescita tumorale. Il farmaco è somministrato ogni due-tre settimane per infusione continua in vena (somministrazione goccia a goccia).

- La terapia con Bevacizumab è indicata solo per i carcinomi mammari HER2-negativi che si sono diffusi ad altre parti dell'organismo ed è somministrata in combinazione con il citostatico Paclitaxel.

Il beneficio di tale terapia nella cura del cancro al seno è controverso: negli USA, alla fine del 2011, è stata revocata l'omologazione di un farmaco di questo tipo (Avastin®) per il trattamento del cancro al seno, poiché non vi sono prove sufficienti della sua efficacia. Sono in corso studi clinici sull'argomento.

Possibili effetti secondari possono essere stanchezza e debolezza, suscettibilità ai sanguinamenti e alle infezioni, ipertensione arteriosa, rischio aumentato di trombosi e problemi gastrointestinali. Le malattie menzionate per ultime sono chiare controindicazioni a una terapia con Bevacizumab.

Durante la terapia sono necessari controlli periodici della pressione arteriosa e della funzione renale.

### **Considerazioni generali sugli effetti secondari delle terapie farmacologiche**

Le reazioni ai farmaci variano da individuo a individuo: taluni pazienti accusano pochissimi effetti collaterali, tal altri, invece, devono sopportare conseguenze più pesanti.

Il Suo medico è tenuto a informarLa in dettaglio sui potenziali effetti secondari del farmaco o della combinazione di farmaci che Le saranno somministrati e sulle possibili misure lenitive.

Legga al riguardo anche il capitolo «Gestione degli effetti secondari» a partire da pagina 43 e lo specchietto «Farmaci e misure di supporto» a pagina 63.

Per saperne di più sulle terapie farmacologiche in oncologia, sui loro effetti secondari e sulle possibili misure per contrastarli può leggere l'opuscolo gratuito della Lega contro il cancro intitolato «Terapie medicamentose dei tumori».



# Svolgimento della terapia

## Trattamento del DCIS

Il carcinoma duttale in situ DCIS è una forma *iniziale* di tumore al seno. È detto anche precancerosi, pre-invasivo, intraduttale (vedi pp. 15 sgg.).

### Chirurgia

Pur trattandosi di una forma non invasiva di tumore al seno, in generale, è consigliata l'asportazione chirurgica del DCIS con un margine di tessuto normale attorno all'area interessata dalla lesione. Questo perché sussiste un certo rischio che, a distanza di diversi anni, si sviluppi un carcinoma.

D'abitudine, non è necessario rimuovere ghiandole linfatiche. Si procede all'analisi di linfonodi sentinella soltanto se il DCIS misura più di cinque centimetri, è localizzato in più punti della mammella o in presenza di fattori di rischio per il carcinoma mammario.

Una mastectomia, ossia l'asportazione chirurgica totale della mammella, è di solito raccomandata se il tessuto sospetto (microcalcificazioni, vedi p. 16) occupa diverse aree della mammella. Questa situazione si riscontra in un terzo dei DCIS.

In questi casi, la donna si trova di fronte a una decisione difficile perché non tutti i DCIS si trasforma-

no, con il tempo, in un carcinoma invasivo e non si può prevedere in quali pazienti ciò avverrà e in quali no.

Domandi quindi al medico:

- Che cosa può succedere se non mi faccio curare?
- Che cosa mi attende se mi faccio curare?
- In quale caso potrei beneficiare di un trattamento?

### Terapie farmacologiche

Se nel DCIS sono stati trovati i recettori ormonali, una terapia endocrina può eventualmente ridurre il rischio che si riformi un DCIS o che insorga un carcinoma invasivo nello stesso seno oppure nel seno controlaterale (terapie antiormonali vedi p. 67).

### Radioterapia

La radioterapia è di solito raccomandata dopo un intervento conservativo per ridurre il rischio che il DCIS si riformi nello stesso seno, in particolare alle donne giovani, alle donne che presentano un rischio aumentato di contrarre un cancro al seno e quando non è stato possibile ottenere un margine di tessuto sano dopo un intervento conservativo.

## Terapia nello stadio iniziale e localmente avanzato

La distinzione tra lo stadio iniziale, ossia localmente circoscritto, e lo stadio localmente avanzato si basa sul numero di linfonodi interessati dalla malattia, sulle dimensioni del tumore e, specialmente, sull'infiltrazione della parete toracica o no (vedi «classificazione TNM», pp. 28 sg.).

### Chirurgia

Nella maggior parte delle donne con un tumore in fase iniziale, ossia localmente circoscritto, è possibile un intervento conservativo, cioè di asportazione parziale del seno (vedi pp. 52 sg.). Durante l'intervento chirurgico, si verifica se il tumore si è propagato fino ai linfonodi dell'ascella.

Se le caratteristiche biologiche del tumore lo consentono, in alcuni casi si propone un trattamento con farmaci *prima* dell'operazione, con lo scopo di ridurre le dimensioni in modo che l'intervento possa essere più limitato. Si parla in questo caso di terapia neoadiuvante o primaria.

### Radioterapia

La radioterapia dopo l'intervento chirurgico può contribuire in modo significativo a migliorare le proba-

bilità che il tumore non si ripresenti più, poiché elimina eventuali cellule tumorali rimaste nella zona operata del seno.

### Trattamento con farmaci

I farmaci servono a ridurre il rischio che il tumore si ripresenti (recidiva) e a prevenire la formazione di metastasi.

### Chemioterapia

Non tutte le donne la cui malattia interessa anche le ghiandole linfatiche sotto l'ascella devono sottoporsi a una chemioterapia.

La chemioterapia può essere proposta sulla base di vari altri criteri come, per esempio, il fatto che il tumore sia positivo o negativo agli ormoni femminili, HER2-positivo o HER2-negativo.

Quando il tumore è *localmente circoscritto*, spesso è difficile decidere se sottoporsi alla chemioterapia oppure no.

Oggi giorno si sa che ...

- ... all'incirca 30 percento delle donne con un tumore allo stadio iniziale beneficiano di una chemioterapia, nel senso che essa riduce il rischio di recidiva risp. aumenta le probabilità di remissione completa.
- ... all'incirca 70 percento delle donne con un carcinoma mammario nello stadio iniziale non

necessiterebbe della chemioterapia.

Ecco perché molte donne, per sicurezza, decidono di sottoporsi alla chemioterapia.

Legga anche il sottocapitolo intitolato «Chemioterapia sì, chemioterapia no?» a pagina 64 e il capitolo «Accertamenti e diagnosi» a pagina 23.

In uno stadio *localmente* avanzato, in generale, si propone una chemioterapia prima dell'operazione, specialmente per la cura dei tumori negativi agli ormoni femminili. Di solito, questo tipo di tumore ha una crescita più aggressiva rispetto ai tumori positivi agli ormoni femminili.

Per la cura dei carcinomi mammari HER2-positivi, la chemioterapia preoperatoria (chiamata neoadiuvante o primaria) andrebbe combinata con una terapia mirata (anticorpi).

### Terapia antiormonale

L'impiego delle terapie ormonali è descritto a partire da pagina 67. Va preliminarmente accertata la sensibilità del tumore agli ormoni femminili.

### Terapia mirata

Se vuole informarsi sui tumori HER2-positivi, legga il capitolo «Terapie mirate» a partire da pagina 72.

## Terapia nello stadio metastatico

In presenza di metastasi, la malattia si trova in uno stadio avanzato, indipendentemente dalle dimensioni del tumore e dal numero di linfonodi interessati.

In questo stadio, l'intento prioritario della terapia è di rallentare la progressione della malattia, lenire i sintomi e salvaguardare al meglio la qualità di vita. Spesso ciò è possibile per diversi anni. L'approccio terapeutico è di tipo palliativo (vedi p. 42).

Il cancro al seno metastatizza spesso nelle ossa (fino al 60 per cento delle metastasi), nei polmoni (fino al 20 per cento) e nel fegato (circa il 10 per cento) e, più raramente, nel cervello.

### Operazione

In linea di massima, anche un carcinoma mammario metastatico è operabile in modo conservativo, secondo i criteri menzionati a pagina 52. Di solito, non è necessario asportare linfonodi. In presenza di metastasi in altri organi, l'indicazione all'operazione al seno è sempre da valutare individualmente.

Secondo l'estensione e la localizzazione delle metastasi, in certi casi si decide di non operare.

In casi selezionati, è possibile la resezione chirurgica totale o parziale di metastasi isolate cerebrali, ossee o epatiche.

A volte è possibile la stabilizzazione chirurgica delle ossa a rischio di frattura.

### Terapie supplementari

La scelta di terapie aggiuntive si basa sui seguenti criteri:

- ev. terapie precedenti,
- attuale sintomatologia,
- stato recettoriale per gli ormoni del carcinoma mammario e delle metastasi,
- stato di HER2,
- stato menopausale,
- tipo di metastasi e loro localizzazione,
- malattie concomitanti e terapie in corso.

Inoltre, la scelta delle terapie tiene conto delle esigenze personali e delle condizioni psicofisiche della paziente.

### Per saperne di più ...

... su come gestire la progressione della malattia, invitiamo alla lettura dell'opuscolo della Lega contro il cancro «Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono» (vedi p. 97).

### Terapie con farmaci

Tutti i gruppi di farmaci menzionati a partire da pagina 60 possono essere utilizzati anche per la cura del carcinoma mammario metastatico.

### Radioterapia

Soprattutto in presenza di metastasi ossee e cerebrali, può essere opportuno valutare l'indicazione per una radioterapia finalizzata al controllo dei sintomi.

### Crioterapia e ipertermia

Le metastasi epatiche isolate possono essere asportate con metodi di intervento non sistemici che si avvalgono del freddo (crioterapia) o del caldo (ablazione con radiofrequenza).

### Terapia in caso di dispnea

Quando le cellule tumorali infiltrano la pleura, può accumularsi del liquido nella cavità compresa tra il foglietto pleurico viscerale, che riveste i polmoni, e il foglietto pleurico parietale, che riveste la parete interna del torace. In questa condizione, detta in gergo *versamento pleurico*, la respirazione è affannosa. In questi casi, si chiude la cavità pleurica con un intervento chirurgico o con farmaci affinché non vi si possa più raccogliere del liquido.



## Trattamento della recidiva locale

La malattia può ripresentarsi, indipendentemente dal tipo di intervento chirurgico effettuato: conservativo nel caso in cui la mammella è stata preservata, o demolitivo nel caso in cui la mammella è stata amputata. Il rischio di recidiva è aumentato, fra l'altro,...

- ... nelle donne giovani.
- ... nel caso di tumori negativi agli ormoni femminili e di tumori triplo negativi.
- ... per grandi tumori.
- ... quando sono coinvolti i linfonodi.
- ... in caso di rinuncia a una radioterapia adiuvante o a una terapia adiuvante con farmaci.
- ... per i tumori HER2-positivi.

La terapia è sostanzialmente uguale alla precedente, a meno che, nel frattempo, non si siano formate metastasi. Per questo motivo, si raccomanda di ripetere la stadiazione del tumore (vedi sottocapitolo «Stadi di malattia», p. 27).

## Operazione

La scelta del tipo di operazione si basa su criteri individuali. In alcuni casi, è possibile (nuovamente) un intervento di tipo conservativo, cioè di asportazione parziale del seno (tumorectomia o quadrantectomia). In altri casi, è necessario asportare tutto il seno (mastectomia totale) e linfonodi.

## Radioterapia

In linea di principio, la radioterapia è possibile e opportuna, anche se è già stata effettuata quando il tumore è insorto la prima volta.

## Terapia con farmaci

La terapia endocrina è indicata in caso di tumore al seno positivo agli ormoni femminili. È dimostrata anche l'efficacia di un'ulteriore chemioterapia. È peraltro necessario valutarne caso per caso l'attuabilità.

In caso di recidiva, le pazienti con un carcinoma mammario HER2-positivo devono valutare attentamente con il proprio oncologo i possibili benefici e i potenziali effetti collaterali di una chemioterapia e di una terapia con anticorpi monoclonali.



## Terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca terapeutica continua. Alla fase preclinica, che si svolge in laboratorio, segue la fase clinica, che avviene presso i pazienti. Nell'ambito di studi clinici si verifica se i nuovi farmaci antitumorali si dimostrano più efficaci e sono meglio tollerati delle terapie standard.

È possibile che anche a Lei si proponga di partecipare a uno studio clinico. Oppure può informarsi Lei stessa sugli studi clinici attualmente in corso per la Sua patologia. È libera di accettare di partecipare a uno studio clinico oppure di rifiutare una tale proposta terapeutica. Anzi, anche una volta che ha accettato di essere arruolata in uno studio clinico, ha la possibilità di uscirne in qualsiasi momento. Un Suo eventuale rifiuto di partecipare a

uno studio clinico non ha alcuna ripercussione negativa sulla Sua terapia: beneficerà in ogni caso della migliore terapia possibile in conformità allo stato dell'arte nella cura della Sua malattia oncologica.

È di esclusiva competenza del Suo medico curante informarla sui possibili vantaggi e svantaggi che potrebbe comportare per Lei la partecipazione a uno specifico studio clinico. Vi sono pazienti che accettano di partecipare a uno studio clinico nella speranza che anche altri pazienti oncologici possano un giorno beneficiare delle nuove terapie.

L'opuscolo intitolato «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 97) spiega in che cosa consiste uno studio clinico e che cosa potrebbe implicare per Lei la partecipazione a uno studio clinico in generale.

# Altre terapie

## Protesi mammaria esterna e ricostruzione del seno

### Protesi mammarie esterne

In caso di asportazione completa della mammella, Lei sarà consegnata, quando sarà ancora degente, una protesi provvisoria che corrisponde alla misura del Suo seno naturale. Una volta che la ferita chirurgica sarà guarita, potrà farsi confezionare una protesi definitiva su misura (vedi riquadro).

Esistono anche protesi parziali. Nel caso di un intervento di tipo conservativo, può essere utile una protesi parziale per colmare una mancanza importante di tessuto nel seno dopo l'intervento.

Le protesi esterne sono chiamate nel linguaggio sanitario e assicurativo *esoprotesi mammarie definitive*.

### Ricostruzione completa o parziale del seno

Si consiglia di affrontare con il chirurgo plastico dedicato facen-

te parte del gruppo di specialisti curanti l'argomento della ricostruzione del seno prima dell'intervento di asportazione del tumore. Infatti, occorre ponderare la possibilità di ricostruzione immediata, ossia contemporanea all'intervento di asportazione del tumore, o ritardata.

### Buono a sapersi

- La ricostruzione del seno non influisce sulle probabilità di guarigione.
- La ricostruzione del seno non pregiudica l'affidabilità dei controlli periodici dopo il trattamento.
- È possibile anche una ricostruzione *parziale* del seno per ricreare le porzioni di tessuto asportate nell'ambito di un intervento chirurgico di tipo conservativo.

### Ricostruzione immediata

Se vi sono i presupposti, dal punto di vista medico, e se Lei lo desidera, la ricostruzione del seno avviene contemporaneamente all'intervento di asportazione del tumore. Ciò a condizione che il tumore pos-

### Per saperne di più sulle protesi mammarie ...

... sui vari modelli, sulla loro personalizzazione, sul loro costo e sul risarcimento delle spese da parte della cassa malati, può consultare l'opuscolo gratuito della Lega contro il cancro intitolato «Le protesi del seno – La scelta giusta» (vedi p. 96).

sa essere asportato con un sufficiente margine di tessuto sano di sicurezza e che non sia necessaria una radioterapia dopo l'operazione. In taluni casi, la radioterapia peggiora il risultato cosmetico.

Se, nel Suo caso, è praticabile una ricostruzione immediata, è importante che si accerti che la struttura sanitaria in cui sarà operata attui tutte le tecniche correnti di ricostruzione del seno. In caso di dubbio, può richiedere un secondo parere.

#### Ricostruzione differita o ritardata

Se, nel Suo caso, è sconsigliata una ricostruzione immediata o se Lei nutrisse delle riserve verso la ricostruzione e fosse ancora incerta sul da farsi, ha la possibilità di optare per una ricostruzione differita. Talune donne decidono di sottoporsi alla ricostruzione del seno solo uno o due anni dopo l'intervento di asportazione del tumore.

#### **Per saperne di più sugli interventi di chirurgia ricostruttiva ...**

... sulle riflessioni preliminari che vanno fatte prima di sottoporsi, sui risultati che è lecito attendersi, sui vari tipi di chirurgia ricostruttiva, su che cosa paga la cassa malati, può consultare l'opuscolo della Lega contro il cancro «Un nuovo seno?» (vedi p. 96).

Tal altre non si sottoporranno mai a una ricostruzione del seno.

#### Ricostruzione con propri tessuti e ricostruzione con protesi (detta anche impianto)

La scelta del tipo adeguato di ricostruzione deve essere individualizzata e condivisa tra Lei e i medici dopo averne discusso i rischi e i benefici con il chirurgo plastico, possibilmente prima dell'intervento di asportazione del tumore, in presenza del chirurgo senologo ed eventualmente del medico oncologo.

## Linfedema

In caso di asportazione di linfonodi, anche a distanza di anni dall'intervento chirurgico, può verificarsi un accumulo di linfa nel braccio omolaterale. Anche il torace può essere sede di un linfedema. Il rischio aumenta proporzionalmente al numero di linfonodi asportati. Può comparire un linfedema anche se il flusso di linfa è impedito da tessuto cicatriziale formatosi in seguito all'irradiazione dei distretti linfonodali.

In generale, un accumulo di linfa si manifesta con un gonfiore (edema), con conseguenti limitazioni nei movimenti e dolori.

L'edema ostacola l'ossigenazione dei tessuti interessati. Ciò accre-

sce la suscettibilità alle infezioni e comporta una progressiva perdita di elasticità degli stessi. Con il caldo e lo sforzo fisico i disturbi peggiorano.

Se notasse la presenza di segni o sintomi di linfedema, si rechi immediatamente dal medico e chiedi che Le sia prescritto un trattamento specifico (vedi riquadro). Quanto prima s'inizia, tanto più alte sono le probabilità di successo.

Il linfodrenaggio è indicato solo se la cute è integra e se la malattia è in remissione completa, ossia in assenza di segni che indicano che essa è in atto.

### **Come ridurre il rischio di linfedema**

Dopo l'operazione, il braccio, la spalla e l'ascella vanno mobilizzati il più presto possibile, sotto la supervisione di un fisioterapista. Gli esercizi di mobilizzazione articolare e di allungamento muscolare prevengono la formazione di aderenze del tessuto connettivo

e possono essere completati con massaggi e sedute di linfodrenaggio. Si informi al riguardo, qualora la Sua struttura sanitaria di riferimento non offrisse routinariamente questo programma di riabilitazione postchirurgica.

Il presente opuscolo è consegnato insieme con un librettino che è stato sviluppato appositamente per le donne operate al seno (vedi tasca sul retro di copertina). Contiene una serie di esercizi fisici ed è ottenibile anche separatamente. Inoltre, l'opuscolo intitolato «Attività fisica e cancro» (vedi p. 96) può aiutarLa a riacquistare fiducia nel Suo corpo.

### **Terapia contro il dolore**

I dolori legati al cancro possono quasi sempre essere leniti; in molti casi, regrediscono completamente. La terapia del dolore può essere di tipo farmacologico, ma può anche consistere in un trattamento di radioterapia o in un intervento chirurgico.

#### **Per saperne di più sul linfedema ...**

... sui rischi, sulle norme di comportamento più importanti, sulle misure preventive, sul trattamento adeguato e sulle prestazioni della cassa malati, può leggere l'opuscolo della Lega contro il cancro intitolato «Il linfedema e il cancro» (vedi p. 96).

Il cancro del seno provoca dolori specialmente quando è in uno stadio avanzato; in generale, sono le metastasi a causare dolori. Chi soffre di dolori, con il tempo, diventa fragile e vulnerabile. Perciò è importante che riferisca al Suo medico, per esempio, all'oncologo, che ha dolori. È controproducente tacere di avere dolori, sopportandoli in silenzio. Non bisogna arrendersi al dolore. La terapia del dolore offre un'ampia gamma di possibili misure di cui ogni paziente oncologico dovrebbe poter usufruire.

Esprima apertamente verso il Suo medico eventuali perplessità, Sue o dei Suoi familiari, nei confronti della morfina o di altri oppiacei.

La diffidenza nei confronti della morfina deriva, di solito, da credenze infondate, in particolare, dal timore di sviluppare una dipendenza farmacologica. Il Suo medico La rassicurerà. Ciò è essenziale perché i Suoi dolori potrebbero rispondere proprio alla morfina o ad altri oppiacei.

Se desidera approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura».

## Medicina complementare

Non pochi pazienti oncologici si affidano a metodi di medicina complementare, in concomitanza con le terapie convenzionali. Come lo dice la parola stessa, la medicina complementare o non convenzionale integra la medicina convenzionale, non la sostituisce.

I metodi di medicina complementare possono influire positivamente sulle condizioni generali e sulla qualità di vita dei pazienti durante e dopo le terapie; possono rinvigorire l'organismo e rendere meglio sopportabili gli effetti collaterali delle terapie convenzionali. In generale, non sono però efficaci contro il tumore.

Vi sono invece pazienti oncologici che rifiutano di sottoporsi a una terapia convenzionale e optano, in sua vece, per una terapia alternativa. La Lega contro il cancro sconsiglia una tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo intitolato «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 96).

Informi il Suo medico circa la Sua intenzione di ricorrere alla medicina complementare in modo che possiate scegliere insieme il metodo che fa per Lei. Metta al corrente il medico anche di eventuali rimedi che prende già o di terapie che sta seguendo per accertarsi che

siano compatibili con la terapia oncologica convenzionale.

Non assuma rimedi cosiddetti «naturali» senza il consenso del Suo medico. Anche prodotti di medicina complementare, in apparenza innocui, possono interferire con le terapie oncologiche e pertanto essere controindicati.

## Controlli periodici e riabilitazione

Nel periodo di osservazione successivo al trattamento, chiamato anche follow-up oncologico, è invitata a sottoporsi regolarmente a visite mediche, ad accertamenti ed esami clinici. Tali controlli periodici consentono, tra l'altro, di valutare gli effetti collaterali delle terapie e le sequele della malattia per poter prendere le necessarie misure terapeutiche.

I controlli periodici servono quindi a intervenire in caso di problemi come, per esempio, i dolori, la stanchezza, i disturbi menopausali ecc., sono però anche un'occasione per tematizzare eventuali difficoltà di natura psichica, professionale o sociale.

Se lo ritiene utile e necessario, può usufruire di un supporto psicologico per i malati oncologici (psicologia) o di un sostegno psico-

sociale (vedi pp. 93 sgg.). Anche il ruolo del Suo medico di base (medico di fiducia/di famiglia) è essenziale nel follow-up.

È importante che parli delle difficoltà che incontra nella gestione della malattia e che chieda aiuto nella ricerca di soluzioni. Ciò facilita la riabilitazione oncologica, ossia il reinserimento nella quotidianità.

Forse ha domande concernenti i cambiamenti dell'aspetto fisico, la fertilità o la sfera sessuale: non esiti a parlare di tali argomenti con il Suo medico oncologo di riferimento.

### Raccomandazione

#### Primi tre anni dopo l'operazione

- controlli seguiti da un colloquio medico con visita ogni tre mesi
- mammografia e sonografia una o due volte all'anno

#### A partire dal 4° anno dopo l'operazione

- controlli seguiti da un colloquio medico con visita ogni sei mesi
- mammografia e sonografia una volta all'anno
- ulteriori accertamenti in caso di sospetta recidiva (ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie) o di sospetta



progressione della malattia  
(presenza di metastasi)

#### A partire dal 6° anno dopo l'operazione

- controlli seguiti da un colloquio medico con visita una volta all'anno
- mammografia e sonografia una volta all'anno
- ulteriori accertamenti in caso di sospetta recidiva o di sospette metastasi

La frequenza dei controlli periodici dipende, fra l'altro, anche dal tipo di tumore, dallo stadio della malattia, dalle terapie e dalle Sue condizioni generali. Se è in corso una terapia antiormonale, che dura diversi anni, per esempio, è importante verificare regolarmente come è tollerata la terapia e come sono gestiti gli eventuali effetti collaterali.

Taluni disturbi possono essere correlati con una recidiva o con metastasi. I controlli periodici consentono di individuarle e di trattarle.

Non esiti a chiamare il medico o a prendere i medicinali di riserva che Le sono stati prescritti in caso di disturbi. L'équipe curante è a Sua disposizione anche tra un appuntamento e l'altro.

Per tornare in forze dopo la malattia e le terapie possono essere adottate varie misure riabilitative, prime fra tutte, l'attività fisica.

Non appena la cicatrice chirurgica è guarita e il medico Le dà il suo consenso, può nuovamente fare il bagno. Il nuoto La mantiene lesta, fa bene al morale e previene l'insorgenza di linfedemi.

Il moto è importante per le donne malate di cancro. L'influsso positivo di una regolare attività fisica sull'andamento della malattia nelle donne affette da un cancro al seno è scientificamente dimostrato.

Nell'opuscolo «Seminari» (vedi p. 96) trova offerte di sostegno a tema, della durata variabile compresa tra due e sette giorni (vedi capitolo «Consulenza e informazione», pp. 93 sgg.). Per maggiori dettagli sui corsi che si svolgono nei suoi paraggi, può contattare la Lega cantonale o regionale contro il cancro.



## Dopo le terapie

Oggi giorno le persone con una diagnosi di cancro, in generale, vivono più a lungo e godono di una qualità di vita migliore di un tempo. Spesso, tuttavia, le terapie sono lunghe e pesanti. Alcuni riescono a conciliare le terapie con la loro abituale routine quotidiana. Per altri, invece, ciò non è possibile.

Una volta concluse le terapie, non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Per settimane la Sua agenda era fitta di appuntamenti medici. Ha superato diverse terapie con l'accompagnamento e il sostegno della Sua équipe curante. Le persone a Lei vicine si sono prese cura di Lei e hanno tentato di sgravarLa dell'uno o dell'altro peso.

Vi è stato chi ha condiviso con Lei paure e speranze, dandoLe il coraggio di tenere duro. Per lungo tempo era al centro dell'attenzione altrui, per così dire.

Ora l'attenzione generale non è più tutta puntata su di Lei e sulle Sue condizioni di salute. Deve, in un certo senso, riabituarsi a cavarsela da sola, quasi in tutte le cose. Sarebbe normale se, in questo momento, si sentisse un po' persa o se avvertisse un vuoto interiore.

Le terapie sono finite, ma niente è più come prima. È possibile che

non se La senta ancora di affrontare la quotidianità, con tutti i suoi impegni. Forse soffre ancora delle conseguenze psicofisiche della malattia e delle terapie, si sente stanca, svogliata o profondamente triste.

Chi La circonda probabilmente non riesce a capire del tutto che cosa Le stia accadendo e si aspetta che Lei si rimetta al passo con il solito tran tran. È molto importante, invece, che Lei si concentri sui Suoi bisogni e che non si lasci mettere sotto pressione.

Si prenda tempo per adattarsi alle mutate circostanze. Cerchi di capire che cosa Le fa bene e che cosa contribuisce a migliorare la Sua qualità di vita.

Questi interrogativi potrebbero aiutarLa a fare più chiarezza:

- Che cosa conta di più per me in questo momento?
- Di che cosa ho bisogno?
- Come posso ottenere ciò di cui ho bisogno?
- Chi potrebbe aiutarmi?

### Comunicare con gli altri

Così come ognuno affronta a modo suo le questioni esistenziali, ogni paziente ha il proprio modo di vivere la malattia. Gli atteggiamenti possono essere i più disparati e spaziare da «Andrà tutto be-

ne» a «Basta che tutto vada bene» fino a «Ormai non c'è più niente da fare», «Sento che devo morire».

Il cancro incute paura, indipendentemente dalla prognosi. Intrattenersi con altri può facilitare l'elaborazione delle proprie esperienze legate alla malattia. Alcuni, infatti, sentono il bisogno di confidarsi con qualcuno. Altri, invece, non vogliono o non osano parlare delle proprie angosce, inquietudini e preoccupazioni. Altri ancora si aspettano che siano gli altri a rompere il ghiaccio.

Non ci sono regole valide per tutti. Ciò che una data persona considera utile, agli occhi di un'altra può apparire del tutto sconveniente. Sta a Lei scoprire quali sono le Sue esigenze e, in particolare, i Suoi bisogni in fatto di comunicazione, e quindi scegliere se aprirsi e con chi.

### **Chiedere aiuto**

Una volta finite le terapie potrebbe sentirsi un po' persa e beneficiare in modo speciale del sostegno della Lega contro il cancro o di altri professionisti della salute (vedi «Consulenza e informazione»).

Chieda consiglio anche al Suo medico, possibilmente prima che finiscano le terapie, qualora ritenesse di poter trarre beneficio da una particolare offerta di sostegno. Insieme potrete scegliere la misura più idonea per Lei e chiarire se i costi sono assunti dalla cassa malati.

# Consulenza e informazione

## Chieda consiglio

### Equipe curante

L'équipe curante può consigliare cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Rifletta anche Lei su possibili misure in grado di migliorare la Sua qualità di vita e di favorire la Sua riabilitazione.

### Infermiere dedicate ai problemi del seno

In alcune strutture sanitarie operano infermiere di senologia, cosiddette breast care nurses (BCN). Sono infermiere specialiste dedicate che fungono da referenti per le pazienti durante il loro percorso di malattia, che va dalla diagnosi al periodo di osservazione successivo alle terapie. Anche gli uomini con un tumore della mammella e i familiari possono beneficiare delle conoscenze specialistiche in ambito senologico e del supporto psicosociale delle infermiere di senologia. Esse facilitano la collaborazione interdisciplinare all'interno dell'équipe di specialisti e ne coordinano gli interventi terapeutici. Esse si fanno portavoce delle Sue esigenze, partecipano ai colloqui tra medico e paziente nonché alle riunioni interdisciplinari, dette tumorboards. La presenza di breast care nurses all'interno del team di specialisti è uno dei requisiti necessari per la certificazione del centro di senologia (vedi p. 38).

### Psiconcologia

Una malattia oncologica non ha ripercussioni solo fisiche, ma anche psicologiche ed emotive. Il cancro desta paure e suscita una tristezza che può aggravarsi fino a diventare una depressione. Se si sentisse sopraffatta da questi sintomi, chiedi sostegno psiconcologico da parte di una figura professionale appositamente formata per poterLa aiutare ad affrontare e a elaborare le Sue esperienze legate alla malattia.

Tutti i professionisti attivi nel campo della salute, che sono costantemente confrontati con pazienti affetti da una patologia onco-

logica e con i loro cari, possono offrire un supporto psiconcologico estemporaneo o continuato nel tempo: quindi medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, teologi ecc. L'essenziale è che abbiano seguito un percorso formativo interdisciplinare in psiconcologia.

### Fisioterapia

In seguito all'asportazione dei linfonodi possono insorgere dolori e la mobilità del braccio può risultare compromessa. A volte ciò si verifica anche se sono stati prelevati soltanto i linfonodi sentinella.

Un fisioterapista ospedaliero Le dimostrerà degli esercizi che L'aiuteranno a recuperare la funzionalità dell'arto. È molto importante che, anche una volta a casa, Lei continui a eseguire gli esercizi e sia seguita da un fisioterapista. Ricordi al Suo medico di riferimento di prescrivereLa la fisioterapia.

Per gli esercizi può prendere spunto anche dall'annesso libriccino intitolato «Il moto fa bene» (vedi tasca sul retro di copertina).

### La Lega contro il cancro del Suo Cantone o della Sua regione

Le leghe cantonali e regionali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per risolvere problemi organizzativi o di altra natura (p. es. assistenza ai bambini, aiuto nella compilazione delle disposizioni anticipate), sostegno finanziario in situazioni di disagio economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito giuridico. Forniscono materiale informativo. Organizzano gruppi di autoaiuto e corsi. Indirizzano agli specialisti (p. es. servizi di psiconcologia, consulenti sessuologiche, fisioterapisti abilitati al linfo-drenaggio, servizi medici che aiutano i pazienti oncologici a orientarsi nel mondo della medicina complementare).

### **Linea cancro 0800 11 88 11**

All'altro capo della Linea cancro risponde un'operatrice sanitaria che ha tempo per Lei, è pronta ad affrontare qualsiasi argomento legato alla malattia, sa accogliere le Sue emozioni, è in grado di orientarLa verso un possibile passo successivo. Le chiamate e le consulenze sono gratuite. Per gli utenti di Skype le consulenti specializzate della Linea cancro sono reperibili all'indirizzo [lineacancro.ch](http://lineacancro.ch).

### **Cancerline – una chat per bambini e adolescenti, una chat per adulti**

I bambini, gli adolescenti e gli adulti che lo desiderano possono chattare gratis con le consulenti specializzate della Linea cancro facendo il login su [www.legacancro.ch/cancerline](http://www.legacancro.ch/cancerline). Possono farsi spiegare la malattia, porre domande ed esprimere i loro sentimenti attraverso la scrittura. Reperibilità: da lunedì a venerdì dalle 11 alle 16.

### **Malati di cancro: come dirlo ai figli?**

Se è mamma, una delle prime domande che Le è balenata alla mente quando ha ricevuto la diagnosi di cancro al seno è stata sicuramente: come faccio a dirlo ai miei figli?

Il pieghevole intitolato «Malati di cancro: come dirlo ai figli?» si propone di aiutare i genitori a parlare della malattia con i propri figli e di fornire consigli utili anche agli insegnanti di bambini che hanno un genitore malato di cancro. Le consigliamo inoltre la lettura dell'opuscolo sullo stesso argomento «Se un genitore si ammala di cancro – Come parlarne con i figli?».

«Madame Tout-Le-Monde» è una bambola in cartoncino da vestire che è stata creata da una donna malata di cancro al seno per aiutare le mamme a spiegare ai propri figli più piccoli quello che accadrà loro durante le terapie. Ordinazioni online: [www.madame-tout-le-monde.ch](http://www.madame-tout-le-monde.ch) oppure [www.krebsliga.ch](http://www.krebsliga.ch) → Shop → Broschüren/Infomaterial → Brustkrebs → Madame Tout-Le-Monde

### **Guida cancro**

La «Guida cancro» della Lega contro il cancro è un albo virtuale per la divulgazione di servizi psicosociali offerti in Svizzera: [www.legacancro.ch/guidacancro](http://www.legacancro.ch/guidacancro). Il sito informa su corsi, servizi di consulenza ecc. volti a salvaguardare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari e a facilitare loro la convivenza con il cancro nella quotidianità.

### **Linea stop tabacco 0848 000 181**

I fumatori che cercano un aiuto per smettere di fumare possono usufruire di una consulenza personalizzata al solo costo della tariffa di telefonia mobile o fissa e, se desiderano essere accompagnati nel loro processo di disassuefazione dal fumo, saranno richiamati gratuitamente per un supporto continuato nel tempo.

### **Seminari**

La Lega contro il cancro tiene seminari in diverse località della Svizzera: programma e iscrizione online: [www.legacancro.ch/seminari](http://www.legacancro.ch/seminari); opuscolo cartaceo (vedi p. 96).

### **Attività fisica**

Per molti malati di cancro l'attività fisica ha un effetto rivitalizzante. Fare ginnastica in gruppo potrebbe aiutarLa a riacquistare fiducia nel Suo corpo e a sentirsi meno stanca. Si informi presso la Lega contro il cancro del Suo Cantone o della Sua regione e legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro» e sfogli il programma di ginnastica che trova nella tasca sul retro di copertina.

### **Opportunità di scambio**

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Non c'è un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia, ma può essere utile confrontare il proprio modo di far fronte a determinate situazioni con le modalità di gestione della malattia adottate da altri.

### Piattaforme virtuali

Se sente l'esigenza di condividere con altri le Sue esperienze legate alla malattia, può usufruire della piattaforma virtuale della Lega contro il cancro [www.forumcancro.ch](http://www.forumcancro.ch) o del forum di discussione dell'Associazione Malati di Cancro, parenti e amici [www.forumtumore.aimac.it](http://www.forumtumore.aimac.it).

### Gruppi di autoaiuto

Partecipando agli incontri dei gruppi di autoaiuto, si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Si informi presso la Sua Lega contro il cancro cantonale o regionale se vi sono gruppi di autoaiuto, gruppi di parola od offerte di corsi per persone malate di cancro e i loro familiari.

### Servizi di assistenza e di cura a domicilio o Spitex

In diversi Cantoni sono operativi servizi di assistenza e di cura a domicilio o Spitex specializzati nella presa a carico di pazienti oncologici. Per conoscerne i recapiti, prenda contatto con la Lega contro il cancro.

È possibile fare capo a queste organizzazioni in ogni fase della malattia. Infermiere abilitate possono renderLe visita a domicilio durante e dopo i cicli di terapia per consigliarLa, fra l'altro, su possibili misure lenitive in caso di effetti indesiderati.

### Dietista

Molti ospedali dispongono di un servizio di dietologia. Inoltre, sul territorio vi sono dietiste diplomate che lavorano come libere professioniste, in collaborazione con i medici. La loro associazione di categoria è la seguente:

SVDE/ASDD Associazione Svizzera  
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP  
Altenbergstrasse 29  
Casella postale 686  
3000 Berna 8  
Tel. 031 313 88 70  
[service@svde-asdd.ch](mailto:service@svde-asdd.ch), [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

Sul sito della ASDD, trova gli indirizzi delle dietiste indipendenti per Cantone: [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch) → Für Ärztinnen und Ärzte → Freipraktizierende Ernährungberater/innen

### palliative.ch

Per informazioni generali sulle cure palliative può rivolgersi al segretariato della Società svizzera di cure palliative o visitare il sito corrispondente sul quale, cliccando su *Offerte* e su *Dove trovo Cure Palliative?* trova, fra l'altro, una lista non conclusiva di indirizzi ai quali può rivolgersi nel Suo Cantone. Le organizzazioni promotrici di cure palliative si propongono di assicurare l'accesso a cure palliative di qualità per tutti, indipendentemente dal luogo di domicilio.

palliative.ch  
Bubenbergplatz 11  
3011 Berna  
Tel. 044 240 16 21  
[info@palliative.ch](mailto:info@palliative.ch)  
[www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)

### Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute risp. che il farmaco figuri nel cosiddetto Elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Chieda al Suo medico curante di informarLa compiutamente a tale proposito.

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 83) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Le nuove

terapie, in generale, sono invece soggette a restrizioni.

Non sempre l'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) e le assicurazioni integrative garantiscono la copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze. Verifichi la Sua copertura assicurativa prima di sottoporsi a qualsiasi terapia o prima di un trasferimento in un'altra struttura sanitaria.

Legga a tale proposito anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» e le pubblicazioni correlate «Le protesi del seno: la scelta giusta», «Un nuovo seno?», «Il linfedema e il cancro», «La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto».

## Opuscoli della Lega contro il cancro

- **Le protesi del seno: la scelta giusta**
- **Un nuovo seno?**  
Ricostruzione chirurgica del seno
- **Il linfedema e il cancro**
- **Uniti contro il cancro del seno**  
Domande principali e risposte
- **Uniti contro il cancro del seno**  
Fattori di rischio e diagnosi precoce
- **La radioterapia**
- **Terapie farmacologiche dei tumori**  
Chemioterapia, terapia antiormonale, immunoterapia
- **Alternativi? Complementari?**  
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia

- **Dolori da cancro e loro cura**
- **Senza forze**  
Cause e gestione della stanchezza associata al cancro
- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Il cancro e la sessualità femminile**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**  
Consigli e suggerimenti da capo a piedi
- **Quando anche l'anima soffre**  
Il cancro si ripercuote su tutte le dimensioni dell'esistenza  
*(Pubblicazione prevista per la primavera 2016)*
- **Il moto fa bene**  
Esercizi per donne operate al seno
- **Attività fisica e cancro**  
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Seminari 2015**  
Programma proposto dalla Lega contro il cancro
- **Accompagnare un malato di cancro**  
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Se un genitore si ammala di cancro**  
Come parlarne con i figli?
- **Malati di cancro: come dirlo ai figli?**  
Pieghevole di 8 pagine
- **Madame Tout-Le-Monde**  
Cartella con bambola da vestire in cartoncino; «Madame Tout-Le-Monde» può servire alle mamme malate di cancro al seno per spiegare ai loro figli più piccoli il percorso di cura, dalle terapie al ritorno alla quotidianità



- **Rischio di cancro ereditario**  
Una guida della Lega contro il cancro per malati e familiari
- **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- **Scelte di fine vita**  
Guida alla compilazione delle direttive anticipate
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**  
Fr. 15.– o download gratuito da [www.legacancro.ch/it/shop](http://www.legacancro.ch/it/shop) → Disturbi concomitanti, conseguenze della malattia
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**  
Guida alle offerte di sostegno nell'ambito delle cure palliative

#### Modalità di ordinazione

Lega cantonale o regionale contro il cancro  
Telefono 0844 85 00 00  
[shop@legacancro.ch](mailto:shop@legacancro.ch)  
[www.legacancro.ch/opuscoli](http://www.legacancro.ch/opuscoli)

Sul sito [www.legacancro.ch/opuscoli](http://www.legacancro.ch/opuscoli) trova tutte le pubblicazioni disponibili presso la Lega contro il cancro. La maggior parte delle pubblicazioni sono gratuite e sono fornite per posta o possono essere scaricate da Internet. Sono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro. Ciò è possibile soltanto grazie alla generosità dei donatori.

#### Ci interessa conoscere il Suo punto di vista

Può esprimere il Suo parere in merito al nostro opuscolo sul sito [www.forumcancro.ch](http://www.forumcancro.ch). La compilazione dell'apposito questionario richiede qualche minuto. La ringraziamo vivamente.

## Opuscoli di altre organizzazioni

**Il cancro della mammella**, 2014, libretto della Collana del Girasole a cura dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), [www.aimac.it](http://www.aimac.it)

**La mammografia, un aiuto per capire e per decidere**, 2009, opuscolo promosso dal Dipartimento sanità e socialità (DSS) e dall'Associazione Europa Donna, [www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Progetti/Mammografia\\_2010.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Progetti/Mammografia_2010.pdf)

**Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico**, 2009, opuscolo pubblicato dal Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro, [www.sakk.ch](http://www.sakk.ch) → Die SAKK bietet → Für Patienten → Broschüren

**I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico**, 2011, libretto della collana del Girasole a cura dell'Associazione italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), [www.aimac.it](http://www.aimac.it)

**Il ritorno a casa**, opuscolo a cura del Centro di Senologia della Svizzera Italiana, [www.eoc.ch/dms/site-eoc/ospedali\\_e\\_istituti/CSSI/CSSI\\_ritorno-a-casa\\_low/CSSI\\_2014.pdf](http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/ospedali_e_istituti/CSSI/CSSI_ritorno-a-casa_low/CSSI_2014.pdf)

## Lettere

Per consigli librari ci si può rivolgere alla Linea cancro 0800 11 88 11.

Silvia Roncaglia, illustrazioni di Cristina Cerretti, **L'anno del girasole pallido**, 2010, Edizioni Lapis: «Una storia intensa e coinvolgente sulla forza dei bambini e sulla loro straordinaria capacità di capire le difficoltà e superarle vincendo le paure.»

Sandra Weston, **Guarirai, vero, mamma?** Idee e fantasie degli adolescenti sulla salute e sulla malattia, prefazione di Silvia Vegetti Finzi, postfazione di Franco Cavalli, 2001, Edizioni Casagrande.

Alcune Leghe contro il cancro cantonali o regionali dispongono di una biblioteca che consente il prestito gratuito a domicilio di libri sul cancro. Prenda contatto con la Lega contro il cancro più vicina (vedi pp. 100 sg.).

## Internet

(in ordine alfabetico)

### Italiano

[Offerta della Lega contro il cancro](#)

[www.forumcancro.ch](http://www.forumcancro.ch)

Piattaforma virtuale di scambio

[www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch)

Servizi di sostegno della Lega svizzera contro il cancro e link dei siti delle Leghe contro il cancro cantonali e regionali

[www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch) → Prevenzione → Diagnosi precoce → Per le donne

[www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch) → Prevenzione → Geni Scheda informativa «Rischio familiare di cancro del seno e dell'ovaia»

[www.legacancro.ch/cancerline](http://www.legacancro.ch/cancerline)

Due chat gratuite, un'équipe di consulenti: l'una riservata ai bambini e agli adolescenti, l'altra attiva per gli adulti

[www.legacancro.ch/migranti](http://www.legacancro.ch/migranti)

Schede informative in albanese, portoghese, serbo-croato-bosniaco, spagnolo, turco e in parte anche in inglese su alcuni frequenti tipi di cancro e sulla prevenzione; la varietà degli argomenti e delle lingue sarà via via ampliata

[www.legacancro.ch/marchio\\_qualita](http://www.legacancro.ch/marchio_qualita)

Centri certificati di senologia

[www.legacancro.ch/riabilitazione](http://www.legacancro.ch/riabilitazione)

Seminari organizzati dalla Lega contro il cancro per affrontare con più serenità le ripercussioni della malattia

[www.legacancro.ch/guidacancro](http://www.legacancro.ch/guidacancro)

Albo virtuale per offerte di sostegno psico-sociale e corsi

### Altre fonti d'informazione, altri servizi

#### In italiano

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

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici AIMaC

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

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

[www.eoc.ch](http://www.eoc.ch) → Centri specialistici → Centro di Senologia della Svizzera Italiana → Sostegno pazienti

Gruppo sostegno pazienti con cancro al seno

[www.infoseno.org](http://www.infoseno.org)

Portale dedicato alla salute e al tumore del seno creato da Europa Donna della Svizzera italiana

[www.legacancro-ti.ch](http://www.legacancro-ti.ch)

Gruppi di autoaiuto nella Svizzera italiana

[www.triangolo.ch](http://www.triangolo.ch)

Associazione Triangolo: volontariato e assistenza per il paziente oncologico

[www.europadonna.ch](http://www.europadonna.ch)

Forum svizzero del cancro al seno

[www.eoc.ch](http://www.eoc.ch) → Centri specialistici

Centro Cantonale di Fertilità

[www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)

Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi

[www.physioswiss.ch](http://www.physioswiss.ch) → Ricerca di fisioterapisti → Ricerca avanzata

Associazione svizzera di fisioterapia

#### In tedesco (e francese)

[www.avac.ch](http://www.avac.ch)

Associazione che organizza corsi per i malati di cancro e i loro familiari con lo scopo di facilitare loro la convivenza con la malattia

[www.brustforum.ch](http://www.brustforum.ch)

Portale d'informazione supervisionato da medici specialisti e operatori sanitari

[www.psychoonkologie.ch](http://www.psychoonkologie.ch)

Società Svizzera di Psico-Oncologia

#### Il cancro della mammella nell'uomo

[www.legacancro.ch](http://www.legacancro.ch) → Il cancro → Tipi di cancro → Il cancro al seno nell'uomo

[www.airc.it](http://www.airc.it) → Informati sul cancro → Guida tumori → Seno uomo

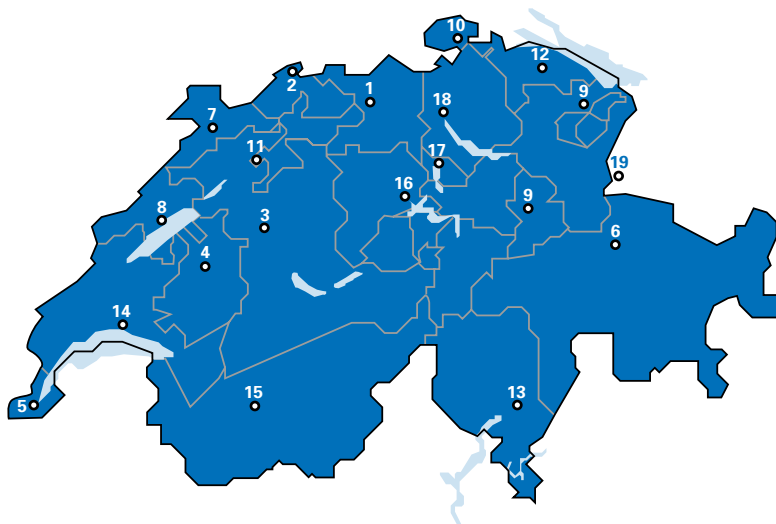
### In Inglese

**www.cancer.org** → Learn about cancer →  
Select a cancer type → Breast cancer  
American Cancer Society, USA  
**www.cancer.gov/cancertopics/types/breast**  
National Cancer Institute USA  
**www.cancer.net** → Cancer types → Breast  
Cancer  
American Society of Clinical Oncology  
**www.macmillan.org.uk** → Cancer informa-  
tion → Cancer types → Breast Cancer  
A non-profit cancer information service

### Fonti

La Lega contro il cancro attinge alle pubbli-  
cazioni e ai siti Internet menzionati in que-  
sto opuscolo quali fonti d'informazione. I  
siti indicati corrispondono a grandi linee  
ai criteri di qualità della Health On the Net  
Foundation e sono pertanto conformi al  
cosiddetto standard HONcode ([www.hon.ch/HONcode/Italian](http://www.hon.ch/HONcode/Italian)).

# La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



- 1 Krebsliga Aargau**  
Milchgasse 41  
5000 Aarau  
Tel. 062 834 75 75  
Fax 062 834 75 76  
admin@krebssliga-aargau.ch  
www.krebssliga-aargau.ch  
PK 50-12121-7
- 2 Krebsliga beider Basel**  
Mittlere Strasse 35  
4056 Basel  
Tel. 061 319 99 88  
Fax 061 319 99 89  
info@klbb.ch  
www.klbb.ch  
PK 40-28150-6
- 3 Bernische Krebsliga**  
**Ligue bernoise contre le cancer**  
Marktgasse 55  
Postfach 184  
3000 Bern 7  
Tel. 031 313 24 24  
Fax 031 313 24 20  
info@bernischekrebsliga.ch  
www.bernischekrebsliga.ch  
PK 30-22695-4
- 4 Ligue fribourgeoise contre le cancer**  
**Krebsliga Freiburg**  
route St-Nicolas-de-Flüe 2  
case postale 96  
1705 Fribourg  
tél. 026 426 02 90  
fax 026 426 02 88  
info@liguecancer-fr.ch  
www.liguecancer-fr.ch  
CP 17-6131-3
- 5 Ligue genevoise contre le cancer**  
11, rue Leschot  
1205 Genève  
tél. 022 322 13 33  
fax 022 322 13 39  
ligue.cancer@mediane.ch  
www.lgc.ch  
CP 12-380-8
- 6 Krebsliga Graubünden**  
Ottoplatz 1  
Postfach 368  
7001 Chur  
Tel. 081 252 50 90  
Fax 081 253 76 08  
info@krebssliga-gr.ch  
www.krebssliga-gr.ch  
PK 70-1442-0
- 7 Ligue jurassienne contre le cancer**  
rue des Moulins 12  
2800 Delémont  
tél. 032 422 20 30  
fax 032 422 26 10  
ligue.ju.cancer@bluewin.ch  
www.liguecancer-ju.ch  
CP 25-7881-3
- 8 Ligue neuchâteloise contre le cancer**  
faubourg du Lac 17  
case postale  
2001 Neuchâtel  
tél. 032 721 23 25  
LNCC@ne.ch  
www.liguecancer-ne.ch  
CP 20-6717-9

- 9 Krebsliga Ostschweiz  
SG, AR, AI, GL**  
Flurhofstrasse 7  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 242 70 00  
Fax 071 242 70 30  
info@krebssliga-ostschweiz.ch  
www.krebssliga-ostschweiz.ch  
PK 90-15390-1
- 10 Krebsliga Schaffhausen**  
Rheinstrasse 17  
8200 Schaffhausen  
Tel. 052 741 45 45  
Fax 052 741 45 57  
info@krebssliga-sh.ch  
www.krebssliga-sh.ch  
PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**  
Hauptbahnhofstrasse 12  
4500 Solothurn  
Tel. 032 628 68 10  
Fax 032 628 68 11  
info@krebssliga-so.ch  
www.krebssliga-so.ch  
PK 45-1044-7
- 12 Thurgauische Krebsliga**  
Bahnhofstrasse 5  
8570 Weinfelden  
Tel. 071 626 70 00  
Fax 071 626 70 01  
info@tgkl.ch  
www.tgkl.ch  
PK 85-4796-4
- 13 Lega ticinese  
contro il cancro**  
Piazza Nosetto 3  
6500 Bellinzona  
Tel. 091 820 64 20  
Fax 091 820 64 60  
info@legacancro-ti.ch  
www.legacancro-ti.ch  
CP 65-126-6
- 14 Ligue vaudoise  
contre le cancer**  
place Pépinet 1  
1003 Lausanne  
tél. 021 623 11 11  
fax 021 623 11 10  
info@lvc.ch  
www.lvc.ch  
CP 10-22260-0
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer  
Krebsliga Wallis**  
Siège central:  
rue de la Dixence 19  
1950 Sion  
tél. 027 322 99 74  
fax 027 322 99 75  
info@lvcc.ch  
www.lvcc.ch  
Beratungsbüro:  
Spitalzentrum Oberwallis  
Überlandstrasse 14  
3900 Brig  
Tel. 027 604 35 41  
Mobile 079 644 80 18  
info@krebssliga-wallis.ch  
www.krebssliga-wallis.ch  
CP/PK 19-340-2
- 16 Krebsliga Zentralschweiz  
LU, OW, NW, SZ, UR**  
Löwenstrasse 3  
6004 Luzern  
Tel. 041 210 25 50  
Fax 041 210 26 50  
info@krebssliga.info  
www.krebssliga.info  
PK 60-13232-5
- 17 Krebsliga Zug**  
Alpenstrasse 14  
6300 Zug  
Tel. 041 720 20 45  
Fax 041 720 20 46  
info@krebssliga-zug.ch  
www.krebssliga-zug.ch  
PK 80-56342-6
- 18 Krebsliga Zürich**  
Freiestrasse 71  
8032 Zürich  
Tel. 044 388 55 00  
Fax 044 388 55 11  
info@krebssligazuerich.ch  
www.krebssligazuerich.ch  
PK 80-868-5
- 19 Krebshilfe Liechtenstein**  
Im Malarsch 4  
FL-9494 Schaan  
Tel. 00423 233 18 45  
Fax 00423 233 18 55  
admin@krebshilfe.li  
www.krebshilfe.li  
PK 90-3253-1

## Legga svizzera contro il cancro

Effingerstrasse 40  
Casella postale  
3001 Berna  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@legacancro.ch  
www.legacancro.ch  
CP 30-4843-9

## Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00  
shop@legacancro.ch  
www.legacancro.ch/  
opuscoli

## Forum

www.forumcancro.ch,  
piattaforma virtuale della  
Legga contro il cancro

## Guida cancro

www.legacancro.ch/guida-  
cancro, albo virtuale della  
Legga contro il cancro per  
la pubblicazione di offerte  
psicosociali di sostegno  
(corsi, consulenze ecc.) in  
Svizzera

## Linea stop tabacco

massimo 8 centesimi  
al minuto (rete fissa)  
lunedì–venerdì  
ore 11.00–19.00

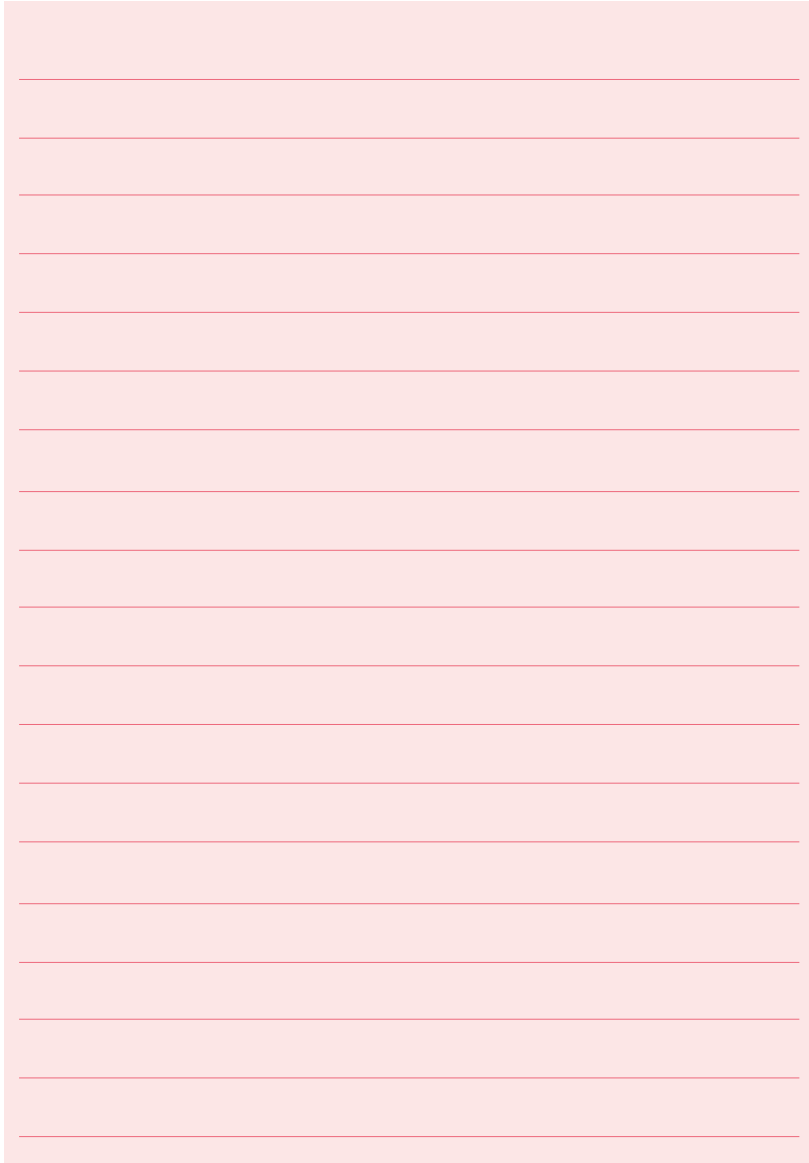
## Le siamo molto grati del Suo sostegno.

## Linea cancro 0800 11 88 11

lunedì–venerdì  
ore 9.00–19.00  
chiamata gratuita  
helpline@legacancro.ch

# Uniti contro il cancro

# I miei appunti ...



A large rectangular area with a light pink background and horizontal red lines, intended for writing notes. The lines are evenly spaced and extend across the width of the area.

Il programma di ginnastica per donne operate al seno –

«**Il moto fa bene**» – può essere ordinato gratuitamente

- presso la lega cantonale contro il cancro
- per telefono: 0844 85 00 00
- per posta elettronica: [shop@legacancro.ch](mailto:shop@legacancro.ch)
- online: [www.legacancro.ch/opuscoli](http://www.legacancro.ch/opuscoli)



# Il moto fa bene

Esercizi per donne operate al seno

Un'offerta della Lega contro il cancro



Offerto dalla Sua Lega contro il cancro: