

ATTENTE AL SENO!

argomenti di salute, benessere, storia e bellezza del seno

Yamamay e Lilt

uniti per la lotta
contro il tumore al seno

A cura di
Roberto Franchini e Francesco Domenico Rivelli



con il contributo di:

yamamay

ATTENTE AL SENO!

argomenti di salute, benessere, storia e bellezza del seno

Yamamay e Lilt

uniti per la lotta
contro il tumore al seno

A cura di
Roberto Franchini e Francesco Domenico Rivelli

Introduzione

(Roberto Franchini - Francesco Domenico Rivelli)

(Roberto Franchini - Francesco Domenico Rivelli)

Per una donna il carattere sessuale più evidente nel corpo è il seno che porta con sé una serie di implicazioni psicologiche profonde e arcaiche.

Il seno è concepito come organo simbolico e metaforico con significati anche diversi, che vanno dall'accoglienza, al nutrimento, all'affetto, al calore materno, alla sessualità, alla bellezza, all'arte, fattori tutti che condizionano la donna a livello culturale e morale. Il seno si "porta", quasi come un taglio di capelli, un look, una moda.

Ecco che nei secoli il seno è voluto inizialmente grande, anche esageratamente grande, come notiamo nelle arcaiche immagini preistoriche, che oggi vedremmo addirittura dismorfiche, con la loro taglia ottava di seno. Ma la simbologia che si cela dietro è chiara: col seno florido si inneggia all'abbondanza, alla fertilità, alla ricchezza...

Poi con il passare del tempo la moda l'ha voluto piccolo, accompagnato da forme piuttosto rotonde e generose dei fianchi, celato o svelato, ma pur sempre evidente.

Oggi assistiamo a fenomeni curiosi, quasi paradossali. La magrezza ostentata nelle passerelle (che un tempo sarebbe stata assimilata a povertà!) è immagine di una donna forte (o estremamente fragile?), eppure il suo seno è grosso rispetto al fisico minuto, ma chiaramente nulla ha a che vedere con il concetto di nutrimento! Il seno abbondante oggi è considerato bello (anche se l'eccesso di una decina d'anni fa è stato aborrito), ma ha perso il senso simbolico di madre - nutrice, almeno dichiaratamente. Tanto che la donna che allatta al seno si trova spesso a vivere in conflitto fra il ruolo di donna e quello di mamma, e subisce pressioni per distogliersi dal coinvolgimento con il figlio e tornare al più presto come "prima".

Dove il seno viene visto come oggetto sessuale, paradossalmente darlo ad un bambino appare come un uso improprio. La madre che allatta il suo bambino deve farlo in un mondo che vede il seno come oggetto sessuale, un paradosso a livello fisiologico, praticamente, considerata la reale funzione delle mammelle! Estetica, funzione ma anche malattia.

Lo stile di vita occidentale ed il tumore del seno, secondo i più recenti studi, sembrano però essere sempre più in stretta relazione. Sicuramente quanto e cosa mangiamo ha un notevole impatto sul rischio di tumore mammario. Abitudini, storia personale e genetica, l'età della prima mestruazione,

l'allattamento, l'età della menopausa, l'uso di ormoni e la terapia ormonale sostitutiva, sono fattori molto importanti, alcuni "amici" e altri nemici del seno. La dimostrazione di tutto ciò è confermata da un maggior numero di tumori nelle donne occidentali rispetto a quello delle civiltà agricole che seguono abitudini e ritmi di vita di un tempo. Ad esempio l'incidenza del tumore del seno nelle donne cinesi è 80 volte più bassa rispetto a quello alle cinesi che vivono a Boston. Queste ultime presentano infatti la stessa incidenza delle donne americane di Boston. La frequenza della malattia presenta un'ampia variabilità geografica: l'incidenza più elevata si osserva nei paesi occidentali economicamente più sviluppati rispetto alla incidenza 10 volte inferiore dei Paesi poveri del Terzo mondo.

Anche in Europa e nella stessa Italia la variabilità della incidenza è molto alta con un gradiente di rischio Nord - Sud: a Varese, Torino, Biella e Genova l'incidenza è di circa 150 casi per 100.000 donne per anno, mentre a Sassari, Ragusa e Napoli i tassi di incidenza sono inferiori ai 100 casi per 100.000 donne per anno. Negli ultimi anni l'aumento di incidenza della malattia è stato più significativo nel Sud per cui le differenze si stanno gradualmente attenuando. Negli anni ottanta si registravano 20.000 casi per anno; negli anni 90 oltre 30.000 casi e circa 45.000 casi negli anni 2000. Nonostante però questo incremento della incidenza, i tassi di mortalità per cancro della mammella negli anni novanta stanno diminuendo soprattutto nelle classi di età in cui vengono offerti programmi di screening mammografici.

Tumore alla mammella e mass media

(Renata Ortolani)

Fatti i dovuti e inevitabili distinguo, il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa - dalla carta stampata a Twitter - risulta importante e assolutamente positivo nella diffusione dei metodi di prevenzione, diagnosi e cura delle neoplasie mammarie. Con un plus valore legato alla forza psicologica che le pazienti e i loro familiari hanno senza dubbio ricavato, in questi decenni, nel vedere che il velo nero un tempo adoperato dalla collettività per rimuovere la malattia, e in particolare questa malattia, che tocca un simbolo cardine della femminilità, veniva mano a mano squarciato, ridotto e poi decisamente eliminato. Per lasciare posto a notizie tecnico - scientifiche, anticipazioni, spiegazioni, suggerimenti, trattazioni illustrate utili a scoprire e prevenire (vedi l'autopalpazione), elenchi dei centri, degli specialisti e dei gruppi (sempre attivissimi) di donne ammalate e/o guarite in campo contro il tumore. E decisi a sostenere sia la ricerca che le varie iniziative terapeutiche.

Se si dovesse stilare una sorta di pagella sull'azione di stampa e televisione, periodici femminili più o meno popolari, colti o "frivoli", quanto all'argomento seno & malattie ad esso correlate i giornalismo italiano riporterebbe voti buoni, alti: cosa non frequente quando si parla di problemi della salute e della cura, e cosa non facile. Lo sanno bene le centinaia di giornaliste che negli ultimi 40anni (prima con molta fatica e fra mille diffidenze, poi, da dieci anni in qua, senza incontrare ostacoli di sorta) si sono battute e impegnate per scrivere e parlare del tumore mammario evitando i toni tragici, le frasi criptiche, ma anche le affermazioni imprecise e a rischio di suscitare false speranze. Certo la classe medica, giustamente, vede con cautela e qualche timore la trattazione a volte troppo semplicistica di temi delicatissimi, tuttavia proprio sulle neoplasie al seno si è verificato in questi decenni un patto solido e proficuo fra camici bianchi, cittadine e mezzi di informazione: scorrendo con gli occhi della memoria giornali e trasmissioni televisive, rubriche e interviste, storie raccontate in prima persona e via via seminari, incontri in sedi istituzionali o nelle piazze, si vede che in questo ambito l'informazione si è messa al servizio delle donne e della scienza. Svolgendo in pieno, salvo errori ed omissioni certamente involontarie, quel compito di collante sociale e di volano delle azioni positive che sempre tutti vorremmo avesse. Nello sterminato fiume di input trasportati dai mezzi di comunicazione di massa spicca anche il ruolo lucidamente scelto e giocato da donne

in vista, nella società, per diversi motivi: star del cinema, della musica, della cultura e della politica, proprio usando i mass media, hanno detto al mondo della loro malattia, affrancandola, esorcizzandola per se stesse e per i milioni di donne che le ascoltavano, le leggevano o le vedevano in televisione raccontare la propria lotta contro il cancro al seno. Milioni di lettere, telefonate, mail in questi decenni sono state inviate da donne giovani e meno giovani, ammalate o solo allarmate da qualche possibile sintomo sospetto, alle redazioni dei giornali popolari, a quelli colti, quelli, più o meno dedicati ad argomenti sanitari: immediate e puntuali le risposte, date attraverso specialisti contattati ad hoc. Medici, donne, scienza e mass media dunque, sotto gli occhi di tutti sono stati e sono oggi alleati nella lotta per la salute, con una particolare sensibilità per ciò che concerne i problemi del seno: se è vero come è vero che uniti si vince, vinceremo.

Una certezza e "notizia" che già da sola fa bene a tutti.

Accreditamenti

(Dott. Claudio Andreoli)

"Caro Franchini, innanzitutto desidero ringraziare te e il prof. Alessandri per aver pensato di presentarmi il progetto divulgativo che state realizzando. La cosa mi interessa in modo particolare sia come FONCaM e, soprattutto, come Scuola Italiana di Senologia. Oltre che nella consueta e ormai trentennale attività di formazione e aggiornamento professionale di tutte le figure professionali impegnate in senologia la Scuola è infatti sempre più impegnata in programmi di divulgazione e informazione sanitaria finalizzati a far crescere la cultura della prevenzione nella popolazione (es. "Primavera Abruzzese 2012, 99 volte in rosa" manifestazione che si concluderà la prossima settimana e che, in tre mesi, ci ha visti impegnati nella realizzazione di ben 99 eventi su tutto il territorio regionale. Manifestazione che ci ha permesso di raggiungere decine di migliaia di persone con eventi nelle scuole, piazze, case di riposo, teatri, stadi, università, carceri, ecc.).

Per cui ti confermo che potete liberamente citare nella stesura del documento le linee guida FONCaM e che siamo lieti di dare il nostro patrocinio all'iniziativa secondo le modalità che riterrete più opportune (inserimento del nostro logo, breve introduzione, ecc).

Grazie ancora e buon lavoro.

Dott. Claudio Andreoli

Direttore - Scuola Italiana di Senologia Responsabile Organizzativo F.O.N.Ca.M

Ringraziamenti

Infine un ringraziamento al Prof. Sergio Alessandri, Libero Docente di Clinica Ostetrica e Ginecologica presso l'Università di Bologna nonché "veterano" fra i membri della Scuola Italiana di Senologia che, anche per il suo intervento presso il Prof. Claudio Andreoli, ha reso possibile il "gemellaggio" con queste benemerite ed efficientissime istituzioni (FONCaM e Scuola Italiana di Senologia) derivando, per questo, ancor maggior prestigio a questa pubblicazione.



Allorchè ci si accinge a pubblicare un libro, credo sia giustificato il desiderio di richiamare l'attenzione di un potenziale lettore proponendo una convincente immagine di copertina. Particolarmente in questo caso ove il problema è di attualissima importanza coinvolgendo la salute della donna.

E subito viene in mente il messaggio pittorico di Gustave Coubert (1819 - 1877). Si pensi per questo a "Donna con l'onda" del 1868; a "Donna col pappagallo" del 1866; a il "Sonno" del 1866 per non citarne che alcuni. Tutte opere nelle quali il seno vibra per la sua naturale bellezza suscitando stupore e desiderio per i tanti significati.

Bellezza e amore, innanzitutto, in un susseguirsi di emozioni che l'occhio comunica al cuore.

Le stesse emozioni senza tempo che anche Franco Sarnari, altro grande artista a noi contemporaneo, riesce a darci aggiungendovi persino la descrizione; legittimando così anche la bellezza del pudore femminile. Per questo è nell'indissolubile protezione della propria casa, della quale è regina, che la donna attende l'immancabile omaggio di una mimosa che il maestro Franco Sarnari ha pure dipinto con grande maestria.

Sergio Alessandri

Nella foto: Franco Sarnari (S.D.P.) "Il tempo perduto", olio su tela. 1983.

Testimonianza

Era il 29 Giugno 2010, quando, dopo una mammografia ed ecografia, avevo già capito a che cosa sarei andata contro, anche se il medico non mi aveva dato una risposta finale, mi recai al lavoro subito dopo frastornata ma decisa a combattere questa nuova sfida.

Pochi anni prima avevo perso la mia dolcissima mamma per un glioblastoma alla testa e sapevo bene il significato della parola Tumore.

Dopo successivi esami c'è stato il verdetto finale carcinoma al seno sinistro quindi subito chemioterapia per ridurre il male prima dell'intervento.

Il 30 Luglio 1° chemio e lì è partito questo nuovo percorso di vita dove, non sapevo esattamente a cosa sarei andata contro, ma con la grinta di sconfiggere il male, peccato però, che da lì a 15 giorni circa mi hanno trovato 3 metastasi al fegato e 1 alla D2 (colonna vertebrale).

In quel momento si è fermato il mondo la testa ha cominciato a vacillare... Chissà se arriverò a Natale, chissà cosa sarà della mia vita e via via... Pensieri negativi di tutti i generi.

Poi, come sempre faccio di fronte alle difficoltà, raccolgo tutte le energie e parto come un diesel lenta ma con la determinazione di raggiungere lo scopo.

Ci sono state diverse fasi emozionali, da quella della perdita totale dei capelli, a quella della trasformazione del tuo corpo, ma a tutto ciò mi sono sempre detta passa non è questo di certo un problema, anche se per molti diventa un grande turbamento psicologico.

Charlie Chaplin diceva "un giorno senza il sorriso è un giorno perso" e aveva perfettamente ragione e quello è stato il mio motto di vita.

Ho imparato a non odiare il mio male ma considerarlo come amico, e le metastasi compagni di merende perché solo così potevo produrre positività e quindi cellule benigne.

Le sofferenze sono state tante e ne porto ancora le cicatrici, ma andare avanti e magari fare coraggio agli altri, a chi ti sta vicino, mi ha dato e mi dà la carica per affrontare la patologia.

Purtroppo le persone che non hanno provato sulla propria pelle quello che vuole significare lottare contro il cancro, non sono in grado di capire completamente ciò che emotivamente sente un malato oncologico, tanto che si sentono quasi imbarazzati e più spaventati di noi.

L'informazione è stata importante, aiuta a gestire la malattia, e soprattutto ritrovarsi con persone che hanno avuto la

stessa esperienza e hanno lottato con le stesse paure è di aiuto, permette di renderci conto che non siamo soli."

La mia vita non è cambiata, ovvero la malattia non mi ha trasformata, ma solo mi ha dato la possibilità di mettere in primo piano le cose importanti e di capire fino in fondo il vero senso della vita, e quanto sia meravigliosa.

Ho imparato che i problemi non vanno affrontati con rabbia ma solo con pazienza, amore e sempre con il sorriso.

Sono passati 2 anni e mezzo dal quel 30 luglio e dopo mesi di terapie sono ancora qui a raccontare che le mie metastasi sono sparite, il tumore è regredito a tal punto che non mi hanno operato.

Ora continuo con queste terapie sostitutive alla chemio per cercare di debellare completamente la malattia e poi si vedrà, ma certo che non pensavo a un risultato del genere.

L'esperienza della malattia non toglie niente a noi stessi ma arricchisce e ci rende forti.

Abbiamo il privilegio di incontrare, sul nostro cammino, delle persone splendide, malati che diventano grandi amici, medici ed infermieri che ci sostengono e ci portano per mano e volontari che ci risolleivano ogni qual volta lo sconforto ci sfiora.

Grazie, a tutte le belle persone, e sono state tante, che mi sono state vicine partendo dalla mia famiglia ai parenti agli amici ed a tutti quelli che hanno camminato con me in questi anni. Grazie all'azienda in cui lavoro che malgrado i tanti mesi a casa mi ha sostenuto ed incoraggiato. Yamamay come azienda è sempre vicina e presente nel sostenere l'AIRC e LILT per la lotta contro i tumori in quanto produttrice di abbigliamento intimo e quindi attenta alle esigenze delle donne.

Un Grazie particolare al reparto Oncologico Valduce per la grande professionalità e umanità, soprattutto perché ti fanno sentire come in una famiglia, dove ogni qual volta che hai bisogno ti tendono una mano e ti confortano, ma soprattutto non ti fanno sentire un numero.

Infine, cosa molto importante, Grazie di cuore a Dio che ci protegge e ci sostiene in questa grande prova di vita.

E a tutti i malati oncologici FORZA e CORAGGIO noi siamo i vincitori e mai secondi.

Cordialmente Mariagrazia Repele

Glossario

Ablazione: asportazione, rimozione.

Acceleratore lineare: apparecchiatura costituita da un lettino su cui si sdraia il paziente, attorno al quale ruota la testata che eroga i raggi X.

Anatomo - patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Angiogenesi: processo che conduce alla formazione dei vasi sanguigni dai quali un tumore trae nutrimento, cresce e si sviluppa.

Antiblastici: sostanze che distruggono le cellule tumorali.

Anticorpi monoclonali: farmaci a bersaglio, ossia farmaci intelligenti che colpiscono in modo specifico una proteina presente sulle cellule tumorali o nel circolo sanguigno, che riconoscono in modo molto selettivo. Antiemetici: farmaci in grado di impedire la comparsa della nausea e del vomito.

Bifosfonati: farmaci in grado di prevenire l'indebolimento del tessuto osseo.

Bilaterale: che coinvolge due lati, in questo caso che è a carico di entrambe le mammelle.

Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

Cisti: piccole sacche di liquido che si formano nel tessuto mammario.

Derma: parte profonda della pelle, disposta tra il rivestimento epiteliale (o epidermide) in superficie, ed il tessuto adiposo in profondità.

Desquamazione: perdita dello strato superiore della pelle.

Displasia: alterazione che agisce sullo sviluppo di un tessuto o di un organo in fase di crescita, determinando alterazioni di forma, di dimensione e talora di funzione

Dissezione linfonodale ascellare: intervento chirurgico di asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella. Per questo si dice anche svuotamento.

DNA: sigla dell'acido desossiribonucleico, presente soprattutto nel nucleo cellulare, dove forma la cromatina e gran parte dei cromosomi. Serve a codificare l'informazione genetica.

Dotti galattofori: i canali attraverso i quali il latte giunge al capezzolo.

Edema: infiltrazione di liquido nei tessuti dell'organismo, specialmente in quelli connettivi.

Emocromo: esame di laboratorio che serve a valutare la quantità delle cellule (globuli bianchi, globuli rossi,

piastrine) presenti nel sangue periferico.

Fatigue - astenia: termine con il quale gli oncologi definiscono comunemente la sensazione di stanchezza che non passa con il riposo.

Fibroadenoma: formazione di tessuto ghiandolare e fibroso. È un tumore benigno.

Follow up: periodo di osservazione successivo al trattamento, durante il quale si effettuano controlli periodici per valutare la risposta della malattia al trattamento e intervenire tempestivamente in caso di problemi.

Globuli bianchi: cellule ematiche che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Globuli rossi: cellule ematiche che trasportano l'ossigeno e altre sostanze a tutti i tessuti dell'organismo.

Grading: parametro che esprime il grado di differenziazione cellulare.

HER2: proteina prodotta naturalmente dall'organismo.

Infertilità: incapacità di concepire.

Iperpigmentazione: aumento della colorazione della pelle e delle unghie.

Iperplasia: processo biologico progressivo che porta alla crescita del volume di un organo o di un tessuto per aumento del numero delle cellule che lo costituiscono.

Iperplasia duttale atipica: lesione proliferativa non maligna a carico dei dotti mammari.

Linfedema: gonfiore del braccio omolaterale.

Linfociti: tipo di globuli bianchi che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Mammografia numerica: La mappatura numerica sostituisce progressivamente la radiologia analogica e permette di eseguire una radiografia e di visualizzarla su uno schermo. In seguito, l'immagine può essere registrata su un supporto numerico (cd, dvd), ma anche riprodotta su un supporto pellicolare come una radiografia classica o spedita in modo securizzato tramite un network informatico.

Mammotome: Metodo di prelievo tissutale che utilizza il vuoto (aspirazione per depressione) e un ago cavo di circa 3 mm, munito di un coltellino cilindrico rotativo (macrobiopsia). Tale sistema permette di prelevare senza interruzione parecchi campioni di tessuto con una sola puntura. L'intervento è praticato in consultazione esterna, in anestesia locale. L'azione dell'ago è guidata mediante ecografia o stereotassia (sistema che permette di determinare la posizione di una lesione in uno spazio tridimensionale).

Mastectomia: Asportazione chirurgica totale della mammella. La decisione di dover togliere tutto il seno dipende dall'ampiezza del tumore, dalla sua situazione nel seno o dalla presenza di parecchi focolai tumorali.

Mastodinia: Sensazione di tensione dolorosa in entrambi i seni.

Metastasi: Sviluppo di cellule cancerogene a distanza dal luogo in cui si è inizialmente sviluppata la malattia.

Neoplasia: si intende un tessuto anomalo di nuova struttura riguardo all'organismo che lo ospita che tende a crescere in maniera incontrollata.

Nodulo: Formazione anormale, di forma tondeggiante, palpabile sotto la superficie cutanea. In radiologia, trattasi di un'immagine bianca, di forma più o meno rotonda, dai contorni ben delimitati e dal diametro di 1 - 2 centimetri.

Nulliparità: mancanza di figli. È nullipara la donna che non ha avuto gravidanze.

Omolaterale: che si trova dalla stessa parte della mammella interessata dal tumore.

Oncologo: medico specializzato nel trattamento dei tumori.

Ormonoterapia: somministrazione di ormoni a scopo terapeutico.

Osteoporosi: malattia che assottiglia e indebolisce le ossa; è più frequente nelle donne in età postmenopausale quando la diminuzione degli estrogeni favorisce la perdita di tessuto osseo. Di conseguenza aumenta il rischio di frattura anche a seguito di traumi molto lievi.

Ormonoterapia: Certi tipi di tumori al seno crescono consecutivamente alla circolazione naturale degli ormoni nel corpo. L'ormonoterapia è un trattamento medicamentoso il cui obiettivo è di sopprimere gli effetti di un ormone a cui il tumore è sensibile.

Ovariectomia: asportazione chirurgica delle ovaie.

Ovocita: cellula uovo prodotta ogni mese dalle ovaie della donna in età riproduttiva.

Premenopausale: prima della menopausa.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.

Postmenopausale: dopo la menopausa.

Progestinici: ormoni femminili.

Protesi: mammella in materiale sintetico, sostanzialmente identica per forma e dimensioni alla mammella naturale.

Prelievo citologico agoaspirato: Prelievo (punzione) effettuato per mezzo di un ago sottile per analizzare al microscopio le cellule ottenute.

Prelievo tessutale: Prelievo per l'ottenimento di un po' di tessuto da analizzare al microscopio (istologia) per determinare se si è in presenza o no di un cancro. Esistono tre tipi principali di prelievi istologici: la microbiopsia, la macrobiopsia e la biopsia chirurgica. La microbiopsia (prelievo di un frammento di piccolo calibro) e la macrobiopsia (prelievo di un frammento di più grosso calibro) sono sovente praticate da un medico radiologo che utilizza l'ecografia o la mammografia per guidare l'ago nel tumore. Esse sono eseguite in anestesia locale, senza ricovero. La biopsia chirurgica, sempre più rara, consiste in un intervento, in anestesia generale, per prelevare chirurgicamente del tessuto.

Prognosi: Stima concernente l'evoluzione e l'esito della malattia; possibilità di guarigione, rischio di recidiva e di metastasi. Per procedere alla valutazione dei rischi vengono combinati diversi fattori: il tipo di tumore, lo stadio precoce o avanzato del cancro all'inizio del trattamento. Essi indicano un «profilo prognostico» che contribuisce a proporre e scegliere il trattamento più appropriato.

Radioterapia: Trattamento che fa capo alle radiazioni per distruggere le cellule cancerose bloccando la loro capacità di moltiplicarsi. La radiazione ha lo scopo di distruggere tutte le cellule tumorali risparmiando per quanto possibile i tessuti sani.

Recettori ormonali: Molecole (proteine) recettrici situate sulle membrane delle cellule, che permettono a quest'ultime di rilevare la presenza di ormoni trasportati dalla circolazione sanguigna o prodotti dall'ambiente. I recettori ormonali controllano la proliferazione cellulare di determinati tumori, trattati con l'ormonoterapia. Scintigrafia: Metodo d'esplorazione medica in cui si inietta una sostanza leggermente radioattiva (il tracciante), che si fissa nell'organo da esaminare. Un apparecchio permette in seguito di ottenere delle immagini dell'organo e mostra, per esempio, la presenza di eventuali metastasi.

Sistema linfatico: Sistema che interviene nel processo di difesa dell'organismo (difesa immunitaria). All'interno dei vasi linfatici circola un liquido, la linfa che, come il sangue, percorre tutto l'organismo. Uno dei ruoli del sistema linfatico è l'evacuazione dei residui cellulari e il trasporto verso i gangli dei virus e microbi ove attivano il sistema immunitario. La linfa può trasportare delle cellule cancerose a distanza del tumore primitivo, provocando l'insorgere di metastasi.

Screening si intende un'indagine di massa tendente ad accertare precocemente la presenza di un tumore.

Stereotassi: Metodica di localizzazione di una lesione non palpabile, che impiega la guida mammografica. Vengono assunte due proiezioni oblique ($\pm 15^\circ$) della lesione e, successivamente, mediante un computer, ne vengono calcolate le tre coordinate nello spazio.

Svuotamento ascellare o ganglionare: Intervento chirurgico che consiste nell'asportazione di tutta o di una parte dei gangli linfatici dell'ascella in prossimità del seno in cui è stato scoperto un tumore, ciò al fine di determinare se contengono delle metastasi. Trattasi di un atto diagnostico e allo stesso tempo terapeutico. Scopo diagnostico: la presenza di cellule cancerose nei gangli significa che il cancro ha già iniziato a migrare. È il fattore più importante per determinare la gravità della malattia e la necessità di procedere o no a una chemioterapia. Scopo terapeutico: se ci sono delle metastasi nei gangli, esse vengono asportate all'atto dell'intervento operativo.

Tamoxifene: Farmaco antagonista ormonale (antiestrogeno) utilizzato nella terapia ormonale del carcinoma mammario dopo chirurgia o radioterapia. Viene impiegato anche nel trattamento del carcinoma metastatico.

Anatomia

(Alvise Pascoli - Roberto Franchini)

Il seno o mammella è un organo sessuale secondario, con un'anatomia complessa e dalla delicata struttura. Se nell'epoca pre - puberale, da bambine per intenderci, ha un'importanza relativa, il suo "fiorire" segnala quel passaggio dall'infanzia alla pubertà attraverso il primo sconvolgimento ormonale. Lo sviluppo del seno segue poi, per molti aspetti, l'evoluzione della donna. Aumenta di dimensioni nella gravidanza e nell'allattamento per poi trasformarsi negli anni successivi attraverso fenomeni di involuzione ghiandolare e sostituzione con tessuto grasso e conseguente perdita di tonicità. Un fatto fisiologico, vissuto per alcune donne con serenità per altre con ripercussioni psicologiche legate non solo all'aspetto funzionale ma soprattutto estetico.

Per mantenere il seno in salute e, perché no, in bellezza e per prevenire le modificazioni alle quali è destinato, a causa delle numerose ed inevitabili trasformazioni (in gravidanza, durante la menopausa, quando si allatta), è indispensabile conoscere com'è fatto, sapere cosa fare e cosa non fare per evitare al seno inutili traumi e per prevenire un invecchiamento precoce.

Già nelle prime settimane di gravidanza è riconoscibile nel feto l'abbozzo del capezzolo e del tessuto ghiandolare. Esso seguirà l'evoluzione embrionale fino alla nascita, quando non è comunque ancora distinguibile una differenza di sviluppo di questo organo tra maschio e femmina. Bisognerà attendere l'inizio della pubertà perché si avviino le modificazioni sessuali proprie del seno femminile.

Ogni mammella adulta è formata da 15-20 aree sovrapposte chiamate lobi (come un grappolo d'uva ricoperto dalla pelle). Ciascun lobo contiene, a sua volta, numerosi piccoli lobuli (simili a piccoli acini) terminanti in decine di minuscole ghiandole che servono per formare il latte al termine della gravidanza. I lobi, i lobuli e i bulbi sono collegati da sottili tubicini chiamati dotti. Questi si diramano sino al capezzolo, come affluenti di un fiume, situato al centro di una zona cutanea di colore scuro, l'areola. Quantità variabili di tessuto grasso si trovano negli spazi tra i lobuli e i dotti e contribuisce all'aspetto. La mammella non contiene tessuto muscolare, ma sotto ogni seno sono presenti i muscoli pettorali che ricoprono le costole.

Ghiandola vera e propria e tessuto grasso possono essere presenti in quantità modeste o assai esigue, come nella micromastia (o seno piccolo) e in abbondanza come nella

macromastia (seno molto grande). A tal riguardo, togliamo subito un dubbio: chi ha il seno molto sviluppato non è matematicamente detto che possa allattare di più rispetto ad un seno piccolo e viceversa. L'allattamento riconosce svariati fattori come vedremo più avanti.

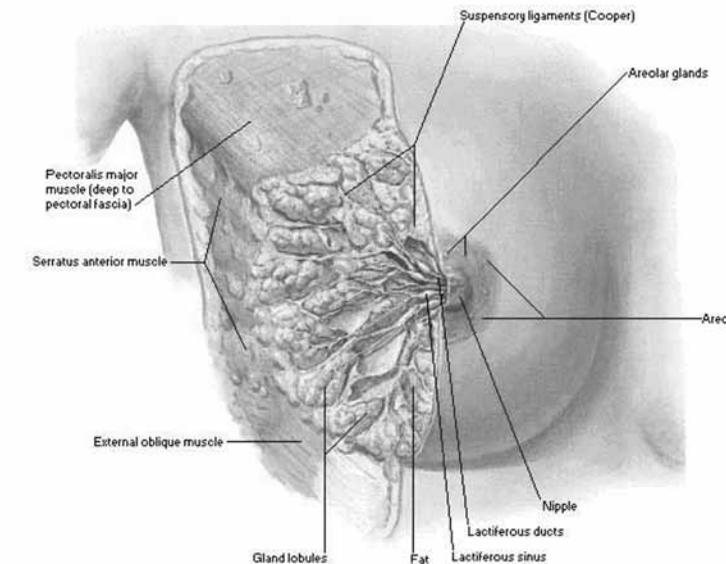
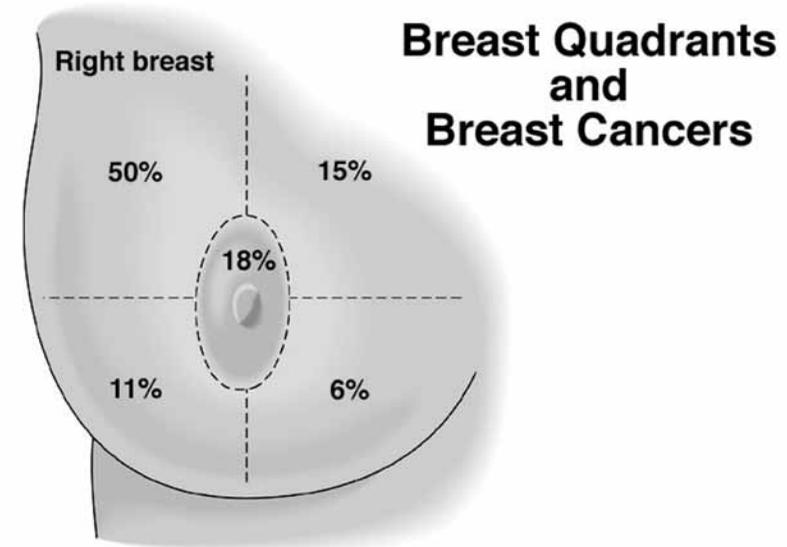
La mammella, così come tutti gli organi e gli apparati, gode di un sistema di vascolarizzazione arteriosa e venosa, di una innervazione e di una rete di drenaggio linfatico. In questa sede, come già annunciato nel titolo, ci limitiamo a dare soltanto dei cenni di anatomia, pertanto non tratterò i sistemi di vascolarizzazione e di innervazione, in quanto sarebbe una trattazione fine a se stessa e basta; il sistema di drenaggio linfatico deve per contro essere descritto, perché rappresenta la principale (ma non l'unica) via di diffusione metastatica del tumore della mammella, e riveste pertanto un ruolo fondamentale nella progressione della malattia.

I vasi linfatici sono dei sottili condotti (simili alle vene nell'aspetto), che trasportano un liquido detto "linfa". Quest'ultima si presenta come un liquido chiaro, e contiene i prodotti di rifiuto dei tessuti (i cosiddetti cataboliti) e del sistema immunitario. La rete linfatica assomiglia ad una "catena di rosario", pertanto i dotti linfatici riversano la linfa in piccole strutture nodulari dette linfonodi (o ghiandole linfatiche). I linfonodi si situano in zone particolari del nostro corpo a formare delle vere e proprie "stazioni di scambio" del sistema linfatico.

Nel cavo ascellare è situata la stazione linfatica della mammella, ed è in questa sede che compaiono normalmente le prime metastasi linfonodali, in seguito alla comparsa di un tumore.

Da un punto di vista medico la mammella si divide in quadranti per facilitare la reperibilità di un rilievo patologico, come da figura sottostante.

Byer/Shainberg/Galliano Dimensions Of Human Sexuality, 5e. Copyright © 1999, The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.



La mammella dalla pubertà alla menopausa

(Dr.ssa Tiziana Bartolotti)

Mi occupo da circa trent'anni di ginecologia e, in particolar modo, negli ultimi venti, di medicina della riproduzione umana.

Il ginecologo è sicuramente la prima persona a cui la donna si rivolge per prevenire o diagnosticare le malattie dei genitali e delle mammelle, per avere consigli sull'allattamento e sulle terapie ormonali in menopausa, per cercare un figlio o risolvere i sintomi della menopausa dopo l'esperienza di un tumore mammario, ed ancora per parlare della propria sessualità e per avere consigli estetici sulle proprie mammelle. Posso quindi affermare che, raccogliendo le confidenze più intime delle nostre pazienti, abbiamo la fortuna di conoscere a fondo il meraviglioso universo femminile ed il suo rapporto con la parte più sensuale del suo corpo.

Nelle prossime pagine descriverò ciò che avviene nelle mammelle nelle diverse età, sia nella fisiologia che nella patologia, e cercherò di trasmettervi quello che il mio mestiere ed anche le mie pazienti mi hanno insegnato nel corso di questi anni.

Lo sviluppo delle mammelle

Le mammelle originano da quella che si chiama "cresta mammaria" o "linea del latte" che è un sottile ispessimento lineare dell'epidermide, cioè dello strato più esterno della pelle, che compare alla sesta settimana di vita intrauterina e che si estende dall'ascella all'inguine. Nelle settimane successive, nel torace, bilateralmente, la cresta mammaria diviene più spessa e si approfondisce formando una fossetta da cui prendono origine 15 - 20 cordoncini solidi da cui originano i dotti primari della futura mammella, mentre il resto della cresta, lungo l'asse ascella - inguine, scompare. Alla nascita i dotti si aprono all'interno della fossetta e, in seguito ad un successivo processo di proliferazione di tessuto ed alla sua estroflessione, si originano il capezzolo e l'areola.

La mammella è un organo dinamico che si trasforma in seguito all'influenza degli ormoni prodotti nelle diverse età femminili. Alla nascita, l'abbozzo mammario, sia nei maschi che nelle femmine, può andare incontro ad una transitoria stimolazione secondaria alla presenza di alti livelli di ormoni prodotti dalla placenta al termine della gravidanza. Ciò

comporta un'estroflessione verso l'esterno del capezzolo e, nel 10% dei neonati, può essere palpata una ghiandola notevolmente ingrossata. Queste prime strutture possono produrre una secrezione lattescente, denominata "latte della strega" che viene prodotta alcuni giorni dopo la nascita. I capezzoli del neonato, in questo caso, non devono essere né spremuti, e né fasciati. Tutti questi fenomeni neonatali della mammella si attenuano entro le prime due settimane di vita e la mammella subisce marcati cambiamenti involutivi che portano al periodo quiescente dell'infanzia.

Nell'infanzia, fisiologicamente, la mammella è silente ed inizierà il suo sviluppo solo nella pubertà, in seguito alla produzione di ormoni (estrogeni e progesterone) da parte dell'ovaio.

In genere, l'intero processo della maturazione puberale si completa in un periodo di circa quattro anni e la comparsa del bottone mammario, chiamato telarca, rappresenta la prima manifestazione clinica della pubertà, precedendo di circa due anni la comparsa del menarca, cioè della prima mestruazione. In questa fase della vita, lo sviluppo della mammella avviene grazie alla sinergia esistente fra gli ormoni estrogeni, principali promotori della crescita e dello sviluppo mammario, ed il progesterone, prodotto in seguito all'ovulazione ed utile, in particolar modo, per formare la ramificazione terziaria dei dotti e per lo sviluppo degli alveoli da cui si formerà il latte.

Durante la pubertà, è normale che esista una fisiologica asimmetria fra le due mammelle; pertanto, care mamme, non preoccupatevi se le mammelle di vostra figlia appaiono di dimensioni differenti. Le vere asimmetrie con ipersviluppo di una mammella rispetto all'altra vanno sempre diagnosticate al termine della pubertà ed è importantissimo che in queste situazioni il problema non venga eccessivamente sottolineato in ambito familiare, poiché ciò potrebbe essere causa di importanti ripercussioni psicologiche. Ricordo di aver visitato ragazze con differenze significative fra le due mammelle e che non esprimevano alcun turbamento per la loro condizione anatomica, mentre, in altre occasioni, anche con difetti minori, le ragazze esprimevano un forte disagio per la loro anomalia tanto da desiderare, appena possibile, l'intervento chirurgico.

Nella fase postpuberale, la mammella è caratterizzata anche da variazioni cicliche della sua struttura, secondarie, ancora, alla variazione della concentrazione ematica ormonale. Nella

prima fase del ciclo mestruale, cioè nei primi 12 - 14 giorni, vengono prodotti prevalentemente ormoni estrogeni che sviluppano nuovi dotti e, dopo l'ovulazione, progesterone che forma nuovi lobuli e rigonfia il tessuto che avvolge i dotti ed i lobuli mammari. In gergo tecnico, il rigonfiamento viene definito edema, mentre il tessuto che circonda i dotti ed i lobuli che contiene fibre elastiche ed ha funzioni di sostegno, viene definito stroma. Se non compare una gravidanza, la caduta dei livelli ormonali di progesterone, in prossimità della successiva mestruazione fanno scomparire l'edema stromale che è responsabile del senso di tensione mammaria premenstruale e la successiva produzione di estrogeni comporterà lo sviluppo di nuovi dotti e quella di progesterone di nuovi lobuli. La ghiandola mammaria è in grado di funzionare, in genere, due anni dopo il menarca e lo sviluppo continua fino all'età di trent'anni circa. Dall'età di 35 anni, invece, inizia l'involutione fisiologica della mammella che comporta, nel tempo, la riduzione delle strutture ghiandolari e la comparsa di prevalenza di tessuto adiposo

Anomalie numeriche dello sviluppo mammario

Se la cresta mammaria non regredisce totalmente, possiamo avere anomalie numeriche di sviluppo delle mammelle. L'agenesia o l'amastia, l'aplasia (cioè l'assenza di tessuto mammario) o l'assenza del capezzolo e/o dell'areola mammaria sono piuttosto rari, mentre è più frequente osservare un aumento del numero delle mammelle e dei capezzoli. Tali condizioni vengono definite "mammelle sovranumerarie" o "polimastia" o "politelia" a seconda del tipo di anomalia.

- **Mammella sovranumeraria:** vengono così definite le mammelle localizzate al di fuori della loro sede naturale e composte da tessuto ghiandolare ben rappresentato o atrofico, areola e capezzolo. Sono localizzate, nel 90% dei casi, lungo la linea del latte nella regione fra la sede tipica mammaria e l'inguine. Più raramente possono essere localizzate nel volto, nel collo, nella spalla, nella coscia o nella natica.

- **Polimastia:** si definisce così la presenza di solo tessuto

mammario sovranumerario, in assenza di capezzolo ed areola. Le sedi più comuni sono: l'ascella, la regione sternale, sottoclavicolare o epigastrica, cioè nella parte superiore e centrale dell'addome.

- **Politelia:** con tale termine si definisce la presenza sovranumeraria di capezzoli, è presente nel 2 - 6% delle donne e degli uomini ed ha poco significato clinico. A volte la diagnosi non è immediata, poiché il capezzolo anomalo può essere confuso con un nevo pigmentato o con un tumore della pelle.

Anomalie morfologiche dello sviluppo mammario

In questo capitolo descriverò le anomalie morfologiche della mammella. Si tratta di alterazioni benigne che rivestono comunque molta importanza per l'impatto psicologico ad esse correlato. Essere infatti affette da un'anomalia della forma delle mammelle, specialmente in età adolescenziale, può comportare un'alterata percezione della propria immagine corporea con conseguenti effetti devastanti sull'equilibrio psicologico.

Fra le più comuni elenco: l'**introflessione del capezzolo**, l'**ipoplasia**, l'**ipotrofia** e l'**ipertrofia**.

- **Introflessione del capezzolo:** è una condizione benigna piuttosto comune che, a volte, regredisce spontaneamente durante la gravidanza. Se tale condizione, invece, persiste dopo il parto può compromettere l'allattamento. Nelle donne giovani è sconsigliata la correzione chirurgica, poiché l'intervento comprometterà la funzionalità della mammella durante l'allattamento.

- **Ipoplasia ed ipotrofia:** lo sviluppo della mammella, in genere, è definitivo a circa 18 anni di età. Se a questa età il volume mammario è molto ridotto, parliamo di ipoplasia, condizione che spesso è familiare o semplicemente costituzionale e di ipotrofia, qualora non solo il volume della mammella è notevolmente ridotto, ma anche la quantità di tessuto adiposo in essa contenuto. Tale condizione è piuttosto comune da osservare nei casi di malnutrizione; il ridotto sviluppo delle mammelle in età peripuberale potrebbe anche essere causato da alterazioni

della funzionalità ovarica secondaria a trattamenti chemio e radioterapici eseguiti per pregressi tumori o alla presenza di malattie genetiche o cromosomiche. In questo caso, all'iposviluppo delle mammelle, sono associati anche la riduzione del volume dell'utero e l'assenza o ritardo del flusso mestruale, secondari alla carenza di secrezione di ormoni estrogeni da parte dell'ovaio. La terapia consigliata sarà, ovviamente, quella sostitutiva ormonale che dovrà essere intrapresa entro i 15 anni di età, poiché, successivamente, gli organi genitali sono meno responsivi. In genere, esiste una buona risposta alla stimolazione da parte dell'utero che, incrementando il suo volume, sarà più accogliente ai fini di una futura gravidanza, mentre la terapia ormonale per lo sviluppo mammario comunemente dà risultati meno soddisfacenti.

- **Ipertrofia:** viene così definito un ipersviluppo di una o di entrambe le mammelle e può comparire già fra gli 11 ed i 14 anni di età. In alcuni casi, l'asimmetria ed ipertrofia di una mammella può essere secondaria alla presenza di fibroadenomi, anche giganti. Queste formazioni sono tumori benigni della mammelle che possono raggiungere il diametro di cinque centimetri ed il peso di 500 grammi e rappresentano una delle più comuni cause di macromastia in adolescenza.

Sviluppo mammario precoce

Quando si verifica uno sviluppo precoce delle mammelle è importante distinguere il "telarca prematuro" cioè la variante para-fisiologica del normale sviluppo puberale, dalla forma secondaria ad alterazioni ormonali ipotalamiche, tiroidee, ovariche o surrenaliche. Per poter distinguere e diagnosticare la causa dello sviluppo mammario prematuro, le prime indagini da eseguire saranno gli esami ematici per lo studio ormonale, le indagini ecografiche della mammella dell'utero e delle ovaie e lo studio della maturazione scheletrica.

Seno gravidanza e allattamento

Durante la gravidanza, gli estrogeni ed il progesterone prodotti dalla placenta inducono la crescita degli alveoli e dei

dotti delle mammelle, oltre che stimolare la produzione di colostro, cioè di un liquido molto denso, di colore giallastro, ricco di anticorpi, sali e lattoferrina di grande valore per la nutrizione e la difesa del neonato. Il colostro inizia a fuoriuscire dai capezzoli già durante la gravidanza ed entro le prime 24 ore di lattazione e continuerà ad essere prodotto ancora per qualche giorno fino a quando non inizierà la produzione di latte di transizione prima e latte maturo poi. La produzione di latte vero e proprio inizia quando i livelli ormonali di progesterone nel sangue si riducono drasticamente ed aumentano invece quelli della prolattina, ormone prodotto dall'ipofisi, una piccola ghiandola situata alla base del cranio in corrispondenza della radice del naso. La montata lattea avviene, normalmente, 2 - 3 giorni dopo il parto, a volte in maniera improvvisa ed a volte, invece, in maniera lenta e progressiva; si verifica, in genere, nel 98% delle puerpere e la quantità di latte che viene prodotto non è direttamente correlato al volume delle mammelle. Mammelle piccole possono produrre una infinita quantità di latte mentre mammelle molto grandi potrebbero non produrne mai. A tal proposito mi ricordo di una signora che da ragazzina aveva odiato le sue mammelle, perché erano troppo grandi e le avevano reso la vita difficile, ma, al tempo stesso, sperava fossero servite ai suoi bambini per l'allattamento. Ebbene, quelle mammelle non produssero mai una goccia di latte e lei era tremendamente arrabbiata! Come ho già descritto, nell'attesa della montata lattea le mammelle producono il colostro, un liquido molto denso, giallastro e di grande valore per la nutrizione e la difesa del neonato, utile e sufficiente come unico alimento nei suoi primi giorni di vita, tanto che, in questo periodo, non è necessario somministrare liquidi di varia natura al bambino in attesa della montata lattea. I neonati, nelle prime 24 ore di vita, di solito, dormono molto e non sentono la necessità di alimentarsi se non due-tre volte al giorno, mentre fra le 24 e 72 ore di vita iniziano ad avere fame e vogliono alimentarsi spesso, talvolta anche 12 - 13 volte al giorno. Non preoccupatevi se il vostro bimbo desidera attaccarsi spesso alle vostre mammelle: non sono brutte abitudini né anomalie del comportamento. Se il bambino lo desidera è perché ne ha bisogno (per fame, per dolore, per piacere) e non per vizio!

È molto importante essere assistite dalle ostetriche o dalle puericultrici durante le prime fasi dell'allattamento poiché

sia il bambino che la mamma devono imparare il corretto metodo per ottenere un allattamento soddisfacente. Questa "ginnastica", che aiuta a comprendere i meccanismi dell'allattamento in attesa della montata lattea, può essere utile anche per anticipare quest'ultima di 12 - 24 ore poiché la suzione è il più potente stimolo alla produzione del latte. Il primo pasto, quindi, è un'esperienza molto importante sia per la madre che per il neonato. Se avviene senza dolore ed il bambino riesce a terminare il pasto in maniera naturale, sia la mamma che il bambino saranno pronti ad iniziare il processo di apprendimento necessario per un buon allattamento al seno.

È anche importante sapere che la suzione dei capezzoli da parte del neonato subito dopo al parto, facilitando la contrazione uterina, riduce la perdita di sangue dai genitali femminili ed il rischio di emorragia.

Con la montata lattea, le mammelle possono aumentare di due - tre volte il loro volume, il capezzolo e l'areola divengono più prominenti e la loro pigmentazione aumenta. Le mammelle possono indurirsi notevolmente per l'aumento di flusso di sangue e per la produzione di latte ed attaccare spesso il bambino al seno impedirà a questo di indurirsi troppo, evitando così l'ingorgo mammario. Se il bambino non riesce ancora a succhiare bene l'ingorgo mammario potrà essere evitato grazie al massaggio manuale delle mammelle che può essere fatto, fin dal primo giorno dopo il parto, per 2 - 5 minuti e per più volte al giorno, a seconda del bisogno.

Un tipo di massaggio può essere fatto mettendo contemporaneamente le mani una sopra ed una sotto all'areola ed esercitando movimenti circolari estesi a tutto il seno, muovendo le mani in maniera sincrona.

In ogni caso, qualsiasi sia il tipo di massaggio eseguito, non deve essere né troppo energico né prolungato, per evitare che la pelle della mammella si traumatizzi.

Per quanto riguarda la pulizia delle mammelle, è opportuno non utilizzare detergenti particolari che possono rimuovere i grassi naturali della pelle ed alterare la sua ecologia, rendendola più secca e più fragile ed inoltre perché possono interferire con l'orientamento olfattivo del bambino verso la fonte del nutrimento. Il latte materno ha di per sé un sufficiente potere antibatterico e si può ragionevolmente ritenere che una donna, se segue una periodica pulizia della propria persona (semplicemente con acqua e sapone),

non può trasmettere malattie al figlio attraverso il contatto diretto pelle a pelle.

Il latte materno varia nella sua composizione a seconda che il bambino sia nato a termine o no, in base al momento della giornata, della stessa poppata, dello stadio dell'allattamento, della nutrizione materna ed in base a fattori individuali materni. Tale variabilità fornisce ad ogni singolo bambino un latte che risponde quanto più possibile alle sue esigenze. Per esempio, il latte di inizio poppata differisce da quello prodotto al suo termine, che è più ricco di proteine e grassi, cioè più energizzante. Avremo quindi un latte più acquoso all'inizio ed un latte più denso, cremoso, e più nutriente alla fine della poppata. Il passaggio da una mammella all'altra permette pertanto di soddisfare il senso di sete del neonato, passando da un latte più cremoso ad uno più acquoso. È anche importante dire che non esiste un tempo stabilito per una poppata ideale. Alcuni bambini possono essere soddisfatti in 10 minuti ed altri in 20, ed è giusto assecondare il proprio bambino, dandogli la possibilità di mangiare ogni volta che lo desidera, senza poi preoccuparsi se dopo dorme parecchie ore senza dare segni di appetito. Quello che il bambino non mangia in un momento della giornata, potrà benissimo assumerlo in pasti successivi.

Composizione del latte materno

Il latte materno rappresenta l'alimento base del bambino durante il primo anno di vita ed è, sicuramente, il più adatto per il suo sviluppo. In esso sono contenute più di 200 sostanze prodotte con un processo continuo e con continua variabilità tanto, da rendere diverso il suo gusto, a seconda del momento della giornata o nel corso della poppata stessa. In esso sono contenuti:

- **grassi:** forniscono più del 50% della necessità energetica del neonato e la loro concentrazione è minima al mattino e massima nel pomeriggio; quelli del latte umano sono digeriti ed assorbiti con maggior efficienza;

- **zuccheri:** la maggior parte degli zuccheri del latte umano è rappresentata dal lattosio. Esiste più lattosio nel latte umano che in ogni altro latte di mammifero. Viene trasformato in galattosio e glucosio che forniscono

energia per il cervello in rapida crescita. Il lattosio favorisce anche l'assorbimento del calcio e promuove la crescita dei lattobacilli che, aumentando l'acidità intestinale, inibiscono la crescita di batteri potenzialmente responsabili di gastroenteriti;

- **proteine:** il latte materno contiene meno della metà della quantità di proteine contenute nel latte vaccino, ma, per la sua migliore digeribilità, ne fornisce al neonato una quantità ideale. Fornire al neonato un latte troppo ricco di proteine potrebbe comportare un'eccessiva perdita di acqua con le urine ed aumentare il rischio di disidratazione. Vi sono contenuti due amminoacidi importanti: la cistina per la crescita e la taurina per lo sviluppo del cervello. Il colostro contiene circa tre volte la quantità di proteine presente nel latte maturo e tutti gli amminoacidi essenziali, oltre a contenere anticorpi e lattoferrina;
- **vitamine:** se la madre osserva una dieta bilanciata, il contenuto di vitamine del suo latte soddisferà sicuramente il fabbisogno del suo bambino:
 - **vitamina A:** il latte materno ed il colostro contengono un'alta percentuale di vitamina A;
 - **vitamina D:** è una vitamina importante per la produzione di calcio ed il latte materno ne è povero ma, è importante sapere che i bambini allattati al seno non necessitano di una supplementazione di questa vitamina, se vengono anche esposti ragionevolmente al sole;
 - **vitamina E:** il colostro è ricco di vitamina E e la sua concentrazione nel latte umano maturo è superiore rispetto a quella del latte vaccino. La sua funzione maggiore è quella di prevenire l'anemia emolitica, ma ha anche funzioni protettive nei confronti dei polmoni e della retina;
 - **vitamina K:** è una vitamina essenziale per la produzione dei fattori della coagulazione del sangue
 - **vitamine B:** è presente tutto il complesso delle vitamine B e la loro concentrazione è quella ideale per fornire al neonato la corretta dose quotidiana;
 - **vitamina C:** è essenziale per la sintesi di collagene e la quantità nel latte materno dipende dalla dieta della madre che quindi deve essere ricca di vitamina C;

- **ferro:** il latte umano ed il latte di mucca contengono piccole quantità di ferro ma, ne viene utilizzato il 49% di quello contenuto nel latte materno e solo il 4% di quello contenuto nel latte vaccino. A partire dal sesto - nono mese di vita, però, l'allattamento al seno è insufficiente a garantire un adeguato apporto dietetico di ferro; questa è una delle ragioni per cui, dopo il sesto mese, si suggerisce di integrare l'alimentazione nel bambino, cominciando a svezzarlo;

- **minerali:** nel latte materno vi è una maggiore bio - disponibilità di zinco, minerale essenziale per gli esseri umani, e livelli significativamente minori di calcio, fosforo, sodio e potassio. Il bambino che viene nutrito al seno, non ingerendo una quantità eccessiva di sali, nella maggioranza dei casi, è improbabile che necessiti di acqua supplementare;

- **altre sostanze:** contiene anche una ricchissima quantità di fattori di difesa contro batteri, virus e parassiti. Nel latte materno, specialmente nei primi dieci giorni, vi è un'alta concentrazione di globuli bianchi macrofagi ed anticorpi che danneggiano e distruggono batteri e virus;

- **allergie:** i bambini allattati con latte materno sviluppano più raramente allergie rispetto a quelli allattati col latte vaccino.

Complicanze dell'allattamento al seno

INGORGO MAMMARIO: si verifica, in genere, verso il 3° - 4° giorno postparto, quando nelle mammelle c'è tanto latte o quando l'avvio dell'allattamento al seno, per qualche motivo, è ritardato troppo o quando il bambino non si attacca bene al seno o, ancora, quando la madre pone dei limiti alla lunghezza delle poppate (ad esempio in caso di ragadi dolenti). Le mammelle appaiono dure, dolenti e qualche volta arrossate. A volte può comparire rialzo della temperatura corporea. La sua incidenza è ridotta quando il neonato viene attaccato spesso alle mammelle e si risolve, permettendo al bambino di nutrirsi correttamente. L'insorgenza dell'ingorgo è favorita da ogni evento che separi madre e bambino come, ad esempio, il ricovero del

neonato per malattia o la ripresa del lavoro materno. In tutti questi casi è conveniente togliere il latte ogni 3 - 4 ore, per evitare l'ingorgo mammario o il calo della produzione di latte, in attesa di allattare direttamente il proprio bambino. Il latte materno può essere conservato in frigorifero a 4°C per tre giorni ed in congelatore a -20°C per sei mesi.

Come ho già descritto, per evitare l'ingorgo è importante allattare correttamente. Il bambino, mentre succhia, dovrebbe tenere la bocca ben aperta ed introdurre non solo il capezzolo, ma anche l'areola circostante. La sua lingua dovrebbe restare posizionate fra il labbro inferiore e l'areola. Le labbra dovrebbero stare rovesciate in modo che l'areola risulti a contatto con la parte interna delle labbra del bambino. Le guance non devono muoversi in dentro ed in fuori formando una fossetta per lato. La madre, nel frattempo, dovrebbe sostenere la mammella con le dita per facilitare la suzione.

MASTITE: interessa circa il 10% delle donne che allattano, è, in genere, monolaterale ed è caratterizzata dalla presenza, in una o entrambe le mammelle, di un'area localizzata arrossata, calda, dolente. A volte può essere presente febbre (anche superiore a 38°C) e sensazione soggettiva di malessere. Compare per lo più verso la seconda - terza settimana dopo il parto ed è in genere secondaria ad un ingorgo mammario causato, a sua volta, da una metodica errata di suzione al seno materno da parte del bambino, o da una eccessiva pressione degli indumenti sul seno o da una frequenza troppo bassa delle poppate o da una suzione inefficace. A queste condizioni di base, si sovrappone, successivamente, una infezione batterica, che richiederà una terapia antibiotica. Possono essere utili, talvolta, impacchi caldi umidi, il riposo ed il frequente svuotamento delle mammelle. La mastite non costituisce una controindicazione alla prosecuzione dell'allattamento, poiché l'infezione, di solito, non interessa i dotti, ma il loro tessuto circostante, non compromettendo il latte. È importante sapere che, durante l'allattamento, è giusto usare reggiseni molto comodi, non stretti, per permettere una buona circolazione del sangue.

RAGADI: compaiono in circa il 25% delle puerpere e si presentano come fissurazioni, screpolature o erosioni alla base o all'apice del capezzolo, comportando spesso vivo dolore in corrispondenza della poppata. A volte possono essere sanguinanti ed essere il punto di ingresso per batteri. Le ragadi si formano per lo più in seguito ad

un attacco scorretto del bambino al capezzolo, all'uso di reggiseni troppo piccoli che costringono anziché contenere le mammelle, al mantenimento della stessa posizione nelle diverse poppate o ad un eccessivo sforzo del bambino durante la suzione, secondario ad un ingorgo mammario. In caso di ragadi, è opportuno attaccare il bambino prima alla mammella sana o meno compromessa e, in caso di intenso dolore potrà essere opportuno svuotare manualmente la mammella più compromessa, in attesa della sua guarigione. Esistono in commercio coppette particolari che proteggono i capezzoli irritati e favoriscono la circolazione dell'aria, permettendo una più rapida guarigione delle ragadi. Dopo la poppata non utilizzate saponi o disinfettanti, poiché si otterrebbe una pelle troppo secca. È sufficiente lavare con acqua e garze di cotone e, se possibile, lasciare il capezzolo per un po' esposto all'aria.

Inibizione dell'allattamento

La donna deve sempre sentirsi libera di fare ciò che le sembra più opportuno fare e compito delle ostetriche è quello di aiutarla ed incoraggiarla all'allattamento al seno. Possono esistere comunque condizioni che richiedono l'inibizione della montata latte o la sua sospensione mentre è in corso. Per impedire che si verifichi la montata latte, quando è controindicato l'allattamento, vengono somministrati farmaci che inibiscono la produzione di prolattina nelle prime ore dal parto; se, invece, si desidera interrompere l'allattamento in corso, pur avendo ancora molto latte, è opportuno farlo gradualmente, sostituendo parte delle poppate al seno con latte artificiale. Durante questa fase, se avvertite le mammelle troppo piene e dolenti, potete togliere un po' di latte col tiralatte o manualmente, per evitare l'ingorgo e una successiva mastite. Questa manovra ridurrà progressivamente la produzione di latte, senza dover assumere farmaci per bloccare l'allattamento, poiché, come ho già detto, è la suzione del capezzolo che mantiene la produzione del latte.

Contracezione ed allattamento al seno

Durante l'allattamento materno, la suzione del capezzolo da parte del bambino stimola la produzione di prolattina che, a sua volta, inibendo l'ovulazione, comporta l'assenza di mestruazioni. Sembra che siano soprattutto le poppate notturne a mantenere alto il livello di prolattina nel sangue e l'effetto contraccettivo. In generale, però, non è opportuno fare affidamento sull'allattamento al seno come metodo contraccettivo poiché, il periodo di comparsa della prima ovulazione dopo il parto, è piuttosto variabile. Per tale motivo, è opportuno utilizzare i contraccettivi che non interferiscono con l'allattamento al seno come ad esempio i contraccettivi orali o sottocutanei a base di soli progestinici o la spirale intrauterina o il profilattico.

Tumore della mammella e gravidanza

Il carcinoma mammario, con un'incidenza variabile da 1/300 a 1/10.000 gravidanze a seconda delle varie casistiche mondiali, è il tumore più frequentemente riscontrato in gravidanza, dopo il carcinoma del collo dell'utero. Il numero di quelli diagnosticati in gravidanza purtroppo è destinato ad aumentare, poiché è in aumento l'età media delle donne che cercano un primo figlio. Attualmente, l'età media femminile, in Italia, per la ricerca del primo figlio, è di 31,5 anni per quanto riguarda i concepimenti naturali e di 36 anni, per quanto riguarda i concepimenti tramite fecondazione assistita; mentre il tasso di prima gravidanza nelle donne appartenenti alla quarta decade è più che raddoppiato negli ultimi 30 anni. Considerando le donne con meno di 40 anni di età, l'incidenza del tumore mammario in gravidanza è del 10 - 15% rispetto a tutti i carcinomi mammari. La maggior parte delle formazioni che si palpano in gravidanza sono di natura benigna (cisti, fibroadenomi, lipomi, papillomi, galattoceli), ma non bisogna mai sottovalutare la presenza di un nuovo nodulo alle mammelle in gravidanza e sappiate che, anche se le mammelle sono aumentate di volume e di consistenza, è possibile eseguire le indagini corrette per la diagnosi della neoformazione. Per questo motivo e per poter fare diagnosi tempestive e corrette, consiglio a tutte le donne di sottoporsi ad una visita senologica prima di un'eventuale gravidanza.

Fino a circa 50 anni fa, in caso di tumore della mammelle in gravidanza, veniva consigliato l'aborto terapeutico, per ridurre nel sangue la quantità di ormoni estrogeni e progesterone prodotti dalla placenta. Ad oggi, invece, numerosi autori hanno riportato che, in realtà, la gravidanza non influenza negativamente la sopravvivenza; anzi, in alcuni casi si è osservata una prognosi migliore nelle donne che portavano a termine la gravidanza rispetto a quelle che avevano deciso di interromperla. È importante comunque sottolineare che le variabili in gioco sono numerose e devono essere tutte valutate attentamente coi medici oncologi e senologi (epoca di gravidanza, stadio della malattia, stato dei recettori ormonali, volontà della paziente).

L'allattamento al seno è controindicato quando è in corso la chemioterapia, perché i farmaci sono tossici per il bambino e possono essere contenuti nel latte materno. Può essere effettuato in tutta sicurezza in una gravidanza successiva. Invece l'allattamento può essere compromesso in caso di radioterapia o in caso di chirurgia eseguita nelle regioni centrali della mammella, piuttosto che in quelle periferiche.

Un figlio dopo il tumore della mammella

Nonostante il tumore della mammella sia la neoplasia maligna più comune nelle donne in età riproduttiva, fino ad oggi, si è parlato troppo poco degli aspetti psicosociali interessanti le giovani donne sopravvissute al tumore mammario e del loro desiderio di avere un figlio. Sappiamo che queste donne sono molto vulnerabili e predisposte a sofferenze psicologiche importanti, a seconda del momento in cui vivono la propria esperienza. Possono essere single o coniugate, madri di adolescenti o, ancora, essere nel momento formativo per la propria carriera professionale. L'esperienza, poi, di una menopausa precoce indotta dalle terapie e dei sintomi ad essa correlati, può ulteriormente aggravare lo stato di vulnerabilità di queste donne, comportando un rischio maggiore per gli stress emotivi e per una peggiore qualità di vita. È infatti noto che queste donne riportano minore soddisfazione sessuale, riduzione della libido, difficoltà nel raggiungere l'orgasmo, dispareunia cioè dolore durante i rapporti sessuali associata alla secchezza vaginale e, spesso, non si percepiscono sessualmente attraenti come prima del trattamento chirurgico e/o chemioterapico.

Appare indubbio, pertanto, che, a seguito di una tale esperienza, la scelta di avere un figlio possa assumere un significato particolare.

Uno dei pochi studi che ha preso in considerazione questi aspetti ha riportato i risultati di una indagine qualitativa condotta su 43 donne che avevano avuto un bimbo dopo le terapie per il tumore mammario. L'autrice ha descritto che le donne indicavano la gravidanza come un forte stimolo per «sentirsi nuovamente sane», ritenendo che formare una famiglia dopo il tumore avrebbe migliorato la propria qualità di vita e che i bambini davano a loro una ragione per iniziare una giornata, permettendo di dare una struttura normale alla loro vita.

Ad oggi la percentuale di donne che ha ottenuto un figlio dopo un carcinoma mammario è molto bassa e varia dal 3% all'8% di tutte le gravidanze. Probabilmente la bassa natalità è secondaria alla menopausa che giunge dopo la chemioterapia, ma non sono esclusi anche lo scarso numero di casi segnalati per l'assenza di registri nazionali e la presenza di paure e timori rappresentati dalla ripresa della malattia, dalle possibili conseguenze sul feto delle terapie per il cancro, dalla trasmissione genetica della malattia, dalla paura di una morte prematura e quindi dall'impossibilità di accompagnare la crescita del figlio.

Numerosi studi hanno comunque dimostrato che la gravidanza insorta in donne con precedente neoplasia mammaria non sembra comportare un decorso peggiore della malattia rispetto alle donne che non hanno avuto gravidanza ed, anzi, è stato supposto che la gravidanza possa avere un effetto positivo sul decorso della malattia stessa. Tale effetto denominato «healthy mother effect» cioè «effetto della madre sana», potrebbe comunque essere secondario al fatto che, le donne che intraprendono una gravidanza, dopo un tumore della mammella, appartengono comunque ad un gruppo di donne con prognosi migliore naturalmente selezionato.

In ogni caso è opportuno valutare col proprio oncologo quale sarà il momento migliore per intraprendere una gravidanza, poiché, questo intervallo è variabile e legato alla prognosi del tumore e al rischio di una sua recidiva piuttosto che all'effetto che la gravidanza potrebbe avere sul decorso della malattia, anche se, ad oggi, in realtà non è ancora noto l'intervallo ideale dell'attesa.

Un problema molto importante e da non sottovalutare è la

comparsa di menopausa che si instaura in queste donne, sia essa temporanea, poiché indotta farmacologicamente per ridurre la quantità di ormoni prodotti dall'ovaio in caso di tumori mammari ormonosensibili, sia essa definitiva e secondaria alla chemioterapia.

In quest'ultimo caso, è noto che il rischio di menopausa precoce dopo trattamento chemioterapico dipende, in particolar modo, dall'età della donna, dal tipo e dose del farmaco somministrato e dalla riserva ovarica residua, cioè dal numero di follicoli sopravvissuti alla chemioterapia.

Questo rischio è più alto nelle donne che hanno più di 40 anni mentre interessa solo il 15 - 30% delle donne fra i 30 ed i 40 anni di età.

In entrambi i casi, all'amenorrea, cioè alla assenza delle mestruazioni, si associano spesso i sintomi tipici della menopausa e cioè vampate di calore e sudorazioni improvvise, diurne e notturne, insonnia, alterazione dell'umore, calo della libido, secchezza e prurito vaginale che comportano dolore durante i rapporti sessuali. Non è difficile immaginare quanto, tutto ciò, possa complicare la vita di queste donne ed anche quanto possa essere importante descrivere preventivamente tutti questi sintomi sia alla donna che al suo compagno, affinché lei non si trovi ad affrontare in solitudine ed incompresa un momento così difficile della sua vita.

In ogni caso, comunque, il ginecologo potrà consigliare le terapie ideali per ridurre l'entità della maggior parte di questi sintomi senza nuocere alla salute della signora.

La preservazione della fertilità

I progressi compiuti negli ultimi trent'anni dall'oncologia e dalla medicina della riproduzione umana possono essere ritenuti straordinari. Al giorno d'oggi, grazie ai successi dell'oncologia, sono numerosi i giovani che sopravvivono al tumore e, contemporaneamente, la medicina della riproduzione umana ha permesso a numerose coppie di realizzare il sogno di un figlio che non sarebbe altrimenti mai nato.

Nel luglio 1978 nasceva Louise Brown, il primo essere umano concepito con la fecondazione in vitro; mentre, nel 1983, nasceva il primo essere umano originato da un embrione scongelato e, nel 1986, nasceva il primo essere umano

concepito dopo aver inseminato un ovocita scongelato. Ad oggi, nel mondo, sono nati quasi cinque milioni di bambini concepiti con la fecondazione in vitro.

Era pertanto naturale che queste due branche della medicina prima o poi si incontrassero, poiché, oltre all'obiettivo di curare una neoplasia, si è pian piano delineata anche la necessità di prendere in considerazione il benessere psico-fisico ed il desiderio di genitorialità dei sopravvissuti al tumore.

Sappiamo che, numerosi tumori ed i loro trattamenti, possono colpire gli organi legati alla sfera sessuale e riproduttiva compromettendo definitivamente la fertilità e sappiamo anche che, i disturbi della fertilità, rappresentano un'area della qualità di vita di crescente interesse a causa del costante aumento delle guarigioni legate alla maggior efficacia dei protocolli terapeutici ed all'incremento delle diagnosi precoci. La sterilità o la difficoltà di concepimento sono molto difficili da accettare serenamente. Questa perdita risulta essere grave a tutte le età ed è avvertita per lo più come la perdita di una parte di se stessi poiché il desiderio di avere un figlio rappresenta un obiettivo naturale del proprio ciclo di vita ed un completamento della propria esistenza. Durante il percorso della malattia oncologica, una pianificazione familiare consapevole può derivare dalla presenza e dalla possibilità di discutere a fondo del problema con professionisti impegnati a rilevare precocemente l'insorgenza dell'infertilità e del suo impatto emotivo, al fine di mettere a punto interventi di preservazione e recupero della propria capacità riproduttiva.

Anche nelle donne affette da tumore mammario è possibile preservare la fertilità grazie a trattamenti dedicati e che non compromettono ulteriormente le condizioni di salute delle signore. Attualmente le tecniche disponibili sono:

- congelamento di ovociti
- congelamento di embrioni
- congelamento di tessuto ovarico.

La scelta del tipo di preservazione dovrà essere effettuata prima di eseguire qualsiasi trattamento chemioterapico e dovrà essere concordata coi medici di medicina della riproduzione umana e con gli oncologi, dipendendo dal

tipo di tumore, dall'età della donna e dal suo stato civile (in Italia il congelamento di embrioni può essere eseguito solo dietro consenso del compagno che, per la legge 40/2004, deve essere il coniuge o il convivente).

Per quanto riguarda invece il rischio di neoplasia mammaria nelle donne che si sono sottoposte a cicli di fecondazione assistita, la maggior parte dei numerosi studi eseguiti nel mondo non mostra un'associazione fra l'uso di farmaci per la terapia dell'infertilità ed il tumore della mammella, anche se gli autori rimarcano comunque la necessità di eseguire ulteriori indagini.

Mammella e menopausa

Già dall'età di circa 35 - 40 anni, sia nelle donne che hanno partorito che in quelle che non hanno mai avuto figli, inizia una progressiva involuzione della ghiandola mammaria. I dotti galattofori, riducendosi di calibro, possono, in alcuni tratti, dilatarsi, formando aree di aspetto cistico che, nel tempo, regrediranno spontaneamente. Numerosi lobuli scompaiono e, dopo i 50 anni di età, la mammella appare occupata prevalentemente da tessuto adiposo. Nel contempo, col giungere della menopausa, possono comparire sintomi che incidono negativamente sulla vita di una donna, rendendola più fragile e disorientata nei rapporti con gli altri e con il suo corpo. Il passaggio dalla vita fertile alla menopausa avviene a volte precocemente (prima dei 40 anni) o tardivamente (oltre i 56 anni di età), gradualmente o rapidamente, come nella menopausa chirurgica. In ogni caso, nella mia vita professionale, raramente ho visto donne felici di incontrare la propria menopausa. Molte donne riferiscono la paura di invecchiare e di perdere il proprio fascino già nel climaterio, cioè nel periodo di durata variabile da qualche mese a qualche anno che precede la menopausa e temono di essere fragili alla comparsa dei sintomi tipici menopausali. In realtà, le cose non stanno proprio così, poiché non tutte le donne avvertono disturbi durante la loro menopausa e numerose, grazie ad una dieta equilibrata ed ad una buona attività fisica, mantengono un buon rapporto col proprio corpo. In alcuni casi, invece, nonostante le buone intenzioni, i sintomi menopausali possono alterare l'equilibrio psico-fisico di una donna, tanto da rendere difficili i rapporti con chi è loro vicino. Insonnia, stanchezza fisica, presenza

di vampate di calore con sudorazioni improvvise, sia diurne che notturne, riduzione della libido e, soprattutto, le alterazioni dell'umore, disorientano e danno la percezione di fragilità a queste donne che, per i tempi in cui viviamo, si trovano a gestire contemporaneamente la propria famiglia e la propria attività professionale. Molte donne avvertono una maggiore emotività ed irritabilità, mentre, altre, si sentono private della forza di progettare il futuro; più raramente, invece, può comparire depressione.

Appare quindi evidente come tutti questi sintomi possano incidere significativamente sulla vita di queste donne che svolgono mansioni familiari e professionali impegnative, alcune con ruoli di responsabilità, o ancora, altre, impegnate nella crescita ed educazione di figli adolescenti.

Attualmente sono numerose le terapie che possono alleviare i disturbi della menopausa, ma, fra le più efficaci, le terapie ormonali sono quelle che sono state particolarmente studiate per valutare il loro rapporto con l'aumento del rischio di tumore mammario. La paura di morire per tumore della mammella spaventa molto, anche se, in realtà, il rischio di morire a causa di questo tumore è molto inferiore rispetto a quello legato alle cardiopatie o al tumore al polmone, in aumento poiché è aumentato il numero delle donne fumatrici. Numerosi studi scientifici hanno cercato di valutare il reale aumento di rischio di tumore mammario nelle donne che si sottopongono a terapia ormonale sostitutiva (studio HERS studio WHI ed altri) e, dopo aver valutato l'incidenza di questo tumore in decine di migliaia di donne che eseguivano o meno terapia ormonale sostitutiva in menopausa, è stato stimato che esiste un lieve incremento di rischio di tumore della mammella nelle donne che eseguono terapia con estrogeni e progesterone per più di dieci anni (38 donne anziché 30 su un totale di 10.000 donne in un anno). Questo rischio, inoltre, torna al valore di 30/10.000 subito dopo la sospensione del trattamento. Non sono stati riscontrati invece incrementi di tumore nelle donne in trattamento con soli estrogeni, poiché sottoposte precedentemente ad isterectomia, mentre, sembra che il rischio non aumenti per nulla se si usano estroprogestinici a minime dosi. Per quanto riguarda il tasso di mortalità, invece, non si è riscontrato un aumento nelle donne che si sono sottoposte negli anni precedenti a terapia ormonale sostitutiva. Quindi le donne sane in postmenopausa dovrebbero essere rassicurate del fatto che il possibile rischio di cancro della mammella

associato alla terapia ormonale è basso ed il tasso di mortalità per carcinoma della mammella non è influenzato dall'utilizzo di terapia ormonale sostitutiva. In ogni caso, ritengo comunque che le terapie ormonali sostitutive ed i loro effetti collaterali debbano essere discussi con le nostre pazienti e che in ogni singolo caso si debba tener conto della storia familiare e personale della signora.

La mammella maschile

La fisiologia della mammella maschile

Anche gli uomini possono avere malattie che interessano le mammelle, anche se raramente se ne parla.

Come ho già descritto nel primo capitolo, alla nascita, sia maschi che femmine, possono avere un aumento di volume di entrambe le mammelle che regredisce nell'arco di poche settimane. Durante l'adolescenza, può comparire un aumento volumetrico della mammella maschile, denominato «ginecomastia puberale», talora monolaterale e secondario alle modificazioni ormonali che hanno luogo durante la pubertà. In genere regredisce nell'arco di 4-6 mesi, nel 25% dei casi entro 2-3 anni e, solo nel 7% dei ragazzi, rimane presente oltre i tre anni. In ogni caso è opportuno assicurare il paziente che si tratta di una condizione transitoria e benigna che regredirà spontaneamente, tenendo conto che, a volte, questo aumento di volume delle mammelle rappresenta motivo di disagio psicofisico, specie se associato ad aumento di peso o a franca obesità.

Un'altra forma di ginecomastia fisiologica è quella che compare fra i 50-70 anni di età, denominata «senile». È relativamente frequente, dapprima monolaterale, ma, successivamente, diviene bilaterale. Questa forma non dipende da disfunzioni ormonali e può regredire spontaneamente entro un anno dalla sua comparsa.

La patologia della mammella maschile

La ginecomastia può comparire come effetto secondario di alcune malattie endocrine (ipofisarie e della tiroide), tumorali (tumore testicolare, surrenalico, broncogeno), cromosomiche (Sindrome di Klinefelter), metaboliche (diabete mellito), in caso di cirrosi epatica od in seguito all'assunzione di alcuni farmaci estrogeni, spironolattone, metoclopramide, cimetidina).

In caso di ginecomastia monolaterale, in un uomo adulto, è richiesta comunque un'attenta valutazione con esame ecografico, mammografico e con biopsia, poiché, anche se rara, dovrà essere esclusa la presenza del carcinoma mammario.

Il tumore della mammella maschile rappresenta l'1% delle neoplasie mammarie totali e l'1% delle neoplasie maschili

totali. L'età media della sua comparsa è fra i 58 ed i 64 anni di età e la maggior parte dei pazienti accusa la presenza di una tumefazione al centro della mammella, di medie dimensioni, indolore, abbastanza aderente ai piani superficiali con retrazione del capezzolo. Nel 15% dei casi è associata anche una secrezione ematica dal capezzolo. I sintomi ed i segni della presenza di questo tumore sono piuttosto precoci, ma, spesso, la diagnosi è tardiva, a causa di una non conoscenza e quindi sottovalutazione del problema da parte del paziente. Si conosce relativamente poco sulla causa del carcinoma mammario maschile. Fra i principali fattori, abbiamo comunque quello genetico, cioè la mutazione del gene BRCA2, che è ritenuta essere responsabile della maggior parte dei carcinomi ereditari maschili

Va segnalata anche l'associazione del tumore con la Sindrome di Klinefelter, con una cronica esposizione lavorativa ad alte temperature (altiforni, fornaci), con radiazioni ionizzanti somministrate in età giovanile per ipertrofia timica, ginecomastia puberale, linfoma e con la somministrazione di estrogeni che venivano utilizzati per il trattamento del carcinoma della prostata.

Conclusioni

Nell'uomo, come nella donna, la diagnosi precoce è fondamentale per una buona prognosi; pertanto, è opportuno saper riconoscere in tempo una lesione cancerogena mammaria per poter procedere quanto prima al trattamento chirurgico.

Il carcinoma mammario non rappresenta una patologia esclusiva del sesso femminile. Esso può colpire, seppur raramente, anche l'uomo e, come nella donna, le possibilità di sopravvivenza dipendono dalla sua diagnosi precoce e dalla tempestività della terapia.

Bibliografia

La mammella; Quaderni di Aggiornamento Permanente in Ostetricia, Ginecologia e Medicina della Riproduzione Volume 11, settembre 2007

R. Davanzo, *Allattare al seno come e perché - Il Pensiero Scientifico*, Editore 2001

L'arte dell'allattamento materno - La Leche League International, Edizioni Lumini 2000

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle: Etude nationale nutrition santé. Université de Paris - XIII, 2007

A. R. Genazzani, M. Gambacciani, T. Simoncini, *Menopausa e Terapia Ormonale Sostitutiva: Ginecorama* anno XXIX n.5, Ottobre 2007

C. Campagnoli et al: *HRT e cancro della mammella*

S. Baldi, S. Donati Sarti: *Menopausa e terza età: up to date. L'esperienza italiana*, 2004

A. H. Appelbaum et al.: «*Mammographic appearances of male breast disease. Radiographics* 1999,19, 559-568»

U. Veronesi: «*Manuale di Senologia Oncologica*», Masson 1995.

Atti del Corso Residenziale «*Il Paziente Oncologico e la sua fertilità: attuali e future strategie per poterla preservare*» Ravenna 2005

Cancro e gravidanza CIC 2002

E. Cittadini, *Strategie e tecniche per la preservazione della fertilità nel paziente oncologico*, COFESE Edizioni 2008

Si stima che in Italia ogni anno sopravvengano oltre 30.000 nuovi casi di carcinoma della mammella (CM): circa 7 - 8.000 in età inferiore a 50 anni, 13 - 14.000 tra i 50 e 70 anni ed altri 8 - 10.000 nelle età più avanzate. Il numero di donne attualmente viventi in Italia che hanno avuto in passato una diagnosi di CM è stimabile a oltre 300.000.

Le stime di incidenza, basate sulle statistiche di mortalità e di sopravvivenza e sui dati dei registri tumori, mostrano valori più alti al Nord, intermedi al Centro ed inferiori al Sud: i tassi di incidenza standardizzati per età sono del 30 - 35% più alti nel Nord che nel Sud. Le differenze geografiche si stanno però riducendo e sono praticamente confinate alle età superiori a 50 anni: nelle donne più giovani l'incidenza è ormai simile in tutta Italia. In alcune aree del Nord del paese il tasso di incidenza annuo di CM ha raggiunto l'un per mille (tasso standardizzato sulla popolazione europea) e il tasso di incidenza cumulativo fra 0 e 79 anni ha raggiunto il 10%: ciò significa che, in assenza di mortalità per altre cause, 10 donne su 100 sono destinate a contrarre la malattia nel corso della loro speranza di vita. Due donne su cento si ammalano già prima dei 50 anni.

L'andamento dei tassi di incidenza specifici per età del CM si differenzia da quello di tutti gli altri tumori epiteliali non dipendenti da fattori ormonali e riproduttivi. I tassi di incidenza aumentano esponenzialmente con l'età (come per gli altri tumori epiteliali) fin verso i 50 anni, quindi subiscono una pausa, o addirittura una lieve diminuzione, per poi riprendere a crescere, ma con un tasso inferiore, dopo l'età della menopausa. In provincia di Varese, ad esempio, prima della menopausa l'incidenza passa da 0.5 per 100.000 donne per anno all'età di 20 anni, a 15 per 100.000 donne - anno all'età di 30 anni a 90 a 40 anni. Dopo la menopausa invece l'incidenza cresce da 200 a 50 anni, a 225 a 60 anni, a 300 per 100.000 a 70 anni. La figura 1 illustra l'andamento dei tassi specifici per età del CM in tre quinquenni successivi: si noti come l'incidenza abbia smesso di crescere nelle età giovani ma continui a crescere dopo l'età menopausale.

La pendenza della curva d'incidenza dopo la menopausa è più o meno pronunciata in differenti popolazioni: a Varese ad esempio la curva è praticamente piatta per le donne immigrate dal Sud mentre è molto marcata nelle lombarde. Queste differenze dipendono in grande parte dalla evoluzione temporale dell'incidenza: là dove la curva è piatta o addirittura, come in Giappone, diminuisce con

l'età, l'incidenza del CM è in rapido aumento in successive coorti generazionali.

Correggendo per l'effetto coorte la forma della curva di incidenza diventa simile in tutte le popolazioni.

È verosimile che, alla menopausa, il cambiamento drammatico che si verifica nell'ambiente ormonale, caratterizzato particolarmente dalla cessazione della produzione ovarica di estrogeni e di progesterone, riduca la suscettibilità di trasformazione maligna delle cellule dell'epitelio mammario, o più probabilmente la promozione o la progressione di tumori già iniziati. Ciò è confermato dalla ripetuta osservazione che quanto più precoce è la menopausa, naturale o iatrogena, tanto minore è il rischio di CM. Approssimativamente una donna che ha avuto una menopausa a 45 anni ha un rischio di CM che è solo la metà rispetto ad una menopausa a 55 anni.

L'andamento temporale dell'incidenza specifica per età suggerisce che il Paese sia attraversato da importanti fenomeni generazionali. Analisi per coorte di nascita mostrano che il rischio di CM è cresciuto dalle generazioni nate all'inizio del secolo fino a quelle nate negli anni '30 - '40. Una certa riduzione di rischio nelle generazioni più recenti è stata segnalata in varie altre popolazioni occidentali, ma è molto confuso dall'aumento artificiale dell'incidenza legato alla precocizzazione della diagnosi conseguente ai programmi di screening.

La sopravvivenza relativa (eliminata la mortalità dovuta a cause diverse dal CM) delle pazienti con CM è stata stimata in base ai dati dei registri tumori italiani. La sopravvivenza relativa a 5 anni è passata dal 65% per i casi diagnosticati alla fine degli anni '70 al 75% per i casi diagnosticati alla fine degli anni '80; in quest'ultimo periodo studiato, la sopravvivenza a 1, 3, 5, 8 e 10 anni dalla diagnosi è stata, rispettivamente, 95, 84, 75, 68, e 64%.

Le cause del CM non sono ben conosciute. Le radiazioni ionizzanti possono causare il CM ma il rischio pare contenuto all'esposizione in età infantile e giovanile. In sistemi sperimentali il CM è causato da virus o da sostanze chimiche quali idrocarburi aromatici policiclici, N - nitroso - composti e ammine eterocicliche, ma si hanno ben poche indicazioni empiriche di quanto potrebbero esser rilevanti cause virali o chimiche nell'uomo. Vi sono comunque studi che segnalano eccessi di tumori mammari nelle lavoratrici dell'industria chimica, farmacologica e cosmetica e nelle

operatrici dei laboratori di ricerca agronomica e biologica.

Il CM è fino ad 8 - 10 volte più frequente nelle popolazioni occidentali ricche rispetto alle aree più povere del terzo mondo o del Giappone rurale. In generale è più frequente nelle popolazioni urbane che in quelle rurali e nelle classi sociali culturalmente o economicamente più favorite. Gli studi sulle popolazioni emigrate da paesi a basso rischio verso i paesi ad alto rischio indicano che le cause delle differenze internazionali sono da ricercare in fattori ambientali, intesi nel senso più ampio di ambiente fisico e culturale. L'esistenza di determinanti genetici del CM, d'altro canto, è ben documentata: probabilmente il 5% circa dei CM insorge in donne che hanno ereditato una mutazione che ne determina un rischio molto alto. Frequentemente, in queste famiglie, il CM compare in giovane età e bilateralmente. Se si escludono questi raggruppamenti familiari, però, l'esistenza di un rischio significativo nei familiari di primo grado non è dimostrata.

Bisogna tenere presente che per spiegare differenze internazionali di incidenza dell'ordine di 8 - 10 volte occorrerebbe identificare un fattore di rischio, o un complesso di fattori, tale per cui le donne affette hanno un rischio di oltre 10 volte rispetto a quelle non affette da tali fattori; dovrebbe trattarsi inoltre di fattori di oltre 10 volte più frequenti nei Paesi ad alto rischio rispetto a quelli a basso rischio. Fino a poco tempo fa la conoscenza sui fattori di rischio di CM non consentiva né di spiegare le grandi differenze internazionali della malattia, né di identificare, nei nostri Paesi ad alta incidenza un sottogruppo di popolazione sufficientemente piccolo in cui si concentrasse la maggior parte dei casi e per cui fosse conveniente limitare o intensificare l'attenzione alla diagnosi precoce.

Si trattava infatti di fattori associati al più con un rischio relativo dell'ordine di due.

Dopo la pubblicazione dei primi risultati dei grandi studi prospettici con banca biologica i determinanti ormonali del rischio di CM sono molto più chiari, almeno per il CM postmenopausale.

Si tratta di studi che seguono nel tempo decine di migliaia di donne sane volontarie di cui si dispone di campioni di sangue, conservato a bassa temperatura, in cui possono essere misurati i livelli ormonali esistenti prima della malattia. Questi studi hanno dimostrato che il CM postmenopausale è preceduto da alti livelli di ormoni sessuali, androgeni ed

estrogeni e, specialmente, della loro frazione biodisponibile, cioè della frazione non legata alla proteina che ne regola la disponibilità (la SHBG): le donne con valori di testosterone e/o di estradiolo nel terzo o nel quarto superiore della distribuzione hanno un rischio di ammalarsi 3 - 7 volte superiore rispetto a quelle che si trovano sotto il terzile o il quartile inferiore.

Trattandosi di rischi calcolati sulla base di un'unica determinazione ormonale nel corso della vita si tratta probabilmente di grossolane sottostime. I rischi veri potrebbero essere dell'ordine di 10. Prima della menopausa la situazione è molto meno chiara, e nessuno dei grandi studi prospettici ha finora prodotto risultati che documentino convincentemente un'associazione con i livelli ormonali, forse a causa della molto maggiore variabilità intraindividuale in età premenopausale. Prima della menopausa, però, tre studi prospettici hanno evidenziato un ruolo predittivo dei valori sierici di IGF - I totale e libero. Quasi tutti i fattori di rischio noti per il CM sono coerenti con un meccanismo ormonale, mediato principalmente dagli ormoni sessuali, androgeni ed estrogeni, ma anche dall'insulina e da altri fattori di crescita. L'associazione con il peso alla nascita e con l'età della madre alla nascita suggerisce che sia già rilevante l'esposizione prenatale all'insulina e, rispettivamente, agli estrogeni. Il maggior rischio delle donne che non sono state allattate è stato interpretato come conseguente a una minore soglia di sensibilità dei tessuti ai fattori di crescita. L'associazione con una dieta ricca nell'infanzia e nell'adolescenza, con la sedentarietà, con l'altezza corporea, con il menarca precoce, puntano anch'essi a meccanismi ormonali, mediati dall'alimentazione. In Italia l'importanza dello stile di vita e dell'alimentazione in età infantile ed adolescenziale è suggerita dall'osservazione che le donne del Sud emigrate dal Nord conservano un minor rischio di CM se emigrate da adulte mentre hanno un rischio simile alle coetanee del Nord se emigrate da bambine. Il numero, l'esito e l'età della donna alla gravidanza sono stati, insieme all'allattamento, i fattori di rischio più studiati negli ultimi trent'anni, e i più controversi.

Oggi si sa che la gravidanza aumenta lievemente il rischio di CM negli anni immediatamente successivi per poi conferire una certa protezione, tanto maggiore quanto più precoce, con un bilancio complessivamente positivo

ma quantitativamente modesto. Si era sospettato che le interruzioni di gravidanza comportassero un aumento di rischio, per l'esposizione agli stimoli ormonali proliferativi dei primi mesi della gravidanza non accompagnati dagli stimoli differenziativi degli ultimi mesi, ma gli studi prospettici non evidenziano nessuna associazione. I contraccettivi orali comportano un modesto aumento di rischio (come la gravidanza) che scompare poi entro 10 anni dall'interruzione (rimane invece il beneficio, più consistente, della riduzione dei tumori dell'ovaio e dell'endometrio). L'età alla menopausa, naturale o artificiale, è un fattore di rischio costantemente riscontrato in tutti gli studi. La forma stessa della curva di incidenza specifica per età del CM documenta l'importanza degli ormoni ovarici. Dopo la menopausa le donne in sovrappeso, che hanno livelli ematici più alti di ormoni sessuali, hanno un rischio maggiore, così come le donne che assumono farmaci estrogenici o estroprogestinici. Il ruolo della dieta, in particolare una dieta ricca di grassi e di grassi saturi, è un altro argomento oggetto di grandi controversie. Nato con la segnalazione di una forte correlazione geografica internazionale fra consumi pro-capite di grassi e tassi di mortalità per CM l'ipotesi dieta è stata esaminata in decine di studi analitici. Gli studi casi - controlli hanno dato risultati contrastanti ma gli studi prospettici tendono a suggerire l'assenza di associazione o associazioni molto modeste fra consumo di grassi e CM. Nessuna relazione fra l'incidenza di oltre 1.500 casi di CM ed il consumo di grassi, ad esempio, è stata osservata nel follow-up di 98.000 infermiere americane di cui era stato valutato il consumo alimentare.

Anche gli studi che suggeriscono una protezione da alimenti vegetali, in particolare da alimenti ricchi di fibre e da alimenti a base di soia, e da pesce non possono essere considerati conclusivi. Vi è invece una maggiore coerenza fra gli studi che segnalano una modesta associazione del CM con il consumo di bevande alcoliche: il beneficio cardiovascolare del consumo di una modesta quantità di alcool (corrispondente a 2-3 bicchieri di vino al giorno) scompare per quantità superiori, mentre compare un eccesso di CM. Questi aspetti contraddittori sono attualmente affrontati nei nuovi studi prospettici in corso in nove paesi europei nel quadro del progetto EPIC, che includono popolazioni con tradizioni alimentari molto diverse e in cui l'anamnesi alimentare viene integrata da indicatori biochimici.

Una teoria emergente su alimentazione e CM, verso la quale convergono i risultati di numerosi studi sperimentali ed epidemiologici, ipotizza che il CM potrebbe essere prevenuto da una dieta che da un lato riduca la resistenza insulinica e dall'altro garantisca un apporto elevato di fitoestrogeni (sostanze vegetali non steroidee debolmente estrogeniche, prevalentemente isoflavonoidi e lignani).

Due studi sperimentali, gli studi Diana (Dieta e Androgeni) condotti dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano, hanno mostrato che è possibile ridurre consistentemente il livello di ormoni sessuali e di IGF - I biodisponibili nelle donne postmenopausali con una dieta basata su ingredienti della tradizione mediterranea e macrobiotica. La selezione degli alimenti costituenti la dieta Diana è avvenuta in funzione dell'aumentare gli alimenti ricchi di fitoestrogeni e di fattori di sensibilità insulinica (alimenti tradizionali a base di soia, legumi, cereali integrali, semi di lino, alghe, noci, frutti di bosco, crucifere, altri alimenti ricchi di fibre e di acidi grassi n - 3), di ridurre gli alimenti ad alto indice glicemico (zucchero, dolci e farine raffinate) e di contenere il consumo di grassi (saturi e n - 6) e di alimenti di provenienza animale. I meccanismi fisiopatologici alla base dell'ipotesi che questa dieta possa prevenire il CM includono l'azione antiormonale dei fitoestrogeni (che competono con gli ormoni sessuali per i recettori, inibiscono alcuni enzimi chiave della sintesi di androgeni ed estrogeni, quali 17 - bidrossisteroideidrogenasi e aromatasi, modificano il metabolismo dell'estradiolo verso forme meno estrogeniche, quali i catecoloestrogeni, e stimolano la sintesi della SHBG), il controllo insulinico della sintesi delle proteine che regolano la disponibilità degli ormoni sessuali e dei fattori di crescita (l'insulina inibisce la sintesi di SHBG e IGF - BP - 1, e inoltre stimola la produzione ovarica e surrenalica di androgeni), la regolazione nutrizionale dell'ormone della crescita (stimolato in particolare dalle proteine animali), la relazione dell'obesità addominale con la resistenza insulinica e con l'attività androgenica, l'inibizione degli n - 3 sulla crescita tumorale e la progressione metastatica.

La compliance è stata superiore al 90% nei due studi e le partecipanti hanno seguito con interesse e gradimento sia le lezioni che i corsi di cucina studiati appositamente per fornire elementi utili sia alla preparazione degli alimenti che ai loro abbinamenti. Inoltre sono state fornite informazioni specifiche per specifiche problematiche di tipo clinico emerse

durante il periodo di studio. La durata è stata di 4,5 mesi per il primo e di 12 mesi per il secondo studio. Per valutare il mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti alla fine del periodo di intervento tutte le signore sono state sottoposte, a un anno di distanza, a controlli ematici e antropometrici.

I risultati a 1 anno hanno evidenziato un fallimento nel mantenimento a lungo termine dei benefici ottenuti al termine dello studio sia per quanto riguarda il peso corporeo che per quanto riguarda i livelli degli ormoni sessuali. Questa difficoltà di mantenimento nel tempo di un certo regime alimentare viene d'altro canto evidenziata molto bene dagli studi di intervento nei soggetti obesi. Si nota infatti che la compliance viene mantenuta finché si mantiene attivo il contatto con il soggetto e si utilizzano programmi di incontro psico - educativo mirati alla rieducazione alimentare del soggetto considerato come "unità psico - sociale". Il presupposto è che si instauri una relazione "terapeutica" che aiuti il soggetto ad affrontare le difficoltà che emergono nei suoi contesti relazionali a seguito del cambiamento di stile alimentare. È evidente che in tale ottica l'obiettivo primario si identifica con il miglioramento dell'autostima e con l'interruzione del senso di colpa piuttosto che con la perdita di peso e la restrizione dietetica di per sé.

La triade contatto professionale continuo, incontri psico - educazionali e relazione terapeutica può, quindi, prevenire la caduta di compliance negli studi di cambiamento dello stile di vita.

I risultati degli studi sul rischio oncologico della terapia ormonale sostitutiva in menopausa (TOS) sono spesso riferiti come incoerenti: a fronte di studi che evidenziano un rischio aumentato di carcinoma mammario ve ne sono altri negativi e altri che addirittura indicherebbero una riduzione di incidenza. Classificando gli studi in base a parametri di validità epidemiologica è ben chiaro, tuttavia, che gli studi migliori sono quelli che documentano un aumento di rischio legato al trattamento, dell'ordine del 2 - 3% per anno. Si tratta dei grandi studi prospettici, in cui l'informazione sul trattamento è raccolta prima dell'insorgenza della malattia, e gli studi casi controlli di popolazione, in cui la storia dei casi di tumore è confrontata con quella di un campione della popolazione in cui questi casi si sono verificati. La TOS non è prescritta soltanto per lenire il complesso di sintomi che accompagnano il passaggio menopausale, bensì anche per prevenire le malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto

del miocardio e l'osteoporosi. L'efficacia della TOS per contrastare il disagio della sindrome menopausale è ben documentata. Per quanto riguarda invece l'uso della TOS a lungo termine a scopo preventivo, la pretesa superiorità del numero di vite salvate grazie alla prevenzione di eventi cardiovascolari rispetto al numero di decessi per cancro conseguenti al trattamento è semplicemente un errore di valutazione, dipendente dal non aver preso in considerazione, nei calcoli rischi/benefici, dell'evoluzione temporale di queste patologie. L'infarto del miocardio, infatti, sta diminuendo in tutti i paesi occidentali mentre i tumori della mammella in molti paesi stanno ancora aumentando. Nei paesi mediterranei, in particolare, dove la popolazione ha un modesto rischio cardiovascolare, una riduzione anche del 50% della mortalità per infarto non bilancerebbe un aumento del 30% della mortalità per carcinoma mammario. Anche la questione della prevenzione delle fratture osteoporotiche è problematica, perché una prevenzione significativa sarebbe raggiungibile solo con trattamenti molto prolungati, praticamente per tutta la vita, che comporterebbero un rischio oncologico elevato. La perdita ossea fisiologica, infatti, è impedita fino a quando il trattamento è continuato, ma riprende quando la TOS viene interrotta.

Praticamente tutte le valutazioni epidemiologiche sul rischio cardiovascolare e oncologico della TOS si riferiscono al trattamento per via orale.

La via di somministrazione è rilevante per gli effetti a lungo termine della TOS a causa della diversa influenza della via enterale e della via parenterale sul metabolismo epatico. È probabile infatti che il beneficio cardiovascolare della TOS per via orale sia mediato, almeno in parte, dall'aumento della produzione di colesterolo HDL. Gli estrogeni per via orale, inoltre, inducono un aumento della sintesi epatica della SHBG ed una diminuzione della sintesi epatica dell'IGF - I. La via transcutanea non ha questi effetti epatici potenzialmente preventivi: non determina né aumento della SHBG, né delle HDL, né riduzione dell'IGF - I. Potrebbe quindi non avere i benefici cardiovascolari documentati per la via orale e potrebbe comportare un più marcato rischio oncologico.

In conclusione, per prevenire il CM si possono dare solo poche indicazioni pratiche:

Test genetico per il cancro della mammella

(Dr.ssa Alessia Berti)

- innanzi tutto evitare esami radiologici non indispensabili nelle bambine, in particolare esami ripetuti della colonna vertebrale;
- in secondo luogo limitare nelle dosi e nel tempo il trattamento ormonale in menopausa, che è giustificato prescrivere solo per ragioni cliniche legate ai disturbi della menopausa, e solo eccezionalmente per ragioni preventive;
- in terzo luogo raccomandare attività fisica e uno spostamento della dieta verso alimenti vegetali poco raffinati (riducendo zuccheri e cereali raffinati, grassi raffinati e bevande alcoliche).

Test genetico sì o no? Chi lo può fare? Cosa segue un esito positivo o negativo?

Queste sono alcune tra le tante domande che possono sorgere nel momento in cui si sente parlare di test genetico per il cancro della mammella. Chiariamo subito che non è un test invasivo, è un prelievo di sangue che verrà analizzato per cercare delle mutazioni in alcuni nostri geni specifici.

Il test genetico può essere consigliato ad una paziente per verificare qual è il suo rischio di sviluppare un giorno un carcinoma mammario o, se voi stesse avete già questa patologia, ad un familiare per capire se c'è una "radice ereditaria" nel vostro nucleo familiare per l'insorgenza del tumore della mammella.

In generale, nella popolazione il cancro al seno è un tipo di tumore "svincolato" dai nostri geni, chiamato solitamente "sporadico", in quanto, come molti altri tumori, ha origine multifattoriale, cioè è dato da molteplici fattori (ambientali, comportamentali,...) che producono insulti al DNA. Questi danni si accumulano con il passare degli anni causando in alcune persone l'inizio di una carcinogenesi, cioè l'insorgere di cellule di tipo neoplastico. Nella generalità della tipologia "sporadica" il tumore si sviluppa preferenzialmente nella VI decade, ma ci sono altri due casi che, sebbene abbiano percentuali di comparsa minori, sono comunque da conoscere e da considerare; una tipologia è quella "familiare" e l'altra è quella "ereditaria". È detto familiare se le persone affette da questa patologia fanno parte dello stesso nucleo familiare (20%), ma non sono interessati i geni (in questo caso la cosa che le accomuna potrebbe essere l'ambiente in cui vivono o le medesime abitudini/condizioni di vita od entrambe). È detto invece ereditario (5 - 10%) se c'è una correlazione tra la presenza di certe mutazioni genetiche tramandate dai genitori e l'insorgenza del tumore; in questo caso l'età media in cui si sviluppa è attorno ai 44 anni. Anche se fortunatamente il cancro ereditario della mammella rappresenta solo il 5 - 10% della popolazione, per queste pazienti sia il trattamento che l'esito sono più severi.

È stato dimostrato che, quelle donne con una parente di primo grado con carcinoma della mammella, hanno il doppio o il triplo di probabilità di svilupparlo un giorno anche loro; questo specialmente nelle giovani pazienti (sotto i 35 anni), in quelle con età compresa tra i 35 ed i 55 anni il rischio invece è relativamente modesto. I parenti di primo grado sono figli e genitori.

Il vostro oncologo o il vostro genetista potrà consigliarvi o meno sulla possibilità di farvi sottoporre a questo test in base alle vostre caratteristiche e solo dopo un'accurata analisi della storia familiare. Capiamo prima cosa viene analizzato. Il test viene consigliato se c'è il sospetto che nella vostra famiglia ci sia un tumore di tipo ereditario. I geni che vengono "mappati" per il cancro della mammella sono: BRCA 1 e BRCA 2, p53, Her - 2neu.

Her - 2neu: è un oncogene che codifica per un fattore di crescita che stimola la proliferazione cellulare. Viene studiato con l'immunostochimica e, se risulta iper - espresso, è un segnale di prognosi peggiore e di minor risposta al trattamento terapeutico. Poiché è un sensibile indicatore, è importante che venga sempre valutato durante le analisi.

P53: è un gene importantissimo, osserva il genoma ed ogni volta che trova degli insulti, delle anomalie, attiva dei meccanismi di riparazione per poter ripristinare quella che è la struttura normale del nostro DNA. Molto spesso nelle malattie neoplastiche questo gene è mutato, per cui deve essere o analizzato con l'immunostochimica, o sequenziando il DNA. Anche questo è fondamentale sia per la prognosi che per le risposte ai trattamenti terapeutici, per cui il suo monitoraggio deve essere costantemente mantenuto.

BRCA 1 e BRCA 2: (BReast CAncer) questi due geni sono basilari sia per il cancro alla mammella che per quello dell'ovaio. Sono responsabili di più del 65% di casi di neoplasia mammaria di tipo ereditario se mutati, proprio per questo sono i principali soggetti dei test genetici.

Attualmente in Emilia Romagna è presente anche un test chiamato MammaPrint® che viene effettuato sul tessuto neoplastico prelevato chirurgicamente da pazienti con tumore della mammella per predire il rischio individuale di metastasi. (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/ric_inn/osserv_inn/pubblicazioni/short_report_05/testo_it/short_report_5_it.pdf).

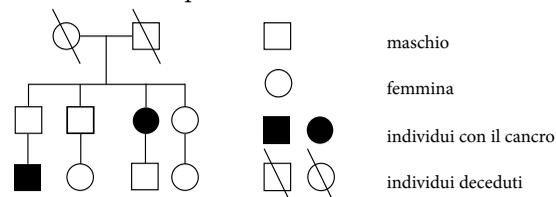
I geni vengono ereditati in coppia, uno dato dalla madre e uno dal padre. Cosa contengono questi geni? Contengono il messaggio che viene dato alla cellula produrre una determinata proteina e contengono anche i segnali/gli strumenti per poter leggere tale messaggio. La presenza di una mutazione sul gene comporta una lettura sbagliata

del messaggio con conseguente errore nella produzione della proteina o nella funzione del gene. Se ereditiamo uno dei geni sopraindicati mutati, questo non vuol dire che avremo sicuramente un cancro alla mammella, ma significa che avremo una predisposizione genetica a riguardo. IL TUMORE NON SI EREDITA E NON SI TRASMETTE. Perché fare un test genetico? Il test, o profilo di espressione genica, serve sostanzialmente a cercare una correlazione tra la presenza di mutazione e una probabilità maggiore (non certezza), rispetto allo standard, di sviluppare questa patologia. Quindi si cerca solo di capire se abbiamo un rischio aumentato o no.

Perché non dà una certezza? Per due motivi molto semplici: abbiamo così tanti geni nel nostro DNA che non conosciamo la funzione di tutti quanti, pertanto potrebbero essere coinvolti nel cancro della mammella anche dei geni attualmente sconosciuti, che non sono ancora stati studiati o che sono in fase di studio. L'altro motivo è che i geni corrispondono a porzioni di DNA molto molto grandi, perciò, nelle analisi genetiche, vengono mappate ed analizzate quelle sequenze che solitamente contengono il messaggio e i segnali di come leggerlo, non tutto il gene per intero. Pertanto restano sempre dei punti di buio nelle nostre ricerche.

Abbiamo detto che le condizioni per sottoporsi a questo test sono due: avere un albero genealogico i cui si evidenzia la presenza di familiari con patologie ereditarie ed avere determinate caratteristiche che elencheremo successivamente. Pertanto il punto da cui partire è fare un pedigree familiare, cioè analizzare i nostri avi con un albero genealogico che fornisce informazioni da cui noi deriviamo. Questo permette di capire se ci sono in atto patologie con caratterizzazione genetica e quindi se noi possiamo esserne interessati.

Mostriamo un esempio:



Padre e madre (deceduti) sono portatori, vuol dire che possiedono uno dei loro due geni mutato, ma non

esprimono la malattia, dei loro quattro figli (◻◻●○), una è malata quindi ha ereditato entrambi i geni mutati, due sono sani senza alcun gene mutato (anche i loro figli saranno sani) ed il primo è portatore, cioè ha un gene solo mutato (che lo passerà al proprio figlio malato). Nel caso del cancro alla mammella non è indicativo il numero delle copie del gene mutato che si eredita, il cancro si sviluppa per un insieme di fattori, non solo per questo, ma è importante sapere se, nella vostra famiglia, questo tumore ha un legame con i vostri geni, solo per sapere se il vostro rischio è superiore o pari a quello della popolazione generale.

Ad ogni modo, quando si decide di fare un albero genealogico della propria famiglia, vengono richieste molte informazioni di cui magari non siamo a conoscenza se non facciamo una piccola ricerca, facendoci aiutare anche dai nostri parenti. Se ad esempio la vostra bis - nonna ha avuto un tumore al fegato, bisognerà sapere se era un cancro di tipo primario, cioè nato nella sede del fegato, o se era il risultato di una metastasi di un altro tipo di cancro, ad esempio della mammella. Qui va fatta una premessa iniziale che varrà per tutti i discorsi successivi: ognuno di noi reagisce in maniere differenti sentendo parlare di cancro. I vostri parenti potrebbero non voler parlare di malattie dei loro cari per sofferenza, perché stanno ancora elaborando o perché la vogliono dimenticare. Quindi chiedete ma non forzate. Una volta che avrete stilato con il vostro medico l'albero genealogico, sarà lui a stabilire se ci sono i presupposti per proseguire con le indagini genetiche o no.

L'altra condizione necessaria che abbiamo nominato per eseguire un test genetico, è avere determinate caratteristiche; vediamole:

Familiarità di cancro alla mammella o alle ovaie (cioè se in famiglia ci sono più casi presenti)

- familiarità di carcinoma maschile della mammella (se è presente in famiglia un parente maschio con tale tumore);
- familiarità di cancro alla mammella in età giovanile (ad esempio mamma/sorella con insorgenza di tale tumore prima dei 40 anni);
- due o più parenti del nucleo familiare con cancro della mammella in qualsiasi età;

- siete Islandesi o Ebrei Ashkenazi (poiché le mutazioni di BRCA 1 e 2 sono più frequenti).

Successivamente viene fatto un prelievo di sangue in cui verrà analizzato il DNA e più precisamente quei geni che abbiamo menzionato sopra. Il test più conosciuto, anche in America, è il BRCAAnalysis ® (che va a sequenziare i geni BRCA1 e BRCA2).

I risultati di questo test non sono solo "positivo" / "negativo", esiste anche la possibilità che il test sia "incerto". Vediamo cosa occorre fare dopo ciascun tipo di esito.

Negativo

Psicologicamente un risultato negativo fa tirare un sospiro di sollievo e questo è giusto perché, basandosi sull'analisi di quei geni considerati, le nostre probabilità di sviluppare questa patologia vengono stimate uguali a quelle di tutto il resto della popolazione mondiale. Ricordiamoci però che, proprio per quei due motivi detti sopra che spiegano perché il test non dà certezza, non è detto che non si svilupperà mai un carcinoma mammario nella vita. Per cui cosa è meglio fare se abbiamo questo risultato? Continuare lo screening abituale (mammografia), eseguire regolarmente l'autopalpazione della mammella per sentire subito eventuali anomalie e mantenere uno stile di vita sano, quindi evitare di mangiare grasso, fare esercizio fisico regolarmente, mantenere il peso sotto controllo e moderare la quantità di alcool assunto.

Positivo

Chiedete aiuto al vostro medico. Non fatevi prendere dal panico, ma chiedete al vostro oncologo cosa significa, cosa implica. Abbiamo detto che il test serve per valutare se il rischio di comparsa di tale tumore è maggiore rispetto allo standard, non stabilisce che si presenterà con assoluta certezza. Quindi non creiamo falsi allarmismi, vuol dire che un gene è alterato, non è indice di malattia. Questo è il caso in cui potrebbe essere consigliato ad altri parenti di sottoporsi allo stesso test. Cosa bisogna fare? Mantenere alti i controlli, aumentarli, secondo gli attuali protocolli di ricerca è importante fare ecografia, mammografia e risonanza magnetica (a seconda dei casi) e far visite cliniche ogni 6 o 12 mesi secondo valutazione del vostro medico. Perché si intensificano le visite? Perché, essendo pazienti

positive, quindi più propense a sviluppare questo tumore, mantenervi controllate significa tempi brevi nel caso di individuazione di masse sospette e di inizio di trattamenti terapeutici. In questo caso avete il 50% di possibilità di trasmettere il gene mutato alla vostra progenie.

Incerto

"Non informativo o inconcludente": casi in cui il vostro test è negativo, ma sono presenti molti casi, specialmente di donne giovani, nella vostra famiglia con cancro della mammella o dell'ovaio. Questo potrebbe voler dire che i geni implicati sono altri rispetto a quelli analizzati. Si può ricadere in questo gruppo anche se il proprio test è negativo e non sono disponibili informazioni genetiche sugli altri membri della famiglia.

"Variante di significato incerto": le mutazioni sui geni per il cancro alla mammella sono state studiate per essere definite, se viene individuata una variante o un cambiamento inusuale nei geni, che però non è stata chiaramente correlata ad un'aumentata presenza di tumore, si ricade in questo gruppo. In questi casi può aiutare sapere qual è la situazione genetica dei parenti a riguardo di tale gene "anomalo", ma non sempre è indicativo.

Se in una famiglia una sorella, che ha avuto il cancro alla mammella, fa il test genetico risultando positiva, la persona a cui è consigliabile far fare il test è la madre. Se il risultato della madre è negativo, vuol dire che nessuna delle sue due copie dei geni testati è mutata, quindi non avrà trasmesso alcun gene mutato. Se invece anche lei risulta positiva, allora ci sarebbero maggiori ragioni per fare il test anche tra le altre figlie. Se non viene ritrovata nessuna mutazione nei geni della madre, significa che la probabilità delle altre figlie di sviluppare un giorno un cancro mammario è la stessa del resto della popolazione generale. Ricordiamo che i fattori di rischio però sono molteplici e sono anche di natura ambientale, per cui se nella famiglia ci sono stati due casi di cancro alla mammella, non consideriamo subito l'allarmismo del tumore di tipo ereditario, può essere semplicemente dovuto a una causa comune di tipo ambientale, di background che ci circonda.

Vediamo perché fare o perché non fare un test genetico.

Fattori di rischio per il tumore della mammella

(Roberto Franchini)

PRO

- conoscere: il bisogno di sapere se i propri geni sono o non sono mutati;
- possibilità di scelta: facendo il test e conoscendo il risultato si possono operare delle scelte sulla nostra vita (cure, possibilità di entrare in studi clinici,...);
- prevenzione: tutto quello che si poteva fare per “giocare d’anticipo” è stato fatto;
- per gli uomini: sapere che, se si è positivi a questo, ci sono più alte possibilità di sviluppare un cancro della prostata.

CONTRO

- stress: non sempre motivato, aumentano i controlli, le attese per le risposte,...;
- scelte drastiche: si possono prendere scelte drastiche in anticipo su un evento che forse mai si verificherà probabilità di rischio: è la parola chiave di questo test.

Spieghiamoli

Cosa comporta fare questo test? Cerchiamo di mettere tutte le carte sul tavolo: fare attività di screening è importante, **sempre**, ma bisogna capire (questo soprattutto se la persona che deve fare il test non siete voi, ma un vostro familiare) che non tutte le persone vogliono **sapere**. Questo per diversi motivi: sia perché non è una tipologia di test accurato al 100%, sia perché può alimentare paure che non vogliamo affrontare, sia perché in certi casi non ha senso eseguire questo test che comporta ansia e stress, se non sono stati individuate **ragioni valide** per poter credere che si è interessati da cancro di tipo ereditario. È tutto molto soggettivo, c’è chi non vuole stress senza una certezza per cui decide di non sottoporsi e c’è chi invece vuole essere maggiormente pronto e preparato sapendo prima l’esito del test, in ogni caso, per poter prendere le proprie decisioni senza l’incombenza immediata della malattia.

A cosa si fa riferimento parlando di “decisioni drastiche” dopo un test genetico risultato positivo? Alcune donne decidono di sottoporsi a mastectomia profilattica bilaterale,

ovverosia l’asportazione chirurgica di entrambe le mammelle in via preventiva, cioè senza la contemporanea presenza di un cancro del seno. Questa viene vista dalla donna come azione preventiva per ridurre quelli che sono i rischi di un cancro, eliminando quello che è il tessuto bersaglio del tumore, ma i rischi, anche se diminuiscono, non vengono azzerati. Psicologicamente è vista come mutilazione del proprio corpo, per cui anche questa è una decisione molto delicata che bisogna prendere dopo aver pensato a lungo ed essersi fatte spiegare dal proprio medico cosa comporta. Questo non comporta immunità totale dal cancro, per cui è bene capire cosa si dovrà affrontare, specialmente da un punto di vista psicologico, perché è un intervento drastico in sé per sé, nonostante poi la ricostruzione possa aiutare a riacquistare un’immagine di sé stesse più sana.

Una preoccupazione di molte donne, di molte mamme, è di trasmettere il cancro alle figlie. L’ereditarietà genetica **non** è cosa che possiamo stabilire, è casuale in base al corredo di cui già disponiamo; un gene mutato **non** significa tumore, **non** significa condanna. La strada dello screening può aiutare nello sfruttare il tempo, ma non stabilisce un sì e un no, troppi sono i fattori che intervengono, sia comportamentali che ambientali. È una concomitanza di fattori. *Se non si sceglie la via della genetica, a cosa ci si può affidare?*

Se anche si è scelto di non effettuare un test genetico consigliato, bisogna assolutamente continuare lo screening mammografico della Regione e l’autopalpazione. La mammografia viene sconsigliata prima dei 35 anni, perché quando si è così giovani i tessuti mammari sono fortemente densi, per cui l’esame risulterebbe inattendibile, ma è importante mantenere alto il livello di check up del nostro corpo se si è deciso di rifiutare la via della genetica. Un’ultima considerazione: è vero che cento anni fa c’erano meno casi di tumore, ma ricordiamo che il cancro è un evento dovuto all’**ACCUMULARSI** di mutazioni. Poiché la vita media è aumentata notevolmente, adesso abbiamo a disposizione un’aspettativa di vita di 20 anni in più rispetto ai nostri bisnonni, proprio in questi 20 anni in più che abbiamo guadagnato c’è anche più tempo per le mutazioni di accumularsi. La vita media aumenta, il tempo per il crearsi di mutazioni aumenta, per cui se nel nucleo familiare sono presenti alcuni casi di cancro alla mammella sviluppatosi in età avanzata, questo può essere solo frutto della casualità, del tempo, e non dell’ereditarietà.

Il rischio per una donna di essere colpita da tumore mammario aumenta con l’età. L’incidenza di questa malattia tra le donne al di sotto dei 35 anni è infatti bassa. Tutte le donne dai 40 anni in su corrono il rischio di sviluppare un cancro al seno, anche se la maggior parte dei casi si verifica nella popolazione femminile di età superiore ai 50 anni. Il rischio è particolarmente elevato oltre i 60 anni. La ricerca ha dimostrato che i seguenti fattori contribuiscono ad aumentare il rischio di sviluppare la malattia:

- età;
- popolazioni occidentali ricche;
- classi socio - culturali agiate;
- elevato peso alla nascita;
- menarca precoce;
- statura elevata;
- nulliparità*;
- prima gravidanza tardiva;
- mancanza di latte o allattamento breve;
- età alla menopausa (vita fertile lunga);
- obesità o sovrappeso in menopausa;
- elevati livelli sierici di testosterone e di estradiolo e bassi livelli di SHBG (in menopausa);
- radiazioni ionizzanti (specie in età prepubere o puberale);
- terapie ormonali per la menopausa;
- contraccettivi orali;
- dieta ricca (specie in età prepubere o puberale);
- scarsa attività fisica (specie in età giovane);
- consumo di alcool;
- dieta povera di frutta e verdura;
- dieta povera di fitoestrogeni.

Ricordiamo in particolare:

Modificazioni genetiche. Cambiamenti che interessano certi geni (BRCA1, BRCA2 ed altri) rendono le donne più vulnerabili al carcinoma mammario. In famiglie in cui diversi membri di sesso femminile siano stati colpiti dalla malattia, test genetici sono in grado di dimostrare se una donna ha subito specifiche modificazioni genetiche che ne accrescono la predisposizione a sviluppare il cancro.

Storia familiare di carcinoma mammario. Il rischio per una donna di sviluppare il cancro è maggiore se la propria

madre, sorella, figlia o altri membri femminili della famiglia, ad esempio cugine, ne sono state colpite, specie se in giovane età.

Modificazioni mammarie. Chi ha avuto una diagnosi di iperplasia atipica o di carcinoma lobulare in situ (CLIS), è maggiormente soggetta ad ammalarsi di cancro.

Altri fattori associati ad un maggior rischio di carcinoma mammario comprendono:

Densità della mammella. Le donne di età superiore ai 45 anni per le quali la mammografia abbia evidenziato almeno un 75% di tessuto denso sono maggiormente a rischio. Una mammella densa contiene numerose ghiandole e legamenti che rendono più difficoltosa l’identificazione di un tumore; in più, lo stesso tessuto denso è associato ad un’aumentata possibilità di carcinoma mammario.

Radioterapia. Le donne sottoposte a radiazioni durante l’infanzia, specialmente per il trattamento del morbo di Hodgkin, hanno maggiori probabilità di sviluppare un tumore della mammella nel corso della vita. Secondo alcuni studi, più bassa è l’età in cui si è ricevuta la terapia radiologica, più tale rischio aumenta.

Altri possibili soggetti a rischio sono le donne che hanno avuto la **prima mestruazione** in età precoce (prima dei 12 anni), quelle in cui la menopausa si è manifestata tardivamente (dopo i 55 anni), chi non ha mai avuto figli, oppure chi si è sottoposta a **terapia ormonale sostitutiva** o ha fatto uso di contraccettivi orali, ad alta percentuale estrogena e bassa concentrazione progestinica, per lunghi periodi di tempo. Ognuno di questi fattori prolunga l’esposizione dell’organismo femminile all’azione degli estrogeni, incrementando il pericolo di insorgenza di tumore mammario. È comunque importante rilevare che gli attuali contraccettivi sono a basso contenuto estrogenico e quindi sono considerati a basso rischio, ovvero non pericolosi.

Patologie infiammatorie benigne

(Francesco Domenico Rivelli)

Le malattie benigne della mammella costituiscono un vasto ed eterogeneo gruppo di lesioni la cui frequenza è notevolmente superiore a quella maligna. La loro importanza consiste soprattutto nel fatto che possono, alcune, simulare clinicamente un cancro alla mammella (ectasie dei dotti galattofori, liponecrosi), mentre altre rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di un successivo carcinoma.

Fortunatamente solo una piccola parte di esse rientra in quest'ultima categoria, trattandosi di poche lesioni che fanno parte del gruppo delle malattie benigne a carattere proliferativo. A carico della mammella possono riscontrarsi vari tumori benigni, quali lipomi, amartomi, adenomi, emangiomi, etc. L'asportazione completa di questi tumori rappresenta un trattamento adeguato e definitivo. Una delle più note lesioni proliferative della mammella è costituita dal fibroadenoma che si riscontra più frequentemente tra i 20 e i 35 anni di età, aumenta di dimensioni durante la gravidanza e tende a regredire con l'aumento dell'età della paziente. In genere è una lesione singola, ma nel 20% dei casi può essere multipla o bilaterale. Microscopicamente i fibroadenomi sono costituiti da tessuto connettivo (fibro) e tessuto ghiandolare (adeno). Una trasformazione maligna è stata riportata rarissimamente (0,1% dei casi). Un'altra lesione benigna è il papilloma intraduttale che, in media, si riscontra intorno ai 50 anni di età, nel 90% dei casi è solitario ed è costituito da una lesione polipoide all'interno dei dotti che può essere causa di secrezione ematica dal capezzolo. L'escissione chirurgica guarisce questo tumore benigno e non vi è un maggior rischio di cancro della mammella a lungo termine. Nel caso, invece, fossero presenti papillomi multipli il rischio di sviluppo di un carcinoma è più frequente. La malattia fibrocistica rappresenta di certo la condizione benigna più comune potendosi riscontrare nel 50 - 90% delle donne più frequentemente nell'età compresa tra i 25 e i 50 anni di età. Più frequentemente bilaterale ma una mammella può essere più colpita dell'altra. Il termine fa riferimento ad una serie di alterazioni mammarie (cisti, fibrosi, calcificazioni, infiammazione cronica, iperplasia epiteliale) variamente commiste fra di loro, la cui origine non è del tutto nota ma di certo risente di influenze ormonali.

La malattia fibrocistica di per sé non aumenta il rischio di cancro che, invece, è correlato alla presenza di iperplasia duttale e lobulare soprattutto se atipica ed associata a storia familiare di carcinoma mammario.

Il cancro della mammella in fase iniziale non provoca dolore, detto anche mastodinia che è uno dei sintomi più comuni che induce la donna a consultare il medico e può assumere caratteristiche diverse.

Il dolore ciclico è il più frequente, in genere bilaterale, ed è massimo in fase premestruale e regredisce con l'inizio della mestruazione.

Il dolore non ciclico, invece, tende ad essere ben localizzato, è continuo ed è in rapporto più spesso a lesioni benigne (cisti voluminose, fibroadenomi, ectasia duttale) piuttosto che a lesioni maligne. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, il dolore non ciclico è definito idiopatico poiché non è possibile evidenziare alcuna causa e si ritiene correlato ad alterazioni ormonali non meglio precisate.

Mastite

La mastite è un'infiammazione delle mammelle e può manifestarsi nel post - partum. Può comparire quando il bambino non succhia abbastanza spesso o a lungo da drenare completamente le mammelle.

Compare prevalentemente nelle prime 6 settimane post - parto, quando il bambino per qualsiasi ragione non succhia abbastanza spesso o a lungo da drenare completamente le mammelle. Stiamo parlando della mastite, un'infiammazione delle mammelle che talora può evolvere in infezione vera a propria. Si può però presentare anche in tutti gli altri periodi di allattamento, quando il bambino succhia con meno vigore o quando salta una o più poppate la notte, o quando la mamma si allontana per lavoro o altre necessità. Si affronta inizialmente aiutando mamma a neonato a stare vicini, in modo da permettere al poppante di attaccarsi con la frequenza esattamente necessaria alla mammelle di sua madre e nel modo corretto.

Di che cosa si tratta

La mastite si manifesta con una sensazione di gonfiore e arrossamento solitamente a una delle mammelle. E' un disturbo serio, non a caso associato a quel campanello d'allarme che è il dolore (un allattamento normale non comporta mai dolore!). Oltre ai 40 giorni post - parto, essa compare quando si comincia lo svezzamento, se non si ha l'accortezza di assecondare la richiesta di seno che i bambini

solitamente esprimono a completamento delle prime pappe. Altre volte ancora compare a seguito di ragadi, ingorghi e ostruzioni dei dotti, che devono essere affrontati in modo corretto, "sfruttando" l'allattamento stesso. Attaccare bene il bimbo al seno è il modo migliore per prevenirli e, quindi, per evitare la mastite. Gli impacchi caldo - umidi sono molto utili per curare ingorghi e ostruzioni dei dotti del latte, ma non la mastite che è un' "infiammazione".

I sintomi della mastite

La mastite è un'infiammazione acuta di tutta la mammella o di una sua parte. L'incidenza di mastite è calcolata fra il 3% e il 20% tra le neomamme, a seconda di quanto lungo sia l'allattamento al seno. In genere si presenta a seguito di un ingorgo, a sua volta dovuto al fatto che il bambino non ha succhiato abbastanza volte o abbastanza a lungo. In realtà, non si sta rispettando la vera "richiesta" del bambino, che è quella che garantisce il miglior benessere per il neonato ma anche per le mammelle. La mastite si presenta con sintomi caratteristici: intenso dolore al seno interessato, pelle arrossata, calda, in tensione e seno duro. Si associa sempre a qualche puntata di febbre sopra i 38.5 ° gradi, senso di spossatezza e di "ossa rotte", proprio come succede nell'influenza. Se trascurata, la mastite si trasforma in infezione, per l'ingresso, all'interno della mammella, di microrganismi che si trovano normalmente sulla pelle del seno o anche nella bocca del bambino.

Le cause che la favoriscono

Per la presenza di taglietti o piaghe sui capezzoli (cioè le ragadi), i germi possono penetrare ancora più facilmente all'interno del tessuto mammari e dare luogo all'infezione. Per questo motivo, è fondamentale evitare la comparsa delle ragadi o curarle in modo appropriato. È anche possibile che la mastite insorga a seguito di un dotto galattoforo otturato. Se il latte ristagna a lungo e non si interviene, infatti, costituisce una sorta di terreno di coltura per i batteri responsabili. Anche i reggiseni troppo stretti possono favorire la mastite, perché comprimono il seno non permettendo un corretto svuotamento delle mammelle. Non è, infatti, consigliabile indossarli la notte per dormire. Attaccare il bambino al seno in modo corretto, facendosi consigliare e sostenere dalle ostetriche del reparto di maternità o del consultorio oppure da una Consulente Professionale in Allattamento Materno

(IBCLC), è il modo più giusto per prevenire sia le ragadi sia l'ostruzione dei dotti galattofori e quindi per prevenire la mastite.

Le cure per la mastite

Sono simili a quelle che si mettono in atto per l'ostruzione dei dotti galattofori, anche se vanno effettuate con più continuità e associate con il riposo a letto. È bene continuare ad allattare il bambino, attaccandolo prevalentemente alla mammella affetta per favorire lo svuotamento. Per la mammella sana si può usare il tiralatte. Si possono provare altre posizioni per allattare il piccolo, che possono essere consigliate dalle ostetriche del nido o dalla consulente per l'allattamento della propria città. Per esempio si può allattare stando sdraiati: la mammella poggia sulla superficie del letto e il contatto stesso ne favorisce lo svuotamento. Oppure, si può provare "a quattro zampe": la forza di gravità attira il latte verso il basso. Utile, infine, è la posizione "da rugby": la mamma può stare in piedi o seduta, tenendo il bimbo sotto il braccio come i giocatori di rugby tengono la palla, cioè con la testina verso l'interno e i piedi rivolti all'esterno, passando sotto l'ascella della mamma. Altre posizioni possono essere individuate nei singoli casi.

Occorre anche un po' di riposo

È bene cercare di riposare il più possibile a letto, come se si avesse l'influenza. Con il riposo e il drenaggio per 24 ore si ottiene spesso quella regressione di sintomi che permette di evitare il ricorso agli antibiotici. Gli impacchi caldo - umidi e le spugnature calde che erano utili in caso di ingorgo, vanno ora sostituiti da impacchi freschi, per attenuare l'infiammazione. Se dopo 24 ore la mastite e la febbre persistono è bene ricorrere all'assunzione di antinfiammatori e antibiotici compatibili con l'allattamento. Nel frattempo, è possibile continuare ad allattare il bambino. Infatti gli antibiotici passano nel latte solo in quantità minima e quindi non sono nocivi per il neonato. Interrompere l'allattamento anzi sarebbe dannoso perché potrebbe provocare un ristagno di latte e rendere più seria l'infezione. Molto utili anche gli antiinfiammatori - antidolorifici (come l'ibuprofene o il paracetamolo) per attenuare la febbre o il dolore. Non sono nocivi per il bimbo.

Anceddoti storici e testimonials famose

(Roberto Franchini)

Il cancro al seno è sempre esistito sebbene non si conoscesse prima. Erodoto, infatti, narra che la regina Atossa, figlia di Ciro e moglie del re persiano Dario ebbe al seno un tumore che si aprì e si estese a poco a poco. “Lo storico racconta che il medico greco Democede riuscì a guarirla e a tornare a Pitia”. Nel passato in caso di malattia alla mammella, le incertezze della diagnosi, trattamenti medici lunghi e complicati e talora interventi chirurgici atroci in assenza di anestesia, rappresentano per la donna una dramma di considerevole portata. Pazienti famose come Paolina Bonaparte e Anna d’Austria, hanno vissuto l’esperienza di una malattia al seno con una complessa problematica psicologica. Ippocrate narra della prima paziente malata di cancro nella sua opera Epidemia e descrive: “in una donna, ad Abdera, si produsse un carcinoma alla mammella; si presentava così: dal capezzolo scorreva un icore sanguinolento; una volta cessato lo scorrimento, ella morì.”

Nella letteratura medica, numerosi casi individuali vengono segnalati nelle varie pubblicazioni scientifiche, ben identificabili sia per la citazione del nome delle pazienti che per le caratteristiche del fisico e del temperamento. Per mali di questo tipo si ricorreva molto spesso a mastectomie. Nella seconda epistola di Paolo Apostolo a Timoteo egli descrive un intervento di questo genere. Una raffigurazione di R. de Hooghe ritrae di un intervento di mastectomia effettuato nella camera da letto della paziente, in presenza del marito e delle due serve; la donna è seduta e il medico effettua l’operazione mentre il suo assistente sostiene il braccio della paziente. Un farmacista, che doveva essere presente agli atti chirurgici, scrive a tavolino alcune ricette mentre un altro farmacista tiene in mano un bicchiere con qualche tonico o droga soporifera.

Il caso clinico di malattia alla mammella che ebbe più ripercussioni nelle cronache mondane di tutti i tempi fu, tuttavia, quello che, nella primavera del 1664, ebbe come protagonista Anna d’Austria, madre del Re Sole, Luigi XIV. Riconosciuta affetta da un tumore ulcerato alla mammella, la regina viveva in inizialmente curata con impiastri di cicuta, polvere di pietra grigia e polvere di scamonea. L’anno seguente il suo stato peggiora: la regina soffre di una erisipela ai due seni, che si complica in cancrena. Bisogna somministrare narcotici e incidere a più riprese, con il rasoio, i tessuti necrotizzati. Cinque mesi più tardi la regina è in agonia. L’odore delle sue piaghe è tale che è

necessario tenerle dei sacchetti di odori vicino al naso per darle sollievo. La morte sopravviene a distanza di venti mesi dalla diagnosi. La storia è emblematica per almeno due motivi: la partecipazione ma anche l’allarmismo collettivo che si determina nel caso dei personaggi molto conosciuti e il problema etico della giustificazione di prolungare comunque la vita anche in casi estremi. Curiosamente Anna d’Austria era stata anche colei che aveva lanciato a Corte la moda dei seni “abbondanti e ben visibili” per cui la triste storia sulla fine della regina venne interpretata come una sorta di condanna divina.

Il caso di Fanny Burney

La migliore descrizione di come l’esperienza dell’intervento chirurgico venga vissuto da parte della donna non può che venire da parte della paziente stessa. Fanny Burney, una romanziera inglese, autrice di Evelina, viene sottoposta a mastectomia nel 1818 dal famoso chirurgo Dominique Jean Larrey. L’intervento avviene a casa della paziente, senza anestesia e con vicissitudini di vario genere. La Burney ne parla con spirito garbato alcuni mesi dopo in una lettera alla sorella, descrivendo con profonda introspezione gli aspetti psicologici relativi alla comunicazione dalla diagnosi, all’ansia per la mutilazione, all’attesa prima dell’intervento, alla speranza di una più favorevole, al difficile periodo post-operatorio.

La triste storia di Allie Noble

La storia di Allie Noble, descritta da John Brown e ambientata nel 1830, narra della sua forte personalità. James Noble portò la moglie Allie a consulto da Syme perché affetta da un tumore alla mammella duro come una pietra. Questi decise a favore dell’intervento che sarebbe avvenuto in un’aula pullulante di studenti di medicina. Allie, si narra, fece molta impressione su di loro con il potere della sua presenza. Ella salì sul tavolo e si sedette da sé su di esso. Si sistemò, diede un rapido sguardo a James, chiuse gli occhi e si mise nelle mani del medico. L’intervento procedette molto lentamente a causa dell’inesistenza di mezzi anestetici, quali ad esempio, il cloroformio. Il chirurgo fece il suo lavoro. Il pallore tradiva il suo dolore, ma la donna era quieta e silenziosa. Quando tutto finì, la donna, rivestitasi, scese con grazia e dignità dal tavolo operatorio. Si rivolse al chirurgo e agli assistenti e con una riverenza, a voce bassa, ma

chiara, si scusò di essere stata malata. Dopo quattro giorni si sviluppò una grave infezione della ferita e Allie morì. Il tumore al seno è una malattia democratica, può colpire tutte le donne. In tutto il mondo nella società si sono ammalate di tumore al seno tante donne famose appartenenti al mondo della musica, dello spettacolo, della politica o della cultura. Molte di queste donne hanno contribuito e continuano a contribuire in vario modo alla diffusione della cultura della prevenzione con lo scopo di arrivare in pochi anni, come dice il Prof. Umberto Veronesi, a mortalità zero.

Kylie Minogue, la famosa pop star australiana, fu operata di tumore al seno a Melbourne nel maggio del 2005 Il chirurgo dichiarò “ Ho fiducia nel fatto che abbiamo preso in tempo il cancro e la paziente potrà guarire completamente”, ed infatti così è stato. Attualmente la cantante lotta attivamente per la diffusione della cultura della prevenzione che rimane l’unica arma per sconfiggere questo male.

*C’è una donna bella che amo, che adoro, che ha 45 anni e ha il tumore. Molti di noi abbiamo vergogna a dire questa parola e lei, che è una persona forte, lo chiama cancro. Cancro al seno, si è operata due volte, comincerà la chemioterapia in questi giorni. Con queste parole piene di amore nel 2009 l’attore **Lino Banfi** rivelò pubblicamente la malattia della figlia **Rosanna** con l’intento, spiegato dallo stesso Banfi, di promuovere la prevenzione che per il cancro al seno è fondamentale e potenzialmente risolutiva. *Me lo ha chiesto mia figlia. L’ho fatto perché così le donne capiscono che la prevenzione è una cosa importante, teniamoci i nostri oncologi italiani che sono bravi e non c’è bisogno di andare all’estero.**

“Dopo 17 anni dal tumore sono qui, ballo e canto, anche per testimoniare che questa malattia si può sconfiggere”. Sono le parole di **Olivia Newton - John**, la star di Grease a cui nel 1992 fu diagnosticato un cancro del seno. Nel mese di giugno 2009 è intervenuta al Convegno dell’ASCO, il più importante Congresso mondiale di oncologia tenutosi a Orlando, per raccontare la propria esperienza e il suo impegno a favore di una maggiore informazione.

Nella memoria degli americani **Betty Ford**, moglie del trentottesimo presidente degli Stati Uniti Gerard Ford, occupa un posto speciale tra le first lady per la sua onestà e franchezza e per la sua capacità di esprimere senza esitazioni

il suo punto di vista su temi delicati come l’alcolismo, la dipendenza dai farmaci e il suo sostegno al Equal Right Amendment, contro la discriminazione sessuale. Tutto il coraggio di Betty Ford è emerso quando nel settembre del 1974 si sottopose ad un intervento di mastectomia dopo che le fu diagnosticato il cancro al seno. First lady da appena due mesi, la signora Ford trasformò la sua lotta personale contro il cancro in un’occasione per spezzare il tabù attorno all’argomento e condurre una campagna di sensibilizzazione sull’importanza della prevenzione del cancro al seno. **Betty Ford** si è spenta all’età di 93 anni suscitando grande cordoglio in tutta l’America.

Anastacia è probabilmente una delle cantanti più popolari che ha avuto un cancro al seno e non ha paura a parlarne, anzi è di sicuro una delle più attive a sensibilizzare il pubblico. Nel 2003 le è stato diagnosticato il tumore al seno mentre stava facendo degli esami preliminari per un intervento di riduzione del seno. Ha subito un’operazione di rimozione, la ricostruzione del seno e la radioterapia. Nonostante tutto ha portato a termine il suo tour e solo alla fine si è concessa un periodo di riposo. Dopo la malattia “ha ritrovato se stessa” e ha scritto il suo terzo album “Anastacia”: un successo mondiale. Nel frattempo ha anche fondato un’associazione per la raccolta di fondi. La star afferma che non ha mai considerato la malattia come una cosa negativa: di sicuro non ha intaccato la sua vitalità!

Nell’ottobre del 1987 **Nancy Reagan**, effettuando una mammografia, ha scoperto un cancro al seno. È stata operata guarendo completamente.

Dopo l’intervento chirurgico in tutto il Paese c’è stato un aumento vertiginoso di mammografie effettuate a scopo preventivo dalle donne. Un esempio di come un personaggio famoso possa influenzare, in questo caso positivamente, l’opinione pubblica anche su di un tema così delicato.

Jane Fonda è stata operata di tumore al seno nel novembre del 2010. Lo ha scoperto durante un controllo di routine. Fortunatamente si trovava ancora al suo stadio iniziale, quindi il rapido intervento ha portato alla completa guarigione. Jane ora sta bene, anzi è tornata più carica di prima, pronta a promuovere l’ultimo dvd di fitness, che in America già sta riscuotendo un incredibile successo. Lei, che

da circa vent'anni è per l'America intera icona di benessere e salute, oggi parla di se stessa e di un problema che colpisce 1 donna su 10, un problema che grazie alla prevenzione può essere sconfitto.

Monica Guerritore, una delle attrici più apprezzate del nostro Paese, ha confessato di aver vinto nel 2009 un brutto male. "Grazie a dei controlli, due anni fa ho sconfitto il tumore al seno. Ora, accanto al professor Veronesi, promuovo la prevenzione". Così ha raccontato a Diva e Donna la malattia. "Avevo un piccolo nodulo maligno al seno. Sono stata operata da Veronesi. Una cosa molto piccola e circoscritta che non mi ha lasciato nè menomazioni nè cicatrici.

"Ne parlo perché quello che ha salvato me e migliaia di donne - spiega l'attrice - è stata propria la diagnosi precoce. Se il mio mestiere e la mia popolarità possono aiutare anche una sola persona, spingendola a fare controlli - aggiunge - ecco che questa popolarità assume un significato diverso". L'attrice conclude: "Quando sai di dovere essere operata ti si spacca la terra sotto ai piedi. Ti senti piccola e disarmata. Non bisogna stare sole."

Nel 2009 la campagna di **Oliviero Toscani** per la lotta al tumore al seno. Tre donne dietro una tenda bianca semitrasparente che lascia bene in vista il loro volto e uno dei seni nudo. **Monica Guerritore**, **Olivia Toscani** (la figlia del fotografo) e **Nadia Ricci** sono le tre testimonial della campagna ideata da Oliviero Toscani per la Fondazione Veronesi sulla diagnosi precoce del cancro al seno con l'obiettivo di arrivare a mortalità zero entro dieci anni.

Il progetto nasce da una lettera che il fotografo ha ricevuto da Nadia Ricci, una donna romana madre di una bimba, che a 37 anni ha scoperto di avere un tumore al seno e che, 7 anni dopo, vuole raccontare la sua esperienza: «Le scrivo per dirle solo che a denti stretti, con le lacrime agli occhi non bisogna sopportare solo il dolore fisico, psicologico che la malattia comporta, ma la cosa che devasta una donna è la mancanza di intimità che viene a finire, in modo violento...». Racconta Nadia: «Gli ho chiesto aiuto perché volevo dare un messaggio di coraggio e di speranza. E non mi sono sbagliata, lui non mi ha deluso». Toscani, sensibile al problema perché ne è stata colpita anche sua figlia Olivia, ne parla con Veronesi «Mi sono reso conto - ha spiegato

Toscani - che le esigenze delle donne non si riducono a quello che sembrerebbe sfogliando i settimanali di moda, tutti impostati sull'accentuazione di una bellezza a cui tante donne non possono accedere perché la loro è una bellezza diversa da quella dei media e della pubblicità. Le donne sono preoccupate da altri problemi, molto più importanti» Olivia Toscani, figlia di Oliviero, ha raccontato: «Ho temuto di non poter veder crescere i miei tre figli, il più piccolo allora aveva solo due anni. Oggi sono guarita e piena di fiducia». «Posare per papà in fondo è stata la cosa più facile», racconta Olivia. Più difficile spiegare la propria scelta ai figli, «tre maschi, uno dei quali è ancora contrario alla mia partecipazione a questa campagna. Ma un giorno capirà, e se questo servirà a salvare anche solo una vita avrò ottenuto il mio successo». Come riferisce la Fondazione Veronesi, sono circa 40 mila le donne colpite ogni anno in Italia e oltre 10 mila di esse muoiono a causa di una diagnosi non tempestiva. «È indispensabile per tutte le donne sottoporsi periodicamente ai controlli con mammografia e/o ecografia - esorta la Fondazione - . Il 98% delle donne colpite da tumore al seno può salvarsi se la diagnosi è stata precoce: quando il tumore è inferiore al centimetro». «Se 30 anni fa 4 donne su 10 non ce la facevano - fa sapere Veronesi - oggi queste sono meno della metà. Più di un terzo delle pazienti, poi, arriva alla diagnosi con lesioni così piccole, grazie alla diagnosi precoce, che le percentuali di guarigione sfiorano il 100%. Progetti come questi sono importanti per contribuire alla presa di coscienza delle donne italiane».

Patologie maligne

(Francesco Domenico Rivelli)

Nella mammella possono insorgere vari tipi di tumore, ma nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di tumori epiteliali, cioè di carcinomi, mentre rari sono i sarcomi, cioè i tumori di origine connettivale.

Il carcinoma della mammella rappresenta una crescita abnorme delle cellule che rivestono i dotti e i lobuli ed è classificato in base alle cellule di origine (duttale o lobulare) all'invasione (diffusione o crescita) attraverso il dotto o il lobulo ed all'aspetto delle cellule al microscopio.

CARCINOMA IN SITU

In situ significa che le cellule tumorali si trovano ancora nella sede dove è avvenuta l'iniziale trasformazione neoplastica confinate entro la membrana basale. Esistono due tipi di carcinomi in situ:

- **CARCINOMA DUTTALE IN SITU** o neoplasia duttale intra epiteliale (DIN)

È il tipo più frequente di carcinoma alla mammella. Se non trattato, può lentamente trasformarsi in carcinoma invasivo.

- **CARCINOMA LOBULARE IN SITU** o neoplasia lobulare intra epiteliale (LIN)
Inizia a livello dei lobuli, è molto spesso multifocale, è spesso bilaterale, non da massa palpabile.

- **CARCINOMA DUTTALE INFILTRANTE O INVASIVO**
Rappresenta circa l'80% di tutti i tumori della mammella ed origina dalle cellule epiteliali dei dotti galattofori. Col tempo le cellule tumorali superano la membrana basale penetrano nel tessuto adiposo mammario e possono così invadere i vasi linfatici o ematici diffondendosi in altre parti del corpo.

- **CARCINOMA LOBULARE INFILTRANTE O INVASIVO**
Rappresenta il 10 - 15% di tutti i tumori della mammella ed origina dalle cellule epiteliali dei lobuli, invade la membrana basale e si diffonde in altri distretti corporei.

- **CARCINOMA MIDOLLARE**
Costituisce circa il 5% di tutti i tumori mammari, ha la

caratteristica di avere margini ben circoscritti. Nel caso fosse puro, cioè non commisto ad altre varianti ha una prognosi migliore rispetto ai due precedenti.

- **CARCINOMA MUCIPARO**
È un raro carcinoma duttale infiltrante costituito da cellule che producono muco, in genere ha una prognosi migliore ed un minor rischio di metastasi rispetto ai precedenti.

- **CARCINOMA TUBULARE**
È un tipo particolare di carcinoma duttale, costituito dalla proliferazione di piccoli tubuli irregolari. È spesso multicentrico e bilaterale e di rado si accompagna a metastasi linfonodali. La forma pura ha una prognosi molto favorevole.

- **CARCINOMA INFIAMMATORIO**
Costituisce 1 - 3% di tutti i tumori della mammella. La cute della mammella si presenta arrossata, calda ed ha l'aspetto della buccia d'arancia determinato dalle cellule tumorali che bloccano i vasi linfatici. Ha una elevata probabilità di meta statizzazione a distanza ed ha una prognosi peggiore rispetto agli altri.

- **MALATTIA DI PAGET**
Si presenta con alterazioni del capezzolo costituite da lesioni eczematose con prurito, arrossamento e secrezione sierosa e sieromatica. Nella quasi totalità dei casi si incontra una contemporanea neoplasia che può essere sia un carcinoma duttale in situ che invasivo. Rappresenta l'1% di tutti i tumori.

- **TUMORE FILLOIDE**
Così chiamato nel 1838 da Müller per le sue caratteristiche macroscopiche costituite da lobulazioni simili a foglie che aggettano in cavità cistiche e talora da un aspetto sarcomatoso. Il tumore in realtà ha in genere un decorso benigno e solo raramente presenta caratteristiche maligne, in questo caso può dare origine a metastasi a distanza e ciò avviene attraverso il sangue, come avviene per i sarcomi.

La terapia medica

(Francesco Domenico Rivelli)

Il cancro della mammella è uno dei tumori solidi più sensibile agli agenti antiblastici usati per effettuare la chemioterapia. La loro azione non è selettiva poiché le stesse strutture con le quali interagiscono si trovano anche nelle cellule normali. Pertanto, ogni trattamento chemioterapico si associa a effetti collaterali indesiderati, variabili per numero ed entità da paziente a paziente.

I farmaci chemioterapici sono somministrati per via endovenosa e per via orale, i più usati sono le antracicline (epirubicina, doxorubicina), i taxani, derivati del fluoro, metotrexate, vinorelbina, gemcitabina.

Le combinazioni più usate sono: AC (doxorubicina e ciclofosfamide), CMF (ciclofosfamide, metotrexate e fluorouracile), FEC (fluorouracile, epirubicina e ciclofosfamide), AC + taxami.

Nella maggior parte dei casi la chemioterapia è eseguita in regime di day hospital e talvolta a domicilio (orale). Tuttavia in rapporto al tipo di farmaco usato e alle condizioni generali della paziente, può essere necessario il ricovero in ospedale durante il trattamento.

La **CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE**, cioè quella somministrata prima dell'intervento chirurgico è considerata la terapia standard nelle pazienti con neoplasia localmente avanzata in cui si ritiene che un controllo locale adeguato non possa essere ottenuto con la sola chirurgia. Questo tipo di terapia può essere usata anche in tumori operabili per ridurre le dimensioni e consentire un trattamento conservativo.

La **CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE**: somministrata dopo l'intervento chirurgico è considerata efficace perché è in grado di ridurre significativamente le ricadute della neoplasia. L'indicazione a tale terapia viene posta in base ad una serie di fattori che servono a valutare il rischio di ricaduta della neoplasia.

Allorché la malattia è metastatica, la chemioterapia rappresenta una delle modalità terapeutiche più importanti. Le percentuali di risposta sono molte alte.

Gli effetti collaterali più frequenti sono:

- nausea e vomito: si possono prevenire o ridurre considerevolmente con la somministrazione di antiemetici;
- caduta dei capelli: nonostante sia reversibile, è uno degli

effetti collaterali psicologicamente più difficili da accettare;

- alterazione dei valori della crasi ematica: riduzione dei globuli bianchi;
- stipsi, diarrea e dolori addominali, diminuzione dell'appetito;
- modificazioni del gusto;
- stanchezza, dolori ossei, articolari o muscolari;
- alterazioni della funzionalità epatica e renale;
- alterazioni della funzionalità cardiaca;
- alterazioni del ciclo mestruale;
- disturbi neurologici;
- stravasamento del farmaco chemioterapico dalla vena in cui viene infusa la terapia.

I CHEMIOTERAPICI ORALI: negli ultimi anni un numero crescente di farmaci antiblastici orali è stato commercializzato e si va affermando sempre più nel carcinoma mammario.

Motivazioni di tale trattamento:

- facilità di somministrazione;
- migliore accettabilità da parte delle pazienti;
- diminuzione del carico di lavoro per i day hospital oncologici.

La **TERAPIA ORMONALE**: il cancro della mammella è considerato un tumore ormonodipendente, poiché in una significativa di casi la sua crescita dipende dall'azione di ormoni, in particolare degli estrogeni. È logico pertanto pensare che possano ottenersi benefici terapeutici bloccando l'azione degli estrogeni.

I farmaci usati sono:

- **tamoxifene**: è l'antiestrogeno più utilizzato. Dosaggio 20mg/die x OS;
- **toremifene**: antiestrogeno;
- **progestinici**: medrossi progesterone acetato e megesterol acetato;
- **inibitori dell'aromatasi**: anastrozolo, exemestane, letrozolo.

LH - RH ANALOGHI: sono farmaci analoghi all'ormone rilascianti l'ormone luteinizzante. La somministrazione clinica prolungata determina una riduzione dell'incremento di gonadotropine ipofisarie con secondaria involuzione

delle ovaie simile a quanto ottenibile con l'ovariectomia.

La combinazione con taroxifene ed altri farmaci (anti aromatasici) si è dimostrata superiore nel trattamento di carcinomi mammari in donne in pre - menopausa.

La TERAPIA MOLECOLARE: si intende un trattamento diretto contro bersagli molecolari attivati nelle cellule tumorali.

Il Trastuzumab (Herceptin) è un anticorpo monoclonale che si lega inattivandolo alla porzione extracellulare di un recettore per un fattore di crescita C ERB B2. Questo è il primo esempio di terapia molecolare efficace nel cancro mammario.

La radioterapia

(Francesco Domenico Rivelli)

La radioterapia è una modalità terapeutica locale che utilizza fasci di raggi o particelle ad alta energia per distruggere le cellule tumorali rimaste nella mammella, nella parte toracica o nel linfonodo dopo l'intervento chirurgico.

La radioterapia post - operatoria adiuvante viene sempre eseguita dopo un intervento chirurgico conservativo per ridurre la percentuale di recidive locali.

La radioterapia è somministrata mediante una sorgente al di fuori del corpo (acceleratore lineare), 5 giorni alla settimana per 5 - 6 settimane.

Nei casi che eseguono chemioterapia la sequenza è: chirurgia - chemioterapia - radioterapia ed eventuale ormonoterapia. Nei casi in cui non viene eseguita la chemioterapia la sequenza è: chirurgia - radioterapia e ormonoterapia.

La **BRACHITERAPIA INTRACAVITARIA**: usa un dispositivo munito di un palloncino (MAMMOSITE) che è posto nella sede dell'intervento in sala operatoria al di fuori della camera operatoria, nel palloncino, viene posta una sorgente radioattiva per somministrare una dose di 34 GY in 5 giorni. Successivamente, il palloncino viene svuotato e rimosso.

La **RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (IORT)** consiste nel somministrare una singola dose di radiazioni (21GY) nella cavità chirurgica durante l'intervento in sala operatoria.

La stadiazione

(da http://www.chirurgiaoncologica.it/tumore_al_seno.html)

La stadiazione del carcinoma mammario, secondo il sistema TNM è universalmente accettata per stimare la prognosi, definire la terapia più adatta e per valutare i risultati. Consente una descrizione dell'estensione della malattia neoplastica in un dato momento, ricorrendo a tre parametri:

- l'estensione del tumore primario (fattore T);
- l'estensione del coinvolgimento linfonodale (fattore N);
- le metastasi a distanza (fattore M).

La combinazione dei tre elementi permette di assegnare il singolo tumore ad uno stadio che ha una prognosi e una terapia proprie.

Stadio 0: è chiamato anche carcinoma in situ. Può essere di due tipi:

- carcinoma lobulare in situ: non è un tumore aggressivo ma può rappresentare un fattore di rischio per la formazione successiva di una lesione maligna;
- carcinoma duttale in situ: colpisce le cellule dei dotti e aumenta il rischio di avere un cancro nello stesso seno.

Stadio I: è un cancro in fase iniziale, con meno di 2 cm di diametro e senza coinvolgimento dei linfonodi.

Stadio II: è un cancro in fase iniziale di meno di 2 cm di diametro che però ha già coinvolto i linfonodi sotto l'ascella; oppure è un tumore di più di 2 cm di diametro senza coinvolgimento dei linfonodi.

Stadio III: è un tumore localmente avanzato, di dimensioni variabili, ma che ha coinvolto già anche i linfonodi sotto l'ascella, oppure che coinvolge i tessuti vicini al seno (per esempio la pelle).

Stadio IV: è un cancro già metastatizzato che ha coinvolto altri organi al di fuori del seno. Se il tumore viene identificato allo stadio 0, la sopravvivenza a cinque anni nelle donne trattate è del 98%, anche se le ricadute variano tra il 9 e il 30% dei casi, a seconda della terapia effettuata.

Tis	In situ	
T1	≤ 2 cm	
T1mic	≤ 0,1 cm	
T1a	> 0,1 - 0,5 cm	
T1b	> 0,5 - 1 cm	
T1c	> 1 - 2 cm	
T2	> 2 - 5 cm	
T3	> 5 cm	
T4	Parete toracica/cute	
T4a	Parete toracica	
T4b	Edema cute/ulcerazioni, noduli cutanei satelliti	
T4c	Entrambi 4a e 4b	
T4d	Carcinoma infiammatorio	
N1	Ascellari mobili	pN1
		pN 1a Solo micrometastasi ≤ 0,2 cm
		pN 1b Metastasi macroscopiche
		i) 1-3 linfonodi/da > 0,2 a < 2 cm
		ii) ≥ 4 linfonodi/da > 0,2 a < 2 cm
		iii) Attraverso la capsula/< 2 cm
		iv) ≥ 2 cm
N2	Ascellari fissi	pN2
N3	Mammari interni	pN3
MX	Metastasi a distanza non accertabili	
M0	Metastasi a distanza assenti	
M1	Metastasi a distanza presenti	

Esami diagnostici

(Roberto Franchini)

Autopalpazione

Sappiamo che, dividendo il seno in quattro parti (quadranti), la maggior quantità di dotti è localizzata nel QSE (quadrante superiore esterno) della mammella quello prossimo all'ascella.

Le alterazioni da ricercare durante l'autopalpazione sono:

- la comparsa di un nodo o di un addensamento nella mammella o nel cavo ascellare;
- una variazione di dimensione, di forma o un'asimmetria delle mammelle;
- una tumefazione della mammella;
- qualsiasi alterazione cutanea, quale una retrazione od una irritazione, arrossamento o desquamazione del capezzolo o della cute mammaria;
- secrezione ematica o siero - ematica dal capezzolo;
- dolore od aumentata sensibilità del capezzolo;
- retrazione del capezzolo: introflessione o rotazione in una posizione differente.

I pareri dei medici sulla pratica dell'autopalpazione sono molteplici e spesso contraddittori. Alcuni sostengono che rischia di provocare troppa ansia per cui, nel rapporto costi benefici, è meglio non effettuarla. Altri invece ritengono che possa essere un'occasione in più per diagnosticare precocemente tumori di intervallo o non individuati dalla strumentazione diagnostica. Questa tesi è accolta con favore dalla maggior parte delle donne operate, che spesso hanno individuato da sole il nodulo.

Secondo le Linee Guida F.N.O.Ca.M l'autoesame non è una tecnica idonea alla diagnosi precoce del tumore della mammella e non vi è evidenza di riduzione di mortalità nelle donne che lo praticano rispetto a quelle che non lo praticano. Pur non essendo riportata in letteratura alcuna dimostrazione che l'anticipazione diagnostica ottenuta

mediante autoesame abbia un impatto favorevole sulla prognosi, è altresì dimostrato che lo stadio medio alla diagnosi è più favorevole nelle donne che praticano regolarmente l'autoesame rispetto a quelle che non lo praticano. Il periodo più adatto per questo esame, in età fertile, è quello che segue il ciclo mestruale, quando il seno si presenta meno turgido ed è quindi meglio esplorabile. La posizione supina è la più consigliabile in quanto la ghiandola mammaria si assottiglia e rende più facile la scoperta di tumefazioni, usando i polpastrelli della mano stesa ed esplorando tutti i settori in maniera meticolosa. L'autoesame del seno dovrebbe anche comprendere l'ispezione davanti allo specchio con le braccia abbassate lungo il corpo, poi alzate sopra la testa, poi spinte sui fianchi, al fine di individuare asimmetrie dei profili mammari e dei capezzoli, retrazione della cute, aumento di volume monolaterale.

Naturalmente l'autoesame non sarà subito facile e potrà persino aumentare i dubbi, però la consuetudine con questa pratica permetterà di accorgersi precocemente di eventuali cambiamenti, in modo da rivolgersi quanto prima al medico, che predisporrà gli accertamenti del caso. È opportuno sottolineare che piccole variazioni tra destra e sinistra sono frequenti, l'occhio, quindi, si deve concentrare su eventuali variazioni nel corso del tempo. Attenzione particolare va rivolta all'osservazione della zona del capezzolo e dell'areola per scoprire affossamenti, infiammazioni ed escoriazioni o tendenza a desquamarsi della cute che lo ricopre. Prendere l'aureola del capezzolo fra pollice ed indice e spremete delicatamente per verificare l'eventuale fuoriuscita di secrezioni: se esce sangue è il caso di recarsi subito dal medico.

Sdraiarsi in posizione supina, dopo aver sistemato un cuscino sotto la spalla e il braccio dello stesso lato piegato dietro la testa. Con il braccio libero palpare il seno del lato opposto. La mano con le dita deve premere a piatto sul seno, partendo dalla metà interna, della periferia verso il centro. I movimenti della mano devo essere circolari partendo dall'alto verso il basso. Fare attenzione all'eventuale presenza di noduli o di indurimenti, specialmente se non esistono nell'altro seno. Poggiare il braccio prima tenuto sotto la testa, lungo il fianco.

Palpate la metà esterna della mammella. Anche la palpazione della metà esterna deve essere compiuta seguendo uno

schema preciso: dal basso verso l'alto e dalla periferia verso il centro. L'esame deve estendersi fino all'ascella per rilevare la presenza di eventuali linfonodi ingrossati. Cambiare braccio e ripetere la palpazione sull'altro seno. Qualsiasi alternazione riscontrata richiede la visita del medico, il quale spesso, con un semplice esame clinico potrà dare tranquillità. Se i dubbi dovessero persistere sarà il medico a richiedere i necessari esami strumentali.

Ecografia

L'ecografia mammaria è una tecnica che necessita di un operatore preparato e attento: egli fa la differenza con le sue capacità professionali, strumentali e diagnostiche.

In ecografia un operatore NON vale l'altro. Ecco perché quest'indagine si distingue dalla mammografia fondamentalmente per la sua attuazione pratica, la sua realizzazione ed anche per l'origine della sua informazione. L'ecografia del seno è il prolungamento della mano che palpa, gesto "artigianale", unico e non sovrapponibile, espressione di una competenza specifica al servizio del paziente e dunque a suo vantaggio.

Perciò questa tecnica si distingue dalla mammografia, esame standardizzato, che necessita di apparecchi sempre più sofisticati e di un'organizzazione complessa che permette, soprattutto, la riproducibilità dell'esame. L'interpretazione della mammografia può essere realizzata in maniera differita e da diversi lettori.

Diversamente si può dire per l'ecografia ed in particolare per l'ecografia mammaria che consiste in lunghe sequenze di immagini (quasi come un filmato) tra le quali il medico sceglierà, in tempo reale, quelle che per lui sono le più suggestive e degne di rilievo. È dunque questa scelta personale che condiziona la qualità dell'esame, la credibilità della diagnosi. Questa è una delle ragioni essenziali per cui l'ecografia mammaria non può sostituirsi alla mammografia in quanto esame di screening, di prima scelta.

Che cos'è l'ecografia mammaria?

L'ecografia è una tecnica che utilizza gli ultrasuoni, indolore, non invasiva che studia la mammella senza l'uso di raggi X o l'iniezione di sostanze radioattive.

Essa mira ad ottenere immagini in merito a lesioni

nodulari; verificarne la presenza, misurarli nelle tre dimensioni, ed esaminarne le caratteristiche (solido, liquido, misto), i margini, i rapporti con le altre strutture. Contemporaneamente con la tecnica **color - Doppler** associata, si può studiare la vascolarizzazione mentre con l'**elastasonografia** si può studiare la rigidità/elasticità dei reperti individuati ottenendo utili informazioni in merito alla probabile natura maligna o benigna delle lesioni.

Altresì tale metodica consente di valutare eventuali formazioni linfonodali in sede o ai cavi ascellari.

È un'indagine che va effettuata in tutti i casi in cui vengono riscontrati noduli palpabili, modificazioni di forma e volume del seno, secrezioni del capezzolo, processi infiammatori, traumi.

Se le caratteristiche della lesione riscontrata con l'ecografia sono sospette, l'indagine va completata con una mammografia o RM mamamria, e/o eventuale agoaspirato e/o biopsia.

A partire dai 20 anni di età, ai fini della prevenzione delle malattie del seno, è necessario cominciare ad effettuare una visita senologica e un'ecografia mammaria

Questo tipo di indagine, è particolarmente indicato per le donne giovani, che hanno un seno denso e facilmente studiabile con l'ecografia

Dai 30 anni in poi, a seconda delle caratteristiche strutturali della ghiandola mammaria, si deciderà se integrare l'ecografia con la mammografia, per una diagnosi più accurata o con una RM mammaria con mezzo di contrasto.

Dai 40 anni in poi, o anche prima in caso di familiarità per tumori, bisogna cominciare ad effettuare la mammografia, eventualmente integrata con l'ecografia, nei casi di seno particolarmente denso.

E' necessario, poi, eseguire l'ecografia in tutte quelle pazienti, asintomatiche, per definire meglio e completare la diagnosi di una mammografia, in cui sia stata evidenziata una lesione sospetta.

Questo esame diagnostico, si rivela utilissimo anche per la diagnosi e la valutazione dell'evoluzione di un processo infiammatorio della mammella (mastite), o di un ematoma verificatosi come conseguenza di trauma sulla mammella. Si utilizza anche per la valutazione delle dimensioni di un tumore dopo trattamenti chemioterapici adiuvanti per i tumori della mammella e per lo studio delle mammelle con protesi.

Non ultimo è l'unico esame velocemente disponibili durante il periodo di gravidanza (la mammografia è controindicata). L'uso congiunto della mammografia e dell'ecografia mammaria da più di 25 anni ci permette di affermare che in un rapporto da 1 a 4, se non da 1 a 3, la sensibilità dell'ecografia richiama la nostra attenzione su un settore mammario particolare di cui si riprenderà il discorso per un'analisi radiologica (lastre ben eseguite, incidenze varie, lastre con particolari ed ingrandimenti).

Questa complementarietà esemplare a riguardo della mammografia troppo spesso buia (eccetto che per l'individuazione delle microcalcificazioni) non ci permetterà di dire alla paziente "non vedo niente" ma "non c'è un'immagine sospetta". Questa sfumatura semantica ci consente di affermare che è inquietante pretendere di occuparsi dell'immagine mammografica senza l'aiuto di una tecnica ecografica affidabile in completamento, spesso determinante, alla mammografia. Infatti, la mammografia da sola è spesso condannata a sostituire un problema con un altro problema.

Alla fine delle indagini frasi come "**da controllare fra 6 mesi**" o "**controllo attento e ravvicinato**", motivo di angoscia insopportabile per la paziente, **devono** (se l'operatore è esperto e competente) essere sostituite almeno in due casi su tre ad una risposta del tipo "**assenza di lesioni mammarie sospette sia alla mammografia che all'ecografia**" che porterà ad un controllo la cui frequenza dipenderà dall'età della paziente e dal suo caso specifico o ad un'eventuale esame citologico/istologico.

L'ecografia mammaria non ha alcuna controindicazione. È un'indagine semplice e sicura che si basa sull'emissione di ultrasuoni a bassa frequenza e alta intensità che non si ritiene possano provocare danni all'organismo, nemmeno nei soggetti particolarmente sensibili come le donne in gravidanza. La sonda che emette gli ultrasuoni viene passata sul seno, cosparso di un sottile strato di gel acquoso che, facendo aderire meglio la sonda alla pelle, consente di visualizzare immagini di migliore qualità. Gli ultrasuoni emessi dalla sonda sono riflessi in maniera diversa a seconda del tipo di tessuto. Ciò consente di individuare eventuali formazioni all'interno del seno e distinguere tra quelle a contenuto liquido o solido. Nella maggior parte dei casi l'ecografia mammaria non è un'alternativa alla mammografia e i due esami si complementano. Nelle

donne più giovani, in cui il tessuto ghiandolare è più denso, i risultati dell'ecografia offrono maggiori informazioni rispetto alla mammografia.

La tecnica non richiede alcuna preparazione da parte del paziente. Tuttavia, poiché ogni seno ha caratteristiche proprie, è importante per il medico disporre degli esami precedenti per valutare se eventuali anomalie riscontrate dall'ecografia siano preesistenti o di nuova insorgenza. Per questo è necessario portare sempre con sé le ultime mammografie o ecografie eseguite.

L'esame power - Doppler con mdc (F.O.N.Ca.M - Tumori della mammella: linee guida sulla diagnosi, il trattamento e la riabilitazione. Edizione 2001) sta dimostrando notevoli potenzialità diagnostiche e va assumendo un ruolo sempre più interessante nell'iter diagnostico della patologia mammaria. I mezzi di contrasto sono sostanze che introdotte all'interno del corpo umano determinano un aumento della riflettività e quindi del segnale proveniente dal tessuto o dall'organo in cui vengono a trovarsi. Nello studio della patologia mammaria vengono utilizzati mdc intravascolari. Le microbolle si comportano come i globuli rossi ma al contrario di questi, scadenti diffusori acustici, le microbolle del mdc determinano un netto incremento del segnale Doppler vascolare. Le microbolle per essere efficaci devono superare il filtro polmonare (bolle con diametro inferiore a 10 micron) e devono persistere nel circolo ematico sufficientemente a lungo da consentire un'accurata valutazione diagnostica.

L'applicazione di questa metodologia ha incrementato la sensibilità degli ultrasuoni al punto da consentire lo studio di piccole variazioni del microcircolo.

Il ruolo dell'ecocontrasto nello studio della mammella è finalizzato principalmente alla diagnosi differenziale tra noduli benigni e maligni.

L'imaging con mdc non solo consente di effettuare valutazioni quantitative della vascolarizzazione, ma anche valutazioni qualitative riguardo la distribuzione e morfologia dei vasi intralesionali (disposizione, tortuosità, irregolarità, presenza di shunt), indirizzando ulteriormente verso la diagnosi differenziale.

Nella valutazione di mammelle operate la capacità del mdc di rilevare vasi molto piccoli assume un ruolo rilevante per distinguere cicatrici benigne da recidive su cicatrice.

Mammografia

(Dr. Angelo Zanetti - Specialista in Radiologia)

La mammografia si basa sull'acquisizione di un'immagine delle mammelle effettuata ai raggi X. Lo scopo è quello di identificare tutta la patologia mammaria non rilevabile alla sola palpazione. La mammografia si è dimostrata la metodica più importante per lo studio delle microcalcificazioni all'interno del tessuto della mammella. Si è visto infatti che queste formazioni possono essere indizio della presenza di un tumore anche in fase iniziale. Si deve precisare però che esistono anche microcalcificazioni benigne ovvero non correlate alla presenza di un tumore. Inoltre, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) afferma che l'efficacia della mammografia come strumento di diagnosi può essere ridotta da alcuni fattori, come l'età inferiore a 50 anni, la presenza di un seno dal tessuto denso e il non aver mai allattato. In questi casi è indispensabile completare l'indagine con un'ecografia e con la visita clinica. Tale decisione dovrebbe essere sempre presa dal radiologo - senologo. Inoltre la WHO afferma nel suo documento di prevenzione del cancro al seno che una mammografia negativa non implica necessariamente la non esistenza del tumore stesso. Come tutti gli esami di indagine diagnostica, ha una percentuale di falsi negativi e falsi positivi: si stima che una percentuale molto variabile, compresa tra il 30% e il 50% di tutti i tipi di lesione (quindi anche quelle benigne) non sia rilevabile dal radiologo durante l'esame. Inoltre una percentuale dal 10% al 20% costituisce i falsi positivi ovvero una lesione classificata come maligna che poi con successive analisi (generalmente l'esame citologico o istologico) risulta benigna.

Esistono due tipi di mammografia:

Mammografia analogica: la più comune, in cui un'immagine viene impressa su lastre come quelle delle normali radiografie.

Mammografia digitale: l'immagine, viene acquisita su un detettore che le invia ad un convertitore analogico digitale

(CAD) che a sua volta le trasmette ad un computer. Invece di essere stampata su lastre, è trasmessa direttamente al computer in tempo reale e presenta una maggiore definizione dell'immagine.

La dose di radiazioni che investe il corpo è inferiore nel caso delle mammografie digitali che hanno però, come unico svantaggio per i programmi di prevenzione di massa, di avere un costo da 4 a 8 volte superiore rispetto a una mammografia di tipo analogico. Quest'ultimo aspetto può costituire un elemento importante per la scelta del centro ove effettuare il controllo in quanto le radiazioni utilizzate, essendo tra quelle a più alta energia, sono anche quelle più pericolose per i tessuti biologici.

La dose di radiazioni assorbita dalla mammografia è anche dipendente dall'obsolescenza degli strumenti e dalla necessità, spesso per imperizia del personale, di dover ripetere l'esame. Poiché l'esposizione a questo tipo di radiazioni costituisce un fattore di rischio per il tumore al seno (e per molti altri tipi di tumore), occorre avere estrema attenzione nella scelta della struttura presso la quale effettuare il controllo e cercare di affidarsi a strumentazioni moderne e possibilmente di ultima generazione (digitali) manovrate da personale esperto e preparato. In tutte le immagini fornite dai mammografi digitali diretti è indicata la dose assorbita dalla paziente. Infine, esistono due tipi di protocolli di indagine della mammografia: mammografia di screening, in cui si acquisiscono due sole proiezioni (inquadrature) delle mammelle, generalmente dal tecnico radiologo senza la presenza del medico e la mammografia clinica, in cui si acquisiscono tutte le inquadrature necessarie, effettuata dal medico e associata a indagine ecografica e alla visita senologica (palpazione clinica effettuata dal medico esperto e non dalla paziente).

L'esame mammografico non richiede particolari misure precauzionali, ma nelle donne in età fertile è consigliabile effettuarlo durante la prima metà del ciclo mestruale; i motivi sono essenzialmente due: durante questa fase si è certi che la donna non è in stato interessante e inoltre il seno presenta minori addensamenti e tensioni, fattori che incidono negativamente sul livello di precisione. L'esame mammografico è altamente sconsigliato durante la gravidanza, in particolar modo nei primi 90 giorni; esiste infatti il rischio concreto di danneggiamenti al feto a causa delle radiazioni emesse dal mammografo. Va da sé

che l'esame è sconsigliato anche nel caso in cui non si sia totalmente certi che la donna non sia incinta. L'esame non ha ovviamente controindicazioni di questo tipo nelle donne che non sono più in età fertile.

Non c'è correlazione fra la grandezza del seno e il rischio di ammalarsi di carcinoma mammario. Le dimensioni del seno non creano problemi neppure a livello diagnostico, le maggiori problematiche in questo senso vengono non tanto dalla grandezza quanto dalla densità del tessuto mammario. La densità del seno è maggiore nelle donne giovani ed è per questo motivo che è consigliabile eseguire l'esame mammografico solo dopo una certa età, pena la sensibile riduzione di precisione diagnostica. Le cose cambiano invece a livello preventivo, infatti l'autopalpazione, procedura fondamentale in un serio piano di prevenzione del tumore al seno, perde sicuramente parte della sua efficacia perché, più il seno è grande più risulta difficoltoso scoprire eventuali alterazioni. Le dimensioni del seno hanno poi una certa influenza nella scelta delle modalità di un eventuale intervento chirurgico. Risulta infatti chiaro che, a parità di grandezza della lesione tumorale, vi saranno peggiori conseguenze estetiche in un seno di dimensioni minori.

Mammografia: quando? E quante volte?

A questa domanda si risponde nell'articolo Mammografia: conviene?

Dai 25 ai 45 anni si raccomanda di effettuare ogni anno l'esame clinico (palpazione del seno) e un'ecografia.

Per le donne dai 45 anni in poi, si raccomandano l'esame clinico e la mammografia su base annuale.

Pur con tutte le limitazioni dovute alla non totale specificità e sensibilità dell'esame, la mammografia resta pur sempre un valido strumento nella prevenzione e nella diagnosi precoce di una delle maggiori cause di morte per tumore della popolazione femminile.

Lo screening mammografico, dimostratosi efficace, è correntemente raccomandato come procedura di sanità pubblica e, in Italia, è in via di implementazione la copertura nazionale della popolazione femminile dai 50 ai 69 anni (in Emilia Romagna da 45 ai 74 anni). L'efficacia dello screening nel ridurre significativamente la mortalità per carcinoma mammario (CM), è ben lungi dall'essere assoluta, e la riduzione della mortalità è solo del 20 - 30% nelle diverse metanalisi. Questo dipende da molti motivi, anzitutto dal

fatto che i trial randomizzati confrontano i soggetti invitati allo screening (solo parte dei quali si sottopongono alla mammografia) con quelli non invitati (parte dei quali si sottopongono a mammografia su base volontaria). La riduzione di mortalità conseguente non all'invito, ma all'esecuzione della mammografia, come suggerito da diversi studi caso controllo, è verosimilmente maggiore, dell'ordine del 40%. Un limite certo dello screening è comunque la sua sensibilità non ottimale. Lo screening, in base al protocollo di riferimento (linee guida UE5), utilizza come test di "primo livello" la mammografia bilaterale eseguita biennialmente. Pertanto lo screening è condizionato dai limiti della mammografia e si può affermare che non identifica tutti i carcinomi della mammella. Da un terzo a un quinto di essi, infatti, non viene identificato ma compare, per lo più per la presenza di sintomi soggettivi, nell'"intervallo" tra uno screening negativo e la successiva mammografia di screening, programmata dopo due anni. Questi carcinomi vengono per questo definiti "di intervallo" (CI).

Tomosintesi

(Dr. Angelo Zanetti - Specialista in Radiologia Medica)

La DBT (Digital Breast Tomosynthesis) è una tomografia ad angolo limitato che abbassa la dose somministrata al seno. Nella tomosintesi il tubo a Raggi X si muove su un arco attorno al seno mentre un piccolo numero di proiezioni 2D vengono acquisite. Ognuna di queste immagini impiega una piccola frazione di dose di un normale mammogramma. Le immagini acquisite in 2D sono poi ricostruite su un computer per formare un volume 3D costituito da sezioni di 1 mm attraverso il seno. Ogni sezione ha l'alta risoluzione spaziale e l'apparenza di un mammogramma ma senza la sovrapposizione dei tessuti. Sebbene la DBT utilizzi la stessa dose di una mammografia normale essa fornisce informazioni aggiuntive consentendo la separazione degli strati di tessuto.

La tomosintesi al momento è sotto valutazione clinica ma i primi risultati suggeriscono che essa possa raggiungere una migliore sensibilità e specificità rispetto alla mammografia digitale.

Risonanza magnetica

(da <http://www.policlinicogemelli.it/>)

La Risonanza Magnetica Mammaria (RMM), introdotta all'inizio degli Anni Novanta, è entrata definitivamente nell'uso clinico con indicazioni ben definite ad integrare le tradizionali tecniche di

diagnostica senologica (Mammografia ed Ecografia). È importante comunque definire le precise indicazioni all'esecuzione di tale metodica al fine di ottimizzarne l'utilizzo e sfruttarne le sue indubbe potenzialità. È per tale esigenza che recentemente è stato redatto un documento di Consenso sulla Risonanza Magnetica Mammaria nel corso di un recente congresso tenutosi a Firenze, pubblicato nella rivista "Attualità in Senologia", anno XIII, N°53, Febbraio - Maggio 2008.

La RM mammaria può essere eseguita con o senza l'utilizzo di mezzo di contrasto (MdC) paramagnetico in rapporto a specifiche indicazioni cliniche. La RM mammaria senza MdC viene eseguita principalmente per lo studio degli impianti protesici, in particolare nella valutazione della sua integrità e delle eventuali complicanze, sia per le protesi applicate a scopo estetico, sia per le ricostruzioni dopo interventi oncologici. È indicato il completamento d'indagine con somministrazione di MdC paramagnetico nel corso della stessa seduta di RM mammaria, nel sospetto clinico e/o all'imaging convenzionale di concomitante nodulo parenchimale.

Le principali indicazioni della RM mammaria con MdC sono:

1. la sorveglianza di donne ad alto rischio: si intende per donne ad alto rischio genetico - familiare di tumore mammario, le pazienti con test genetico positivo per mutazione patogenica dei geni BRCA1, BRCA2 o TP53 (sindrome di Li - Fraumeni);
2. le pazienti in cui le stesse mutazioni sono state accertate in un parente di primo grado senza che loro stesse abbiano eseguito test genetico e le donne con importante storia familiare di tumore mammario valutata da un genetista oncologo. In queste pazienti si raccomanda l'esecuzione di RM mammaria a cadenza annuale, nel contesto di

programmi di sorveglianza che includono altresì visita clinica, mammografia ed ecografia. L'età di inizio di tali controlli può avvenire circa 5 - 10 anni prima rispetto all'età in cui è stata fatta diagnosi di tumore al familiare. Nelle donne di età inferiore ai 36 anni il controllo può essere effettuato solo con visita clinica, ecografia ed RM mammaria;

3. la stadiazione locale pre trattamento chirurgico: la RM mammaria è indicata in particolare nelle donne con multiple lesioni nella stessa mammella (multifocalità o multicentricità) o nella mammella controlaterale sospettate all'imaging convenzionale o all'esame clinico;
4. la valutazione dell'effetto della chemioterapia (CT) neoadiuvante: in pazienti con carcinoma mammario localmente avanzato, la RM mammaria rappresenta la tecnica più accurata nella valutazione della risposta al trattamento neoadiuvante (chemioterapia prima dell'intervento) da eseguire in genere prima, durante e al termine della terapia stessa;
5. la valutazione della mammella trattata per carcinoma mediante chirurgia conservativa e/o radioterapia, in particolare per la diagnosi differenziale tra recidiva locale (o residuo di malattia) e cicatrice chirurgica: l'esecuzione della RM mammaria è indicata per la sua maggiore sensibilità e specificità;
6. nelle pazienti con esame clinico e/o imaging convenzionale sospetti, in particolare quando l'esame biptico non è tecnicamente eseguibile, ha scarse possibilità di essere risolutivo o è risultato non conclusivo. Inoltre tale metodica è indicata quando è necessario valutare l'estensione della recidiva e definire l'adeguato approccio terapeutico;
7. la sindrome da carcinoma primitivo ignoto: rappresenta un'indicazione elettiva alla RM mammaria il riscontro di diagnosi biptica di metastasi linfonodale o in altra sede da probabile tumore primitivo mammario, con clinica ed imaging convenzionale negativi (CUP syndrome= Carcinoma of Unknown Primary); la RM mammaria ha mostrato in questi casi elevati livelli di sensibilità,

visualizzando la lesione primitiva non visibile con altre metodiche, consentendo così di procedere al trattamento più adeguato;

8. nella mammella con secrezione dal capezzolo: la RM mammaria ha mostrato un'elevata accuratezza nell'individuare lesioni mammarie in pazienti con secrezioni dubbie o sospette (ematiche, siero - ematiche...), non identificate alle tecniche tradizionali ed in particolare nei casi in cui la galattografia sia non eseguibile o non conclusiva. Non ci sono evidenze che l'esame sia utile nel caratterizzare dubbi diagnostici all'imaging convenzionale nelle situazioni in cui sia praticabile un prelievo agobiottico sotto guida ecografica o mammografica o nelle donne asintomatiche non ad alto rischio (con imaging tradizionale negativo).

Galattografia

La galattografia è un particolare tipo di esame radiologico della mammella, effettuato mediante introduzione di mezzo di contrasto radiopaco nei dotti galattofori e successiva esecuzione delle radiografie.

La galattografia serve a studiare i dotti galattofori, cioè i dotti della ghiandola mammaria attraverso i quali, durante l'allattamento, fuoriesce il latte.

Può essere eseguita in caso di secrezione sospetta dal capezzolo, per scoprirne l'eventuale causa e la sua sede nel sistema duttale.

In questo caso l'indagine può essere utile al fine di pianificare correttamente un eventuale intervento chirurgico.

La procedura si divide in due fasi: l'introduzione di mezzo di contrasto nei dotti galattofori e l'esecuzione delle radiografie.

È necessario che la secrezione dal capezzolo, spontanea o provocata da una leggera compressione, sia in atto al momento dell'esame, al fine di poter individuare con precisione l'orifizio del dotto secernente. Si procede quindi all'introduzione di una piccola cannula nel sistema duttale attraverso l'orifizio individuato, dopodiché si inietta, attraverso la cannula, una piccola quantità di mezzo di contrasto.

A questo punto si eseguono le radiografie, con tecnica

analogo alla normale mammografia. La procedura può risultare in alcuni casi indagosa per le difficoltà ad incannulare il dotto. Generalmente l'esame non è doloroso per la paziente ma può durare da 30 minuti ad un'ora.

Comfort - Scan

Prima di tutto bisogna dire che è una indagine diagnostica del seno ancora in fase di validazione scientifica e pertanto necessita di ulteriori ricerche e sperimentazioni effettuate su un numero consistente della popolazione femminile.

È un apparecchio che assomiglierebbe ad un mammografo, con la sostanziale differenza che non immette radiazioni e non usa mezzi di contrasto. La "new light in the breast cancer world" di questo terzo millennio l'ha definito una sorta di nuova luce nel mondo del cancro al seno, una meravigliosa definizione che vuole ridonare una speranza più credibile per le giovani donne. Tale affermazione ha trovato conferma nel corso di una importante conferenza stampa che si è tenuta a Roma nella quale sono stati divulgati risultati ottenuti sulla base di oltre 2500 esami eseguiti in un anno e su risultati statistici di casi esemplari che certamente costituiscono un supporto significativo sul piano della ricerca scientifica in questa apparecchiatura del tutto rivoluzionaria.

Qual è il fondamento su cui è improntata la tecnologia DOBI?

È l'individuazione dell'angiogenesi tumorale nella mammella (cioè la formazione di nuovi vasi sanguigni) attraverso la valutazione dell'assorbimento ottico.

È vero che questo apparecchio legge finanche una diversificazione sul sistema vascolare?

È il principio su cui si basa, cioè rilevare una vascolarizzazione atipica che è il primo elemento che può garantire, anche attraverso altre forme di approfondimento che, in ampia percentuale, purtroppo, si rivela un carcinoma. Parliamo della famosa luce rossa con la quale il DOBI attraversa la mammella: quali dati fornisce e come lavora?

Si tratta di una luce normale che però riesce ad attraversare campi di indagine anche molto densi, considerando il dato che più una donna è giovane, più il seno, in linea generale, ha una sua propria struttura densa, difficilissima da osservare con la mammografia. Questa luce è capace di filtrare ogni

struttura e di registrare qualsiasi cosa ci sia anche se soltanto all'inizio.

Il solo DOBI può essere sufficiente per capire la natura del carcinoma?

Il DOBI potrebbe essere particolarmente indicato, ma noi specialisti continuiamo ad abbinarlo all'ecografia mammaria che molto spesso evidenzia il nodulo. In altre parole il DOBI scandisce l'angiogenesi tumorale cioè il processo carcinomatoso in atto, l'eco o la mammografia ne decifrano la tipicità e la localizzazione.

Quanti altri utilizzi ha il ConfortScan?

Innanzitutto la prevenzione. Poi il monitoraggio pre-operatorio abbinato alle terapie neoadiuvanti, il monitoraggio pre - terapie ormonali, il monitoraggio delle recidive post-operatorie ed infine le cure palliative.

Agoaspirato

L'agoaspirazione delle lesioni mammarie è una pratica ormai routinaria nella diagnosi senologica e varie sono le finalità per cui può essere eseguita.

Di fronte ad una lesione clinicamente, ecograficamente o mammograficamente sospetta, il ruolo dell'esame citologico non può essere certo quello di negare l'opportunità di una biopsia.

Anche in mani esperte e anche se il prelievo è correttamente eseguito, l'esame è gravato da un tasso di falsa negatività in lesioni neoplastiche dell'ordine del 5 - 10%.

Tale evenienza è legata alla esattezza della sede del prelievo, alla accuratezza del citologo (forme molto differenziate possono essere interpretate come benigne) ed alla disomogeneità dell'architettura neoplastica (il prelievo può avere campionato aree di fibrosi, necrosi, grasso o tessuto normale nel contesto dell'area neoplastica). La positività citologica invece è in genere un rilievo estremamente specifico, perché il tasso di falsi positivi è da considerare irrilevante: inferiore all'1%.

Una specificità così elevata consente di evitare una biopsia di accertamento intraoperatorio quando, come avviene, nella maggioranza dei casi, esiste una concordanza tra positività citologica e positività dell'esame clinico e mammografico; infatti, la possibilità, in questi casi, che non si tratti di un tumore maligno è praticamente nulla e

vi è quindi indicazione ad eseguire il trattamento chirurgico definitivo, soprattutto se questo consiste in un trattamento conservativo.

Ciò comporta un duplice vantaggio: da un lato consente un significativo risparmio di tempo (esame istologico al congelatore) e dall'altro permette di conservare intatta l'unità anatomica del quadrante mammario da asportare. Diverso e più delicato il problema delle lesioni clinicamente, ecograficamente e mammograficamente benigne.

Non vi è alcuna indicazione ad effettuare un esame citologico nelle lesioni sicuramente benigne (fibroadenomi calcifici, fibroadenomi insorti in giovane età e stazionari da tempo, cisti), mentre una utile indicazione si può trovare in tutti gli altri casi.

L'anamnesi e l'età della paziente costituiscono il criterio principale: una lesione solida insorta dopo i 30 anni, la cui natura benigna non sia più che certa, trova indicazione per un accertamento citologico.

Ancora molto delicato è il problema delle giovani donne, nelle quali i fibroadenomi costituiscono la quasi totalità dei noduli mammari.

Poiché il più delle volte sarebbe inutile, gravoso e costoso, sottoporre tutte queste lesioni ad accertamento mediante agoaspirato ci si deve affidare al buon senso.

Al di sotto dei 30 anni la tendenza dovrebbe essere tendenzialmente astensionistica, tranne nei casi di lesione unica (i fibroadenomi spesso sono multipli), solida, che tende a crescere rapidamente con caratteristiche clinico - ecografiche (scarso aiuto nelle giovani dalla mammografia) dubbie: in questi casi la lesione deve essere indagata citologicamente prima di una eventuale escissione chirurgica.

Complicazioni possibili sono quelle emorragiche (ematomi ed ecchimosi) che si verificano con maggior frequenza nelle zone in cui la mammella è più ricca di plessi venosi superficiali. Generalmente si assorbono in pochi giorni.

Rara ma più seria complicazione è il pneumotorace (un caso ogni 10.000 agobiopsie), ma si tratta di casi a risoluzione spontanea.

Non solo ormai è dimostrato come più teorico che reale il **rischio di disseminazione** di cellule neoplastiche nel corso di una agobiopsia con ago sottile, ma si deve sottolineare l'importanza del fatto che la positività di tale esame, estremamente specifico, consente di risparmiare il

tempo della biopsia intraoperatoria e soprattutto la fase di manipolazione intraoperatoria del tumore con riduzione del rischio teorico di disseminazione neoplastica.

È un esame che possono fare tutti ed ha controindicazioni?

Non ci sono particolari controindicazioni all'esecuzione dell'esame. L'ago aspirato di un nodulo mammario consente di discriminare se un nodulo al seno sia di natura benigna (per esempio una cisti) o se si tratti di un tumore. Si inserisce un ago sottile (solo leggermente più spesso di quello delle normali siringhe) nel seno, fino a raggiungere il nodulo, da dove si aspira parte del contenuto da esaminare in laboratorio. Nella maggior parte dei casi il prelievo viene effettuato sotto la guida dell'ecografia, per localizzare al meglio il nodulo.

Occorre qualche tipo di preparazione particolare all'esame?

Non è necessaria alcuna preparazione preventiva alla procedura.

È meglio che mi faccia accompagnare da qualcuno o posso venire da solo? Potrò guidare la macchina per tornare a casa?

Non è necessario essere accompagnati. Al termine dell'esame, che viene effettuato in ambulatorio, è possibile tornare a casa da sole, anche guidando la macchina.

L'esame è doloroso?

L'esame è quasi sempre indolore, tanto che in genere la sua esecuzione non richiede l'anestesia. Quest'ultima viene però eseguita in casi particolari, come un dolore alla mammella precedente all'esame o se è la stessa paziente a richiederlo.

Potrò avere altri tipi di disagio durante o dopo la sua esecuzione?

No, in rari casi può rimanere un po' di dolore al seno. Ma basta applicare degli impacchi di ghiaccio per qualche minuto per alleviarlo. L'uso del ghiaccio, inoltre, è utile anche a prevenire la comparsa di ematomi.

L'esame comporta dei rischi immediati?

L'esame non comporta alcun rischio.

L'esame mi espone a radiazioni o ad altri rischi a lungo termine?

L'ago aspirato non prevede l'utilizzo di strumentazioni che rilasciano radiazioni. Sia l'ecografia sia l'aspirazione vera e propria non comportano rischi nel lungo termine.

Quanto dura?

L'ago aspirato comincia come una normale ecografia a cui a un certo punto si sovrappone il prelievo del campione. L'intera procedura dura pochi minuti.

Alla fine posso andare subito a casa o devo restare in osservazione? Per quanto?

Non c'è bisogno di rimanere in osservazione. Terminato l'esame si può lasciare l'ambulatorio.

Posso riprendere subito la mia vita normale o devo avere particolari accortezze?

Le donne che hanno eseguito l'ago aspirato possono tornare alla vita di tutti i giorni immediatamente.

Come si esegue?

La paziente viene fatta coricare supina sul lettino della sala ecotomografica, con le braccia in alto ed il seno scoperto. Per alcune lesioni (quelle nei quadranti esterni della mammella) può essere utile far ruotare la paziente su un fianco.

Con la sonda ecotomografica si individua la lesione e si sceglie il punto di ingresso dell'ago. Se possibile è preferibile evitare di pungere a livello del capezzolo e dell'areola, perché a questo livello la cute è più spessa e la manovra può risultare più dolorosa.

Dopo aver disinfettato la cute, la parte interessata viene coperta con un telo sterile.

L'esecuzione della anestesia locale non è generalmente necessaria, in quanto la procedura è ben tollerata; in casi particolari (particolare dolorabilità della mammella, ansia, richiesta della paziente) si può eseguire anestesia locale iniettando nella sede del prelievo 5 cc di anestetico locale (Lidocaina al 2%).

A questo punto si inizia il prelievo vero e proprio. Esistono sostanzialmente due modalità diverse di esecuzione: a due operatori o ad operatore singolo. Nel caso di due operatori coinvolti, uno si occupa di eseguire l'ecotomografia durante la manovra per verificare la centratura della lesione e la

progressione dell'ago, l'altro esegue il prelievo. Nel caso dell'operatore singolo, tutte le manovre vengono svolte da un unico operatore. La procedura a due operatori consente maggiore libertà di movimenti al medico che esegue il prelievo. La procedura ad operatore singolo permette una migliore coordinazione tra movimenti della sonda ecotomografica e dell'ago. La scelta della procedura dipende dalle preferenze personali degli operatori.

Si introduce quindi l'ago nella cute: la progressione verso la lesione viene seguita in tempo reale dalla sonda ecografica. Quando la lesione è raggiunta inizia l'aspirazione: questa viene effettuata utilizzando un'apparecchiatura dedicata che viene collegata all'ago; in alternativa l'aspirazione può essere eseguita con una semplice siringa. Durante il prelievo l'ago viene fatto muovere ripetutamente all'interno della lesione con un movimento di va e vieni per campionare le zone maggiormente sospette.

Quando si ritiene di aver prelevato materiale sufficiente, si interrompe l'aspirazione e si rimuove l'ago.

Il materiale prelevato viene immediatamente preparato per l'esame anatomopatologico. Se possibile una parte del prelievo viene esaminato subito dal patologo (cosiddetto giudizio di idoneità): se questi ritiene di non avere materiale sufficiente per poter formulare la diagnosi, il prelievo può essere ripetuto. Se invece il materiale è ritenuto sufficiente, la procedura è terminata.

La paziente viene pulita, disinfettata e medicata con un piccolo cerotto.

La procedura è di solito molto ben tollerata, il dolore avvertito dalle pazienti è molto modesto se non assente.

Al termine della procedura la paziente è generalmente in buone condizioni e può ritornare a casa senza problemi.

Core biopsy

La procedura è molto simile a quella per l'agoaspirato. La fase di preparazione è identica. Poiché si utilizza un ago di grosso calibro (più spesso 14 G, corrispondenti a 4 mm) è consigliabile eseguire sempre l'anestesia locale iniettando, con un ago da insulina, 5 cc di anestetico locale nella zona del prelievo. Dopo l'anestesia locale si esegue un piccolo taglietto (pochi millimetri) a livello della cute con la punta di un bisturi, per consentire l'ingresso dell'ago a scatto. Anche

in questo caso la progressione dell'ago viene seguita in tempo reale con la sonda ecografica. E' necessario avvertire preventivamente la paziente che l'ago, quando effettua automaticamente il prelievo, provoca un rumore secco (appunto lo "scatto"); questo per evitare che, spaventata dal rumore improvviso, si muova bruscamente durante la procedura. Quando la punta dell'ago è correttamente posizionata nella sede della lesione si esegue il prelievo. Dopo lo scatto si rimuove l'ago e si deposita il frustolo prelevato in una provetta. Anche in questo caso può essere opportuno esaminare immediatamente il materiale prelevato facendo strisciare il frustolo su un vetrino ed esaminandolo al microscopio. Generalmente è consigliabile effettuare almeno due o più prelievi con l'ago a scatto.

È consigliabile, dopo il prelievo, comprimere manualmente la zona interessata per alcuni minuti, per ridurre il rischio di sanguinamento e di un eventuale ematoma. Non è necessario suturare la cute.

Al termine della procedura si disinfetta la cute, si esegue una medicazione con cerotto e si posiziona sulla parte interessata una borsa di ghiaccio secco per raffreddare la zona. Anche in questo caso la procedura è generalmente ben tollerata, poco o per nulla dolorosa. La paziente può rientrare a casa; è consigliabile un periodo di riposo di alcune ore. La medicazione può essere rimossa il giorno dopo.

Indicazioni all'ago - biopsia

- casi mammograficamente sospetti;
- casi mammograficamente certi per patologia maligna con lesione multicentrica;
- nella programmazione della chemioterapia neoadiuvante;
- casi mammograficamente certi per patologia maligna con lesione localmente avanzata;
- sospetto di carcinoma in situ;
- microcalcificazioni sospette;
- casi mammograficamente dubbi con nodulo superiore ad 1cm;
- casi mammograficamente dubbi con elastografia dubbia o sospetta;
- casi mammograficamente dubbi con lesione vascolarizzata all'ecocolor - Doppler;
- casi citologicamente C1 e C3;
- casi ecograficamente con vegetazioni endocistiche e citologia negativa;
- casi ecograficamente dubbi o sospetti;

L'agobiopsia rispetto alla VAB (vacuum assisted) offre alcuni vantaggi: è meno invasiva, meno costosa e più rapida.

Mammotome

Esistono due diverse possibilità di esecuzione: tecnica con stereotassi in posizione seduta e tecnica con stereotassi in posizione prona; la scelta dipende generalmente dal tipo di apparecchiatura a disposizione.

Per l'esecuzione in posizione prona, la paziente è coricata su un lettino apposito, con la mammella inserita in un foro del lettino medesimo.

Per l'esecuzione in posizione seduta, la paziente viene fatta sedere di fronte all'apparecchiatura; si esegue la mammografia di centratura con tecnica analoga alla mammografia diagnostica.

Si individua la lesione sulla radiografia eseguita e si calcolano le coordinate nello spazio. A questo punto, sempre con la mammella compressa ed immobile, si individua il punto cutaneo di ingresso e si infigge l'ago. Quindi si controlla la corretta posizione dell'ago nella lesione con ulteriori proiezioni mammografiche, infine si esegue il prelievo.

La procedura, eseguita con apparecchiature tradizionali, può essere relativamente lunga (20 - 40 minuti) ed in alcuni casi fastidiosa, a causa della prolungata compressione della mammella.

Se la procedura viene eseguita con apparecchiature digitali i tempi di esecuzione si accorciano molto, con conseguente migliore tollerabilità da parte delle pazienti.

Ago a scatto con guida sterotassica

La procedura è analoga all'agoaspirato; analogamente alla guida ecografica, anche con guida stereotassica è consigliabile eseguire una anestesia locale ed una piccola incisione cutanea.

Preparazione della paziente.

Si prepara un campo sterile, previa disinfezione della parte interessata e si copre la mammella da sottoporre a biopsia con un telino sterile. Si esegue anestesia locale con Lidocaina 5 cc. Con la punta di un bisturi si incide la cute nel punto prescelto per l'ingresso dell'ago. In caso di agoaspirato, l'incisione cutanea non è necessaria.

Con guida ecotomografica in tempo reale si introduce l'ago attraverso la cute e lo si dirige verso la lesione da sottoporre a biopsia. Quando la punta dell'ago è correttamente posizionata, si esegue il prelievo.

Il materiale prelevato viene dapprima strisciato su un vetrino per l'esame estemporaneo ed immediatamente dopo immerso in una provetta con liquido idoneo alla conservazione. Il prelievo può essere ripetuto più volte sino ad avere materiale sufficiente.

Al termine si rimuove l'ago, si comprime per qualche minuto e si esegue una medicazione. Infine si posiziona sulla mammella una borsa di ghiaccio secco.

Indicazioni alla biopsia

La biopsia della mammella viene eseguita ogni volta che sia necessario caratterizzare cito - istologicamente una lesione mammaria.

Complicanze

Nella gran parte dei casi non si verifica alcuna complicanza. Talora viene segnalata una modesta dolorabilità nella sede del prelievo che, in alcuni casi, può persistere alcune ore. Generalmente non è richiesta alcuna terapia.

In alcuni casi può formarsi un ematoma, cioè una raccolta di sangue nella sede del prelievo. Quasi sempre la raccolta è di piccole dimensioni e, anche in questo caso, non è generalmente richiesta terapia.

Complicanze di maggiore gravità, come il pneumotorace (cioè la perforazione, con l'ago, di un polmone) sono assolutamente eccezionali; in questi casi è richiesto un trattamento medico adeguato.

Agoaspirato del cavo ascellare

Lo studio ecotomografico consente di evidenziare, con buona sensibilità, la presenza di linfonodi a livello del cavo ascellare ed il loro aspetto.

Con guida ecotomografica è inoltre possibile eseguire un agoaspirato, che potrà fornire importanti informazioni sulla presenza di metastasi linfonodali. In caso di risultato indicativo della presenza di cellule neoplastiche, si potrà evitare l'intervento del linfonodo sentinella.

Chirurgia oncologica

(Cesare Magalotti)

1. Quadrantectomia mammaria
2. Biopsia radioguidata del linfonodo sentinella
3. Dissezione ascellare

QUADRANTECTOMIA MAMMARIA

Per quadrantectomia si intende l'asportazione di un settore di parenchima ghiandolare mammario contenente la lesione neoplastica e con un margine circonferenziale di parenchima mammario macroscopicamente sano di circa 2 cm comprensivo di porzione cutanea.

È errato descriverla come un quarto di mammella.

Nel 1981 furono pubblicati, per la prima volta, i dati scientifici che dimostrarono l'eguale efficacia curativa della quadrantectomia rispetto la mastectomia. (*New England Journal of Medicine. Veronesi et al.*)

Indicazioni:

- neoplasia mammaria infiltrante;
- equilibrio tra dimensioni del tumore, della mammella e sito di insorgenza della neoplasia nella mammella.

Controindicazioni:

- neoplasia infiammatoria della mammella;
- neoplasia multicentrica della mammella (area molto ampia);
- neoplasia mammaria molto voluminosa.

IMPROVED QUALITY OF LIFE



1980



1990

4. Mastectomia sottocutanea
5. Mastectomia totale
6. Mastectomia radicale modificata sec. Patey

Mastectomia sec. Halsted Quadrantectomia

La neoplasia multicentrica o voluminosa occupante vasta area di tessuto ghiandolare mammario è una controindicazione alla chirurgia conservativa esclusivamente per il mediocre risultato estetico.

L'introduzione della chirurgia oncoplastica della mammella ha ampliato notevolmente il campo di applicazione della chirurgia conservativa.

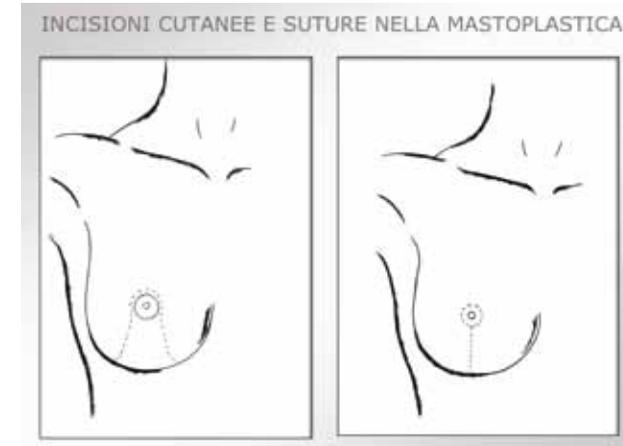
La chirurgia oncoplastica non è altro che la fusione delle conoscenze oncologiche, delle tecniche chirurgiche oncologiche e di chirurgia plastica ricostruttiva. La chirurgia oncoplastica oltre a migliorare considerevolmente il risultato estetico consente anche di asportare un settore di parenchima mammario maggiore (ampia quadrantectomia), garantendo margini di resezione sicuramente più ampi e riducendo sensibilmente la percentuale dei reinterventi.

Grazie ad una diagnosi radiologica, isto - patologica dettagliata e alle conoscenze oncologiche si può attuare una terapia chirurgica mirata.

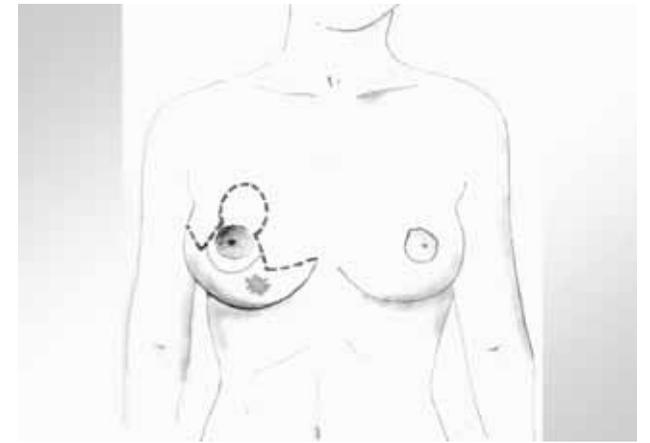
Neoplasie voluminose o multicentriche non sono più una controindicazione alla chirurgia conservativa, così come le lesioni neoplastiche sorte nei quadranti superiori della mammella (tra capezzolo e clavicola) non dovrebbero essere più causa di interventi chirurgici con cicatrici inestetiche.

La chirurgia oncoplastica utilizza i principi della chirurgia plastica, coniugata alla chirurgia oncologica, applicandoli ai rimodellamenti ed in particolare alle tecniche di mastoplastica riduttiva.

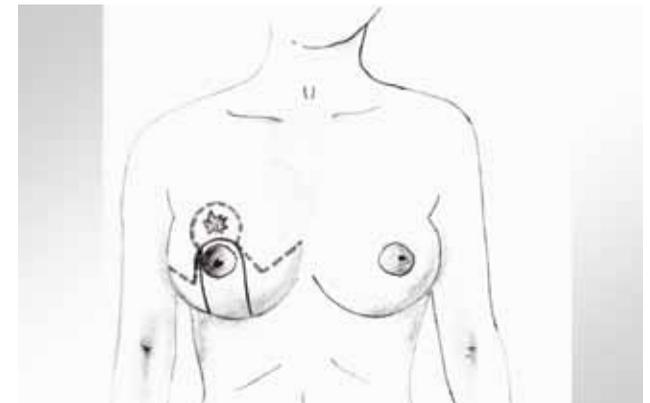
In altri termini si applicano le stesse tecniche che il chirurgo plastico utilizza per ridurre il seno, rimuovendo il tessuto mammario che ritiene in esubero; il chirurgo senologo asporta la /le lesioni neoplastiche al posto del tessuto sano e rimodella la mammella.



Come si può notare varie porzioni della ghiandola mammaria possono essere aggredite chirurgicamente mantenendo inalterata la forma della mammella e soprattutto salvaguardando, da cicatrici ed inestetismi, le parti del seno più frequentemente visibili nella vita quotidiana.



Lesione neoplastica localizzata ai quadranti inferiori della mammella.



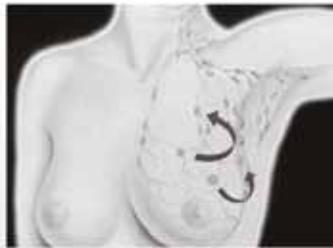
Lesione neoplastica localizzata ai quadranti superiori.

BIOPSIA RADIOGUIDATA DEL LINFONODO SENTINELLA

La biopsia radioguidata del linfonodo sentinella è una tecnica che permette, con l'asportazione di un linfonodo, di stadare la malattia neoplastica nel coinvolgimento della via linfatica; studiare significa definire lo stato di diffusione e di aggressività della malattia. Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo del cavo ascellare che drena la linfa

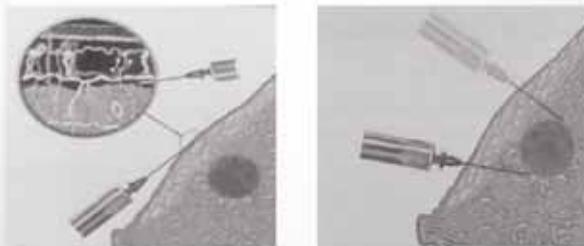
proveniente dalla porzione di ghiandola mammaria che ingloba la neoplasia.

IL LINFONODO SENTINELLA E' IL PRIMO LINFONODO CHE FILTRA LINFIA PROVENIENTE DA UNA PORZIONE DI MAMMELLA

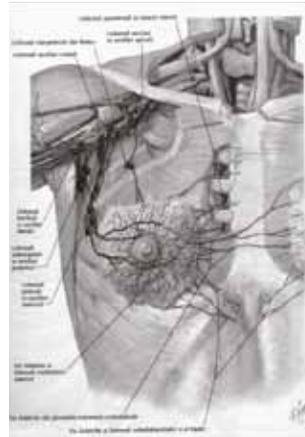


Il giorno prima dell'intervento chirurgico la paziente viene sottoposta ad iniezione di macrocolloide di albumina marcata con il Tecnezio 99 a livello sottocutaneo subito al di sopra della lesione, se la lesione neoplastica è superficiale, altrimenti l'iniezione è sottocutanea e perilesionale se la lesione neoplastica è profonda.

COME LO SI EVIDENZIA



Una linfoscintigrafia evidenzierà il linfonodo sentinella e con l'utilizzo di sonda per chirurgia radioguidata tramite piccola incisione cutanea si asporta il linfonodo sentinella.



Il linfonodo viene esaminato in estemporanea mentre la paziente è in anestesia generale, per valutare la presenza o meno di metastasi all'interno del "linfonodo sentinella". Se l'anatomo patologo rileva la presenza di metastasi il chirurgo senologo procede a dissezione ascellare completa cioè all'asportazione di tutti i linfonodi contenuti nel cavo ascellare.

Si ricorda che la biopsia del linfonodo sentinella ha lo scopo di "STADIARE" la malattia e non è terapeutico. Questa procedura permette di ridurre notevolmente il numero delle dissezioni ascellari da eseguire.

Indicazioni:

- neoplasia mammaria infiltrante.

Controindicazioni:

- neoplasia intraepiteliale della mammella (DIN - LIN);
- neoplasia infiammatoria;
- neoplasia mammaria maschile;
- linfadenopatia ascellare palpabile.

DISSEZIONE ASCELLARE

Per dissezione ascellare si intende la completa asportazione di tutti i linfonodi contenuti nel cavo ascellare. Il cavo ascellare è quello spazio, contenente tessuto adiposo e linfonodi, compreso tra la parete toracica, la vena ascellare, il muscolo dorsale (tendine bianco) e la cute esternamente. Durante la dissezione ascellare particolare attenzione si deve prestare al non danneggiare il nervo toracico lungo (Nervo di Bell) e il fascio vascolo - nervoso toraco dorsale.

MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA (NIPPLE SPARING MASTECTOMY)

Per mastectomia sottocutanea si intende l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria salvando cute, complesso areola e capezzolo.

Quando la lesione neoplastica è multicentrica (sparsa in tutta la ghiandola mammaria) o molto voluminosa occupante gran parte della mammella non è opportuna la terapia chirurgica conservativa

Viene definita anche mastectomia "gentile"

Si esegue incisione cutanea al solco sottomammario laterale e si asporta tutta la ghiandola. Tramite la stessa incisione cutanea si confeziona la tasca periprotetica deputata ad accogliere l'impianto protesico (tra il muscolo grande pettorale e la gabbia toracica) e si può seguire la biopsia radioguidata del linfonodo sentinella oppure la dissezione ascellare. E' consigliato esame estemporaneo del gettone di tessuto retroareolare.

Indicazioni:

- Neoplasia mammaria infiltrante e/o intraepiteliale multicentrica o voluminosa in mammella di dimensioni medio - piccola
- Patologia mammaria benigna (tumore fillode, fibroadenomi etc.)
- Positività genetica (BRCA eterozigote)

Controindicazioni:

- Neoplasia infiammatoria della mammella
- Neoplasia in mammella molto voluminosa
- Infiltrazione cutanea e/o del capezzolo



Impianto protesico posizionato al di sotto del muscolo grande pettorale tra quest'ultimo e la gabbia toracica.

MASTECTOMIA TOTALE

Si limita all'asportazione di tutta la mammella compreso la cute e il complesso areola e capezzolo senza però eseguire la dissezione ascellare. Si può posizionare impianto protesico immediato.

MASTECTOMIA RADICALE MODIFICATA SEC. PATEY

È la mastectomia vera e propria con asportazione di tutta la ghiandola mammaria, gran parte di cute che riveste la mammella compreso il complesso areola e capezzolo e tutti linfonodi del cavo ascellare omolaterale. Si può eseguire ricostruzione immediata con posizionamento di impianto protesico.

Indicazioni:

- neoplasia mammaria molto voluminosa e/o multicentrica infiltrante la cute in mammella grande;
- neoplasia infiammatoria della mammella

È essenziale che il chirurgo senologo conosca a fondo le tecniche chirurgiche demolitive - ricostruttive e le terapie oncologiche per ottenere il massimo risultato terapeutico ed estetico.

La biopsia del linfonodo sentinella, apparentemente di semplice esecuzione, deve essere affrontata nel contesto di un team multidisciplinare e da chirurghi dedicati: non solo, le linee guida nazionali (FoNCaM) prevedono che il chirurgo senologo abbia imparato la tecnica avendo eseguito almeno 30 biopsie del linfonodo sentinella sotto guida di un esperto qualificato che certifica di aver appreso la tecnica correttamente. La guida agli orientamenti Europei per la garanzia di qualità nello screening e nella diagnosi del tumore al seno consiglia la presenza di gruppo multidisciplinare; tutti i membri del gruppo multidisciplinare devono avere una specifica formazione sul tumore al seno ottenuta avendo trascorso un anno in un'unità con servizi di formazione riconosciuti e tutti i membri del team multidisciplinare devono partecipare almeno una volta a settimana a incontri per discutere diagnosi, terapia chirurgica, esame istologico e terapia medica. I chirurghi senologi devono effettuare

almeno 50 interventi annuali per neoplasia mammaria. Sicuramente gli ultimi anni hanno portato a miglioramenti tecnici e a più approfondite conoscenze biologiche, volte ad ottimizzare sempre di più la qualità di vita della paziente, cercando di salvaguardare i risultati estetici, funzionali e psicologici. Oggi non è più un solo protagonista che si autoreferenzia come il “tuttologo” per risolvere il problema “neoplasia mammaria” oppure più protagonisti che lavorano in maniera indipendente e scollegata, ma è un gruppo di professionisti preparati e dedicati, nel settore, a questo grande capitolo dell'oncologia che lavora insieme, fianco a fianco, quotidianamente, motivate da un fine comune: miglioramento dei risultati e alla riduzione di mortalità per neoplasia mammaria.

Follow up

(Francesco Domenico Rivelli)

Al completamento delle terapie è prassi diffusa che le pazienti siano sottoposte a controlli periodici, finalizzati alla diagnosi precoce delle eventuali riprese della malattia.

Tale procedura si prefigge diversi obiettivi:

- diagnosticare secondi tumori nella mammella operata oppure tumori nella mammella controlaterale;
- diagnosticare precocemente eventuali riprese locali di malattia;
- diagnosticare precocemente riprese a distanza attraverso:
 - due visite cliniche annuali con ecografia con esami ematochimici + marker tumorali;
 - mammografia annuale;
 - radiografia del torace;
 - ecografia addominopelvica annuale;
 - scintigrafia scheletrica;
 - RMN, TAC, PET in base ai sintomi e ai risultati degli altri esami. Tali esami vanno eseguiti in base al rischio di ripresa della malattia.

La ricostruzione mammaria

(Annalisa Arena)

La ricostruzione mammaria è la procedura che ricrea una mammella dopo che questa sia stata asportata per motivi oncologici. Oggi questa pratica è parte integrante del trattamento delle neoplasie mammarie in quanto ridona alla donna una buona immagine corporea e ne migliora la qualità di vita¹.

Lo scopo dell'intervento è quello di ricreare una mammella il più simile possibile a quella non operata, in modo così da garantire una buona simmetria. Per conseguire questo risultato bisogna analizzare diversi parametri mammari: il volume, la posizione del solco sottomammario e la presenza o meno di ptosi (tendenza della mammella negli anni a scendere verso il basso con conseguente svuotamento dei quadranti superiori).

Non è possibile stabilire quale sia la tecnica ricostruttiva migliore in maniera aprioristica, ma per ogni paziente bisogna scegliere quella più adeguata. La decisione viene presa dal chirurgo in base al grado di demolizione, alla necessità o meno di radioterapia, alle dimensioni della mammella da ricostruire e alle condizioni di salute fisiche e psicologiche della donna.

La ricostruzione mammaria non influisce negativamente sul decorso della malattia oncologica².

Tempi della ricostruzione

Le procedure ricostruttive possono iniziare durante l'intervento di mastectomia o, successivamente, in un secondo tempo. Nel primo caso si parla di **ricostruzione immediata** e nel secondo di **ricostruzione differita**.

La ricostruzione immediata ha il vantaggio di evitare alla paziente il trauma di vedere il proprio corpo mutilato e riduce l'ansia per l'intervento demolitivo³; inoltre non inficia l'efficacia del trattamento oncologico, come dimostrato da svariati studi^{4,5,6}.

La ricostruzione differita è invece preferibile per le pazienti che si devono sottoporre a radioterapia, procedura che potrebbe peggiorare il risultato estetico ed aumentare il rischio di complicanze^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}.

Possibilità ricostruttive dopo chirurgia oncologica conservativa

Se il trattamento della neoplasia è limitato, dal punto di vista chirurgico, alla tumorectomia o alla quadrantectomia, è sufficiente ripristinare la forma conica della mammella e limitare la dislocazione dell'areola. Questo risultato si ottiene tramite l'allestimento di lembi ghiandolari, simili a quelli impiegati nelle mastoplastiche riduttive, che sono scolpiti “ad hoc” adattandoli alla localizzazione della neoplasia ed al volume della mammella operata^{18,19,20}.

Dopo chirurgia oncologica demolitiva

Abbiamo a disposizione diverse possibilità ricostruttive qualora la mastectomia sia inevitabile; per ogni paziente, deve essere adottata la tecnica idonea. La ricostruzione si può realizzare mediante una protesi, oppure utilizzando i tessuti autologhi, cioè propri della paziente, o con la combinazione di queste due metodiche.

La **ricostruzione con protesi** consiste nel posizionare un impianto in regione mammaria, all'interno di una tasca allestita sotto il muscolo grande pettorale, che garantisce una buona copertura tissutale dell'impianto.

La **ricostruzione con tessuti autologhi** della paziente si attua mediante un lembo, cioè una porzione di tessuto costituito da cute, sottocute ed eventualmente muscolo, trasferito, insieme al suo peduncolo vascolare, da una zona donatrice ad una zona ricevente. In alcuni casi è necessario combinare entrambe le tecniche ricostruttive: la protesi si posiziona sotto un lembo mio - cutaneo, cioè composto da cute e muscolo.

Ricostruzione mammaria con protesi

La ricostruzione mammaria con protesi è indicata nelle pazienti con un seno di piccole o medie dimensioni, per le quali non sia prevista la radioterapia, che induce atrofia dei tessuti cutanei e muscolari rendendoli non idonei a coprire la protesi^{21,22,23}.

Al successo dell'intervento concorrono numerosi fattori, in particolare l'integrità ed il trofismo del muscolo pettorale, la qualità della cute, l'assenza di tensione dei tegumenti sopra la protesi e la conservazione del solco sottomammario.

La ricostruzione con protesi può essere effettuata con o senza una precedente espansione tissutale.

I vantaggi rispetto ai lembi consistono nella possibilità di utilizzare la stessa via chirurgica della mastectomia e nel fatto che la cute sopra l'impianto abbia le stesse caratteristiche di colore e tessitura della cute circostante. Gli svantaggi risiedono nella necessità di dover solitamente eseguire due distinti interventi chirurgici (posizionamento dell'espansore tissutale e in seguito inserimento della protesi), ma ognuno di essi richiede una procedura più breve e con tempi di degenza inferiori rispetto a quelli che impiegano tessuti autologhi.

Ricostruzione diretta con protesi.

L'inserimento diretto della protesi mammaria, senza una precedente espansione tissutale, è d'impiego limitato: si applica solo per le pazienti sottoposte a mastectomia con minima escissione cutanea (Skin sparing mastectomy), con un seno di piccole dimensioni e con una ptosi assente o lieve.

Ricostruzione con espansore e protesi.

Nella maggior parte dei casi, dopo l'asportazione della neoplasia il tessuto residuo è insufficiente per dare una buona copertura alla protesi. Per questo è necessario posizionare in una tasca sottomuscolare, formata dai muscoli grande pettorale e serrato anteriore, un device detto espansore tissutale che distenda progressivamente la cute e i muscoli e, dopo alcuni mesi, rimuoverlo e sostituirlo con la protesi definitiva.

L'espansore è un dispositivo di silicone simile ad un palloncino che viene dilatato, attraverso un'apposita valvola, con iniezione di soluzione fisiologica.

Gli espansori possono avere forma rotonda o "a goccia"; questi ultimi sono definiti anatomici e permettono una migliore espansione del polo inferiore della mammella ed una maggiore definizione del solco sottomammario. Esistono due tipi differenti di valvole: quelle di tipo magnetico sono integrate nell'espansore e s'individuano solo attraverso un apposito dispositivo fornito dalla ditta con l'espansore stesso (non sono compatibili con la risonanza

magnetica). Il secondo modello è posto invece a distanza dall'espansore, in sede sottocutanea, collegato attraverso un sottile condotto di silicone. La valvola può facilmente essere individuata palpatariamente ed è compatibile con la risonanza magnetica.

I riempimenti progressivi dell'espansore sono eseguiti ambulatorialmente: una volta individuata la valvola, la si punge con un ago e si aumenta il volume dell'espansore con soluzione fisiologica. Il processo avviene gradualmente; la quantità di soluzione iniettata in ogni seduta e la frequenza dei riempimenti varia in base alla tensione cutanea che la paziente avverte. Una volta raggiunto il volume desiderato, l'espansore è lasciato in sede per alcuni mesi al fine di stabilizzare il risultato e terminare eventuali terapie antitumorali.

Nella seconda fase avviene la sostituzione con la protesi mammaria definitiva e, se necessario, si ridefinisce con opportune tecniche il solco sottomammario. L'intervento è condotto sfruttando la medesima cicatrice da mastectomia, senza bisogno di produrne altre.

L'espansore migliora il risultato finale perché, riducendo la tensione cutanea nella zona dell'impianto protesico, conferisce alla mammella ricostruita un aspetto più naturale.

Ricostruzione con protesi espandibile.

Esiste una tipologia di protesi formata da una camera interna espandibile ed una porzione esterna riempita con gel al silicone²⁴. La parte interna viene progressivamente dilatata con soluzione fisiologica fino a raggiungere il volume desiderato. L'intervento è unico, in quanto l'impianto riassume in se sia le caratteristiche dell'espansore sia quelle della protesi. Tendenzialmente però il risultato è meno naturale e pertanto la protesi espandibile è impiegata solo in casi selezionati.

Complicanze.

Fra le possibili complicanze della ricostruzione mammaria con protesi vi sono la formazione di ematomi, l'insorgenza di infezioni, la comparsa di sofferenza e necrosi cutanea, la possibile estrusione dell'impianto, la contrattura capsulare^{25,26}. Alcune di queste possono rendere necessario un nuovo intervento. Ad esempio, l'infezione del sito chirurgico, se non controllata dalla terapia antibiotica, rende necessaria la rimozione della protesi ed un suo

successivo reimpianto, a guarigione avvenuta; l'estrusione della protesi con l'esposizione dell'impianto, è dovuta alla necrosi dei tessuti sovrastanti, e richiede il ripristino della copertura tissutale prima di reimpiantare la protesi. Quando un materiale estraneo è impiantato nel nostro corpo, l'organismo reagisce circondandolo con una capsula fibrosa. Questa normale reazione, può, in alcuni casi, generare tessuto fibroso in eccesso intorno alla protesi e produrre il fenomeno detto contrattura capsulare. La mammella, venendo la protesi compressa, perde il suo aspetto naturale, diviene rigida e spesso dolente. Per contratture capsulari importanti si ricorre ad appositi interventi risolutivi²⁷.

Scelta del tipo di protesi

Le protesi impiegate per la ricostruzione mammaria sono le stesse utilizzate per gli interventi estetici. La vasta gamma d'impianti oggi in commercio offre al chirurgo la possibilità di scegliere il modello più idoneo per ogni paziente. Una protesi mammaria è composta da un involucro in silicone che contiene un gel dello stesso materiale o una soluzione salina. Le prime sono più utilizzate. Il gel può essere più o meno coesivo, a seconda che si preferisca una forma più stabile nel tempo, o un seno più morbido.

Gli impianti protesici si differenziano anche in base alla forma e si dividono in rotondi e anatomici; questi ultimi hanno un aspetto "a goccia" con una conformazione più simile a quella della mammella. Inoltre le protesi anatomiche possono essere adattate alle pazienti sulla base di tre parametri: proiezione, diametro e altezza; quest'ultima caratteristica non è modificabile selettivamente nelle protesi rotonde.

La superficie di rivestimento della protesi può essere liscia o testurizzata, cioè finemente irregolare. Le protesi testurizzate sono state ideate per ottenere una migliore aderenza ai tessuti circostanti e ridurre la possibilità di rotazione e contrattura capsulare^{28,29}. Le protesi mammarie hanno una durata limitata nel tempo e pertanto devono essere sostituite negli anni. La loro vita media è di 10 - 20 anni.

Ricostruzione mammaria con tessuti autologhi

In questa categoria rientrano diversi tipi d'intervento che comportano il trasferimento di un lembo con il suo peduncolo vascolare, da una particolare zona del corpo, detta donatrice, alla regione mammaria. Questa tecnica è indicata nelle donne con mammelle voluminose e ptosiche, per le quali la protesi non darebbe una buona simmetria con la mammella sana, e quando la paziente necessita di radioterapia.

Questo tipo di ricostruzione può essere eseguito solamente utilizzando zone donatrici la cui vascularizzazione non sia stata compromessa da precedenti interventi e in pazienti in discrete condizioni di salute. Il suo impiego deve essere attentamente valutato in donne diabetiche, obese e forti fumatrici per l'elevato rischio di necrosi.

Una peculiarità di questa tecnica è che la mammella avrà un aspetto molto naturale e varierà di volume proporzionalmente alle modifiche di peso della paziente e con l'età andrà incontro ad una progressiva ptosi, similmente a quanto accade alla mammella sana, con risultati più stabili nel tempo.

Questa tecnica comporta un unico intervento chirurgico ma di durata superiore rispetto alla ricostruzione con protesi e con tempi di degenza e di ripresa più lunghi. Altra caratteristica negativa sono le cicatrici a livello del sito donatore del lembo. Infine l'area cutanea trasferita ha caratteristiche di spessore e colore differenti da quelli della regione mammaria.

I lembi possono essere distinti in pedunculati e liberi. Nel primo caso il trasferimento in regione mammaria avviene ruotando il peduncolo vascolare che è isolato ma non sezionato, nel secondo viene sezionato a livello del sito donatore, il tessuto trasferito in una zona ricevente distante ed il peduncolo anastomizzato, cioè riallacciato ad un altro vaso, con tecnica microchirurgica.

La complicanza più temibile è la necrosi, cioè la morte dei tessuti, che può coinvolgere l'intero lembo o solo una parte di esso. Questo può avvenire quando il passaggio di sangue attraverso il peduncolo vascolare si arresta o si riduce in maniera critica. Fra le cause vi sono la trombosi dei vasi, la compressione del peduncolo, la sua torsione o il suo inguinocchiamento. La sofferenza vascolare è generalmente

più frequente per i lembi liberi. Nelle prime ore in cui s’instaura, esiste la possibilità di eseguire un intervento di salvataggio del lembo rimuovendone i fattori causali. Un’altra possibile complicanza è la liponecrosi, cioè la ipoperfusione del tessuto adiposo del lembo che esita in aree sottocutanee indurite.

Gli interventi che comportano il trasferimento di un lembo libero sono tecnicamente più complessi rispetto ai lembi pedunculati e quindi hanno tempi chirurgici maggiori; inoltre possono richiedere emotrasfusioni.

I lembi più impiegati per la ricostruzione mammaria sono il lembo TRAM, il lembo DIEP, il lembo Latissimus Dorsi; altri lembi, come il lembo gluteo, hanno attualmente un impiego più limitato.

Lembo TRAM

Il TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous) è un lembo miocutaneo formato dal muscolo retto dell’addome e da una losanga composta dai tessuti cutanei e sottocutanei dei quadranti addominali inferiori. La vascolarizzazione del muscolo retto dell’addome è provvista dai vasi epigastrici superiori profondi e da quelli epigastrici inferiori profondi. Quando si conserva la vascolarizzazione proveniente da arteria e vena epigastriche superiori, il lembo può essere ruotato in regione mammaria come peduncolato. Se si scelgono come peduncolo i vasi epigastrici inferiori, il lembo deve essere trasferito come libero^{30,31,32,33}.

Il lembo TRAM è indicato nelle pazienti con una mammella voluminosa ed un’adeguata quantità di tessuto adiposo a livello addominale.

L’intervento, comportando il prelievo del muscolo retto, indebolisce la parete addominale, aumentando il rischio di laparoceli; inoltre produce, nella parte inferiore dell’addome, una lunga cicatrice orizzontale^{34,35}.

Il **lembo TRAM peduncolato** è prelevato dal lato opposto rispetto alla mammella da ricostruire e trasferito in regione mammaria attraverso un tunnel sottocutaneo. Il lembo TRAM peduncolato può produrre una protrusione sottocutanea nel punto in cui il lembo ruota dall’addome verso la mammella.

La porzione cutanea del lembo più lontana dal peduncolo può andare incontro a fenomeni ischemici e pertanto può

essere asportata in fase di preparazione.

Il lembo TRAM libero è allestito in maniera analoga al peduncolato ma comporta un prelievo muscolare di minore entità. Una volta isolati i vasi epigastrici inferiori profondi, il peduncolo è sezionato ed il lembo è trasferito in regione mammaria; qui i vasi del lembo sono anastomizzati con tecnica microchirurgica ai vasi riceventi, che possono essere i vasi circonflessi della scapola, quelli toracodorsali oppure quelli mammari interni. Questo lembo conserva una migliore vascolarizzazione anche nelle porzioni più periferiche perché l’arteria epigastrica inferiore è di calibro maggiore rispetto alla superiore; ma se si instaura una trombosi dell’arteria epigastrica inferiore i lembo rischia di andare interamente in necrosi.

Lembo DIEP

Il lembo DIEP prende il nome dai vasi perforanti dell’arteria epigastrica inferiore profonda (DIEP Deep Inferior Epigastric Perforator) che sono localizzati prevalentemente in sede sottombelicale. Questo lembo libero è molto simile al TRAM, col quale condivide la medesima area cutaneo - adiposa, però si differenzia da questo perché può essere prelevato senza asportare il muscolo retto dell’addome^{36,37,38}. Evitando il prelievo del muscolo retto dell’addome si riducono il rischio di laparoceli e il dolore postoperatorio^{39,40,41}. Lo svantaggio principale consiste nella complicata dissezione del lembo e quindi nell’allungamento del tempo operatorio.

Lembo S - GAP

Il lembo Superior Gluteal Artery Perforator (S - GAP)^{42,43} è un lembo vascolarizzato dai vasi perforanti dell’arteria glutea superiore. È costituito da cute e sottocute della regione glutea e non comporta il prelievo di muscolo. Può essere impiegato qualora si renda necessaria una ricostruzione con tessuti autologhi ma non sia possibile prelevare il lembo dall’addome.

Ricostruzione mammaria combinata con protesi e tessuti autologhi

Questo tipo di ricostruzione combinata è indicata per quelle pazienti in cui non è disponibile l’addome come area donatrice di tessuto autologo, e che necessitano di radioterapia.

In questi casi viene allestito un lembo di muscolo gran dorsale che, ruotato anteriormente in regione mammaria, fornisce una buona copertura all’impianto protesico.

Lembo Latissimus Dorsi

Il lembo Latissimus Dorsi è un lembo miocutaneo formato dal muscolo gran dorsale e da un’area cutanea ad esso sovrastante; viene impiegato come peduncolato e ruotato dalla regione dorsale a quella mammaria. La vascolarizzazione proviene dai vasi toraco-dorsali^{42,43,44,45,46,47}. La metodica è indicata nelle pazienti sottoposte a radioterapia che hanno quindi dei tessuti atrofici incapaci di dare una buona copertura alla protesi o nei casi in cui sia stato asportato anche il muscolo pettorale durante la mastectomia. Il suo impiego comporta comunque l’inserimento di una protesi mammaria, perché il lembo è sottile e non ricrea da solo un’adeguata salienza mammaria. L’area cutanea che viene prelevata è importante perché sostituisce quella atrofica della regione mammaria. Tuttavia la cicatrice che residua a livello dorsale è esteticamente sgradevole e per questo si cerca di orientare la losanga cutanea del prelievo in modo che sia nascosta dal reggiseno. Il prelievo del muscolo gran dorsale non dà deficit funzionali rilevanti, ma crea comunque un indebolimento della muscolatura.

Fra le complicanze specifiche di questo intervento abbiamo il sieroma, una raccolta di liquido citrino limpido nella sede di prelievo del muscolo gran dorsale. Questa evenienza abbastanza comune, non è grave, ma può richiedere l’aspirazione ripetuta della raccolta tramite puntura con una siringa. Una complicanza rara è la lesione del nervo toracico lungo o nervo di Bell, che provoca la modifica della posizione della scapola detta “scapola alata”.

Simmetrizzazione della mammella contro laterale

Al fine di ottenere un buon risultato, la mammella ricostruita e quella sana devono essere simmetriche, anche se una perfetta somiglianza non è mai raggiungibile. Per questo è spesso necessario modificare anche la morfologia della mammella sana: se è ptosica (cioè cadente) deve essere risolleata mediante un intervento di mastopessi, se il suo volume è maggiore va ridotto con un intervento di mastoplastica riduttiva; più raramente accade che la mammella sana sia molto più piccola di quella ricostruita e questa discrepanza debba essere colmata mediante l’inserimento di un impianto protesico.

Solitamente l’intervento di simmetrizzazione viene effettuato simultaneamente a quello ricostruttivo.

Nel caso di mastoplastica riduttiva il tessuto ghiandolare asportato dalla mammella sana deve essere sottoposto ad un esame istologico per individuare eventuali carcinomi occulti^{48,49}.

Ricostruzione del complesso areola - capezzolo

La ricostruzione mammaria è completata dalla ricostruzione del complesso areola - capezzolo (CAC), in anestesia locale e in regime ambulatoriale.

La ricostruzione del capezzolo può essere effettua mediante piccoli lembi locali che vengono suturati fra loro in modo da creare una piccola salienza oppure tramite l’innesto della parte superiore del capezzolo controlaterale⁵⁰.

La ricostruzione dell’areola può avvenire tramite due tecniche differenti: l’innesto o il tatuaggio.

L’innesto consiste nel prelievo di un’area cutanea che viene trasferita da un sito donatore ad uno ricevente senza mantenere alcuna connessione vascolare. I siti donatori più frequentemente utilizzati sono l’inguine, dove la cute è maggiormente pigmentata, e l’areola controlaterale.

Presso centri specializzati è possibile tatuare una neo - areola scegliendo un colore simile a quello dell’areola sana⁵¹.

Bibliografia

1. Bellino S, Fenocchio M, Zizza M, Rocca G, Bogetti P, Bogetto F. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2011;127(1):10-7
2. Georgiade GS. Immediate reconstruction of the breast following modified radical mastectomy for carcinoma of the breast. *Clinical Plastic Surgery* 1984;11(2):383-8
3. Drucker - Zertuche M, Robles - Vidal C. A 7 year experience with immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy for cancer. *European Journal of Surgical Oncology* 2007; 33(2):140 - 6.
4. Giacalone PL, Rathat G, Daures JP, Benos P, Azria D, Rouleau C. New concept for immediate breast reconstruction for invasive cancers: feasibility, oncological safety and esthetic outcome of post - neoadjuvant therapy immediate breast reconstruction versus delayed breast reconstruction: a prospective pilot study. *Breast Cancer Research and Treatment* 2010; 122(2):439-51.
5. Langstein HN, Cheng MH, Singletary SE, Robb GL, Hoy E, Smith TL, et al. Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: patterns and significance. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2003; Vol. 111, issue 2:712 - 20.
6. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Ames FC, Ross MI, Theriault R, et al. Feasibility of immediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer. *Annals of Surgical Oncology* 1999; Vol. 6, issue 7:671 - 5.
7. Behranwala KA, Dua RS, Ross GM, Ward A, A'hem R, Gui GP. The influence of radiotherapy on capsule formation and aesthetic outcome after immediate breast reconstruction using bi-dimensional anatomical expander implants. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery* 2006; 59(10):1043-51.
8. Forman DL, Chiu J, Restifo RJ, Ward BA, Haffty B, Ariyan S. Breast reconstruction in previously irradiated patients using tissue expanders and implants: a potentially unfavorable result. *Annals of Plastic Surgery* 1998; 40(4):363-4.
9. Kronowitz SJ, Robb GL. Radiation therapy and breast reconstruction: a critical review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2009; 124(2):395-408
10. Tallet AV, Salem N, Moutardier V, Ananian P, Braud AC, Zalta R, et al. Radiotherapy and immediate two - stage breast reconstruction with a tissue expander and implant: complications and esthetic results. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2003; Vol. 57, issue 1:136-42.
11. Whitfield GA, Horan G, Irwin MS, Malata CM, Wishart GC, Wilson CB. Incidence of severe capsular contracture following implant - based immediate breast reconstruction with or without postoperative chest wall radiotherapy using 40 Gray in 15 fractions. *Radiotherapy and Oncology* 2009; 90(1):141-7
12. Kronowitz SJ, Robb GL. Radiation therapy and breast reconstruction: a critical review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2009; 124(2):395-408.
13. Kronowitz SJ, Hunt KK, Kuerer HM, Babiera G, McNeese MD, Buchholz TA, et al. Delayed - immediate breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2004; 113(6):1617 - 28.
14. Rogers NE, Allen RJ. Radiation effects on breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator flap. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2002; Vol. 109, issue 6:1919 - 24.
15. Spear SL, Ducic I, Low M, Cuoco F. The effect of radiation on pedicled TRAM flap breast reconstruction: outcomes and implications. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2005; 115(1):84-95.
16. Thomson HJ, Potter S, Greenwood RJ, Bahl A, Barker J, Cawthorn SJ, et al. A prospective longitudinal study of cosmetic outcome in immediate latissimus dorsi breast reconstruction and the influence of radiotherapy. *Annals of Surgical Oncology* 2008; 15(4): 1081 - 91.
17. Tran NV, Chang DW, Gupta A, Kroll SS, Robb GL. Comparison of immediate and delayed free TRAM flap breast reconstruction in patients receiving postmastectomy radiation therapy. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2001; 108(1): 78 - 82.
18. Clough K, Nos C, Salomon R. Conservative treatment of breast cancer by mammoplasty and irradiation. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1995; 96:363 - 70.
19. Audretsch W. Reconstruction of the partial mastectomy defect: classification and method, Surgery of the breast. In: Spear SL, Little JB, editors. Principles and Art. Washington: Raven, 1998.
20. Clough K, Kroll SS, Audretsch WP. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1999; 104(2): 409 - 20.
21. Nava M. Selection of patients for reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast: Second European Conference, Milan, 6 - 10 November 2003
22. Petit J - Y, Rietjens M, Garusi C. Breast reconstructive techniques in cancer patients: which ones, when to apply, which immediate and long term risks? *Oncology/Hematology* 38 (2001) 231-239
23. Dowden R. Selection criteria for successful immediate breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1991;88:628-34.
24. Becker H. Breast reconstruction using an inflatable breast implant with detachable reservoir. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1984; 73 (4): 678 - 83.
25. Pouhaer L, Le M, Rietjens M. Risk factors for failure of immediate breast reconstruction with prosthesis after total mastectomy for breast cancer. *Cancer* 1992; 70: 1145 - 51.
26. Gylbert L, Asplund O, Jurrel G. Capsular contracture after breast reconstruction with silicone gel and saline filled implants: a 6 year follow up. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1990; 85: 373 - 7.
27. Melmed E. Treatment of breast contractures with open capsulotomy and replacement of gel prostheses with polyurethane - covered implants. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1990;86:270-4.
28. Coleman D, Foo I, Sharpe DT. Textured or smooth implants for breast augmentation? A prospective controlled trial. *British Journal of Plastic Surgery* 1991; 44: 444 - 8.
29. Pollock H. Breast capsular contracture: A retrospective study of textured versus smooth silicone implants. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1993;91:404-6.
30. Holmström H. The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. An experimental study and clinical case report. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery* 1979; 13(3): 423 - 27.
31. Hartrampf C, Schefflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1982; 69: 216 - 25.
32. Grotting JC, Urist MM, Maddox WA, et al. Conventional TRAM flap versus free microsurgical TRAM flap for immediate breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1989; 83: 828 - 41.
33. Elliot L, Eskenazi L, Beegle P, et al. Immediate TRAM flap breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1993; 92: 217 - 27.

Le mastoplastiche estetiche

(Nicola Arena)

34. Lejour M, Dome M. Abdominal wall function after rectus abdominis transfer. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1991; 87: 1054 - 68
35. Petit JY, Rietjens M, Ferreira M, et al. Abdominal sequelae after pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1997; 99: 723 - 9.
36. Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. *British Journal of Plastic Surgery* 1989; 42: 645 - 8
37. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery* 1994; 32: 32 - 38
38. Taylor GI, Corlett RJ, Boyd JB. The versatile deep inferior epigastric (inferior rectus abdominis) flap. *British Journal of Plastic Surgery* 1984; 37: 330 - 350
39. Blondeel Pn, Boeckx WD. Refinements in free flap breast reconstruction: the free bilateral deep inferior epigastric perforator flap anastomosed to the internal mammary artery. *British Journal of Plastic Surgery* 1994; 47(7): 495 - 501
40. Blondeel N, Wanderstraeten GG, Monstrey SJ, Van Landuyt K, Tonnard P, Lysens R, Boeckx WD, Matton G. The donor site morbidity of free DIEP flaps and free TRAM flaps for breast reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery* 1997; 50 (5): 322 - 30
41. Gill PS, Hunt JP, Guerra AB, Dellacroce FJ, Sullivan SK, Boraski J, Metzinger SE, Dupin CL, Allen RJ. A10 - Year Retrospective Review of 758 DIEP Flaps for Breast Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2004; 113: 4, 1153 - 1160
42. Shaw WW. Breast reconstruction by superior gluteal microvascular free flap without silicone implants. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1983; 72: 490 - 9
43. Allen RJ. The superior gluteal artery perforator flap. *Clinical Plastic Surgery* 1998; 25: 293 - 302
44. Barlett SP, May JW, Yaremchuk MJ. The latissimus dorsi muscle: a fresh cadaver study of the primary neurovascular pedicle. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1981; 67: 631
45. Bostwick J, Nahai F, Vasconez LO. Sixty latissimus dorsi flaps. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1979; 63: 31
46. Olivari N. The latissimus flap. *British Journal of Plastic Surgery* 1976; 29: 126 - 8.
47. Schneider WJ, Hill HL, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery* 1977; 277 - 81
48. Rietjens M, Petit JY, Contesso G, Bertin F, Gilles R. The role of reduction mammoplasty in oncology. *European Journal of Plastic Surgery* 1997; 20: 246 - 50.
49. Gninlgnirrin Horo A, Acker O, Roussel E, Marret H, Body G. Mammoplasty for symmetry in breast reconstruction and histologic assessment. *Canadian Journal of Surgery*, Vol. 54, No. 3, June 2011 201 - 205
50. Eskenazi L. A one - stage nipple reconstruction with the 'modified star' flap and immediate tattoo: a review of 100 cases. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1992; 92: 671 - 80.
51. Spear S, Convit R, Little J. Intra-dermal tattoo as an adjunct to nipple areola reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1989; 83: 907 - 11.

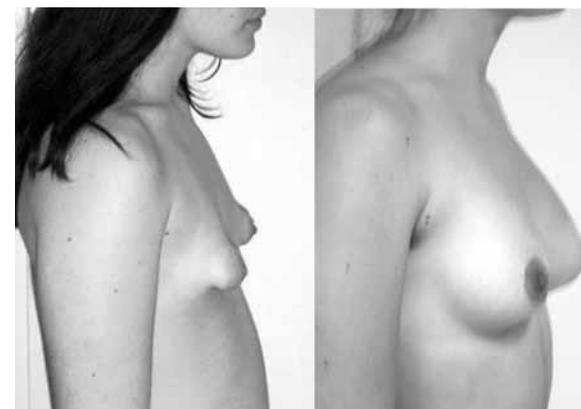
È estremamente difficile stabilire per le mammelle canoni di bellezza che siano universalmente validi in relazione alle diversità razziali, alla costituzione corporea e al carattere psicologico di una donna.

Mammelle troppo grandi, troppo piccole, malformate, asimmetriche o "svuotate" come dopo una gravidanza, possono tuttavia alterare l'armonia dell'aspetto corporeo e determinare problemi psicologici in certi casi anche gravi.

Rifuggendo dalla possibilità di inseguire una moda dettata da esasperati canoni estetici, proposti ad esempio dal cinema, e rifuggendo dalla possibilità di intervenire su minorenni o su donne che non manifestino una adeguata maturità psicologica, senza cioè una piena consapevolezza dei rischi e dei problemi che un intervento chirurgico può comportare, si deve convenire che le mastoplastiche estetiche possono notevolmente migliorare il benessere psico - fisico di una donna contribuendo renderla più sicura di sé, facendola sentire in certi casi più desiderabile ed in altri una donna "normale" e non una "maggiorata".

Dopo mastoplastica riduttiva sono stati inoltre realmente osservati benefici psicologici e stimoli alla prosecuzione di trattamenti dimagranti in donne obese prima refrattarie alle diete, mentre la mastoplastica additiva ha talvolta contribuito a far accettare meglio la propria immagine corporea a pazienti anoressiche.

Un dismorfismo mammario può compromettere dunque il benessere psicofisico della donna e interferire gravemente nei suoi rapporti sociali e interpersonali.



(Mammelle tuberose)

Non a caso oggi le mastoplastiche sono tra gli interventi più "richiesti" ai chirurghi estetici.

Tralascieremo gli aspetti anatomici e fisiopatologici generali della mammella, già diffusamente trattati in altri capitoli, e considereremo le alterazioni estetiche delle mammelle che, pur con una serie di situazioni intermedie, si possono classificare come ipotrofie, ipertro - fie e ptosi.

La mastoplastica additiva

La mastoplastica additiva è un intervento che permette di aumentare il volume di un seno ipotrofico, ma che può anche rimodellarlo eliminando asimmetrie, diversità di forma o di volume.



Negli ultimi anni sono stati proposti alcuni interventi alternativi all'uso di protesi per aumentare il volume mammario, ma sono stati abbandonati, come nel caso delle soluzioni di acido ialuronico, per le frequenti interferenze nell'interpretazione di addensamenti nodulari in corso di mammografia, o sono stati ridimensionati nell'importanza, come per gli impianti di adipociti, per la difficoltà a raggiungere spesso volumi significativi - cativi.

Le protesi mammarie moderne sono per lo più costituite da un involucro esterno di silicone, liscio o testurizzato, cioè "ruvido", che contiene un gel coesivo di silicone.

Il silicone viene utilizzato per le protesi da molti anni e non è stata mai dimostrata una maggior incidenza di carcinomi

mammari nelle donne che hanno ricevuto impianti di questo tipo.

Come le altre donne, queste pazienti dovranno tuttavia sottoporsi ai normali controlli oncologici. Oltre alla mammografia e alla visita senologica, saranno l'ecografia e la RMN mammaria, che forniranno importanti notizie sull'integrità delle protesi. La visita senologica sarà poi possibilmente eseguita da un medico che abbia anche un'esperienza specifica negli impianti protesici.

Il silicone è largamente impiegato in tutta sicurezza dall'industria alimentare e cosmetica, in dispositivi medicali e in farmaci.

Di silicone sono ad esempio le tettarelle e i succhiotti utilizzati dai neonati.

Esistono in commercio anche protesi rivestite di poliuretano, ma sono ancora vietate negli USA, e protesi riempite di soluzione fisiologica ma per le loro caratteristiche hanno un utilizzo più limitato.

Cataboliti tossici del poliuretano si possono liberare in donne che hanno ricevuto questo tipo di impianto, mentre le protesi riempite con soluzione salina, oltre ad avere una consistenza non naturale, causano talvolta rumori e sciacquetii durante i movimenti.

Le protesi mammarie in relazione alla forma e al differente riempimento che determinano nei quadranti superiori della mammella, si distinguono in rotonde e anatomiche, cioè caratterizzate da un profilo a "goccia".

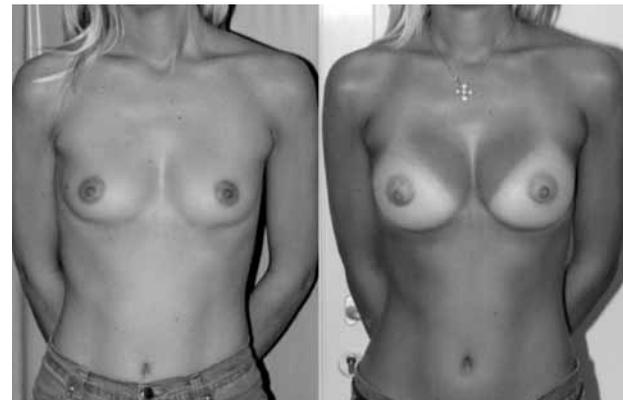
Per ottenere un seno che si armonizzi con la figura della donna sono importanti nella scelta del tipo e del volume di una protesi i fattori dimensionali della stessa, come la proiezione e la base, fattori legati alla corporatura della paziente come l'altezza, la circonferenza toracica e infine fattori legati alle caratteristiche del tessuto mammario, del tessuto adiposo sottocutaneo e all'elasticità della cute, importanti per garantire un'ottimale copertura dell'impianto.

Ma dal momento che non esistono due pazienti uguali e con le medesime aspettative, tutti questi fattori vanno poi sempre analizzati in modo da capire e assecondare i diversi desideri femminili.

La maggior coesività del silicone, cioè la sua densità, in molti tipi di impianto, oltre a renderlo più "naturale" al tatto, contribuisce a mantenere la forma della protesi e minimizza la possibilità di diffusione del gel attraverso l'involucro.

In relazione alla sede di impianto il posizionamento delle protesi può essere in una "tasca" retromuscolare (al di sotto del muscolo pettorale), retro ghiandolare (al di sopra del muscolo e dietro alla ghiandola) o "dual plane" cioè la protesi sarà collocata dietro al muscolo nella porzione superiore e dietro la ghiandola nella porzione inferiore della mammella. L'impianto sottomuscolare rende la protesi meno palpabile e con minor tendenza alla contrattura capsulare (indurimento), ma durante la contrazione dei muscoli pettorali può dare una visibile e antiestetica risalita della protesi rispetto alla mammella. L'impianto retroghiandolare accorcia i tempi operatori ma nelle pazienti magre può rendere troppo visibile l'impianto. Con la tecnica Dual Plane, anche in pazienti magre, il bordo della protesi sarà "meno visibile" rispetto ad un impianto retroghiandolare ma manterrà, anche durante l'attività muscolare, una maggiore naturalezza del seno.

L'incisione cutanea attraverso la quale viene inserita la protesi, emiperi - areolare, cioè attorno all'areola, nel solco sottomammario o sotto al - l'ascella, viene di volta in volta valutata e discussa dal chirurgo con la paziente per ottenere in ogni caso un risultato ottimale, ma solitamente, qualsiasi tipo di incisione, non comporta punti di sutura cutanei esterni ma una intradermica esteticamente più accettabile.



Con l'impiego dell'anestesia locale associata alla generale e con l'impiego di elastomeri (speciali pompe che infondono 24 ore su 24 farmaci antiinfiammatori non steroidei) per l'analgesia postoperatoria, le mastoplastiche estetiche oggi non sono più da considerare interventi dolorosi e le pazienti

normalmente possono essere dimesse dopo un giorno di degenza con un bendaggio elastocompressivo e/o un apposito reggiseno che andrà indossato, giorno e notte, per circa un mese.

Di solito dopo circa dieci giorni la paziente potrà riprendere un'attività lavorativa leggera e dopo altre tre settimane l'attività sportiva, mentre non andranno esposte le cicatrici alla luce del sole e delle lampade UVA per un anno al fine di evitare iperpigmentazioni delle stesse.



Le protesi mammarie non hanno una durata illimitata nel tempo. È probabile che nell'arco della vita vadano sostituite e, anche se nelle protesi di ultima generazione la durata prevista varia tra i 10 e i 20 anni, essa è differente in ogni donna e può capitare di doverle sostituire anche solo dopo alcuni anni.

Il tasso di rottura varia infatti tra l'1% a 6 anni e l'8% a 11 anni secondo i principali produttori e tra il 10 e il 15% a 10 anni, per le protesi di terza generazione, come riportato nella risoluzione sulle protesi mammarie del Parlamento Europeo del 2012.

Né i viaggi aerei, né le immersioni subacquee, con le minime e reversibili alterazioni effetto delle variazioni di pressione, sono in grado tuttavia di far "scoppiare" le protesi in gel coesivo di silicone.

A favorire una possibile più precoce rottura sarebbero invece maldestre compressioni di ripetute mammografie e la contrattura capsulare, indurimento eccessivo della capsula fibrosa che normalmente l'organismo sviluppa attorno all'impianto.

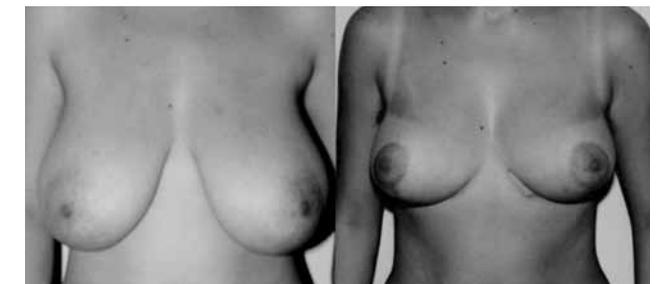
Occorre infine sfatare l'idea che una paziente con protesi di silicone, dopo una gravidanza, non possa necessariamente allattare.

La gravidanza comporterà un aumento fisiologico del volume mammario, ma in assenza di protesi particolarmente voluminose, che potrebbero invece favorire ptosi e smagliature da eccessivo stiramento cutaneo, sarà solitamente possibile l'allattamento anche con incisioni emipariareolari.



Le mastoplastiche riduttive e le mastopessi

Le mastoplastiche riduttive e le mastopessi sono interventi che attraverso un rimaneggiamento più o meno complesso della mammella e un'escissione della cute eccedente, mirano ad un sollevamento della ghiandola e del complesso areola - capezzolo sulla parete toracica, con o senza, asportazione di parenchima mammario.

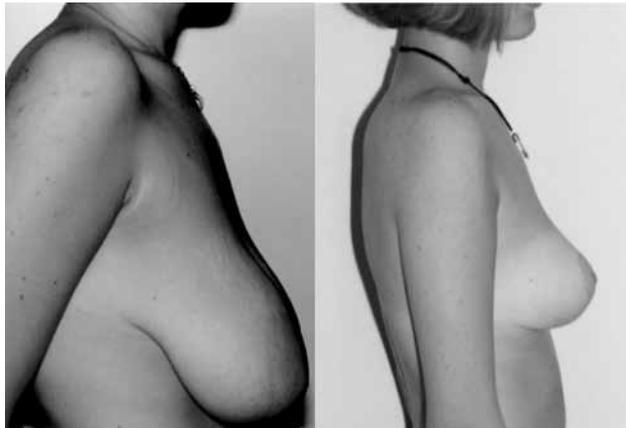


Sono comuni alle mastoplastiche riduttive e alle mastopessi le basi tecniche che ispirano le molteplici procedure chirurgiche esistenti, ma è diffusamente condivisa tra i chirurghi estetici l'opinione che non esista una tecnica "ideale".

Una valida tecnica chirurgica deve comportare una buona e duratura proiezione del cono mammario, una facile ripetitività per garantire un'ottima simmetria, il rispetto della vascolarizzazione mammaria, per evitare necrosi cutanee e ghiandolari, e dei dotti galattofori per non precludere la possibilità dell'allattamento, e cicatrici ridotte e accettabili da un punto di vista cosmetico.

In realtà ogni chirurgo predilige la tecnica operatoria che padroneggia meglio e che, nelle sue mani, in base alla sua esperienza, è in grado di fargli raggiungere un risultato ottimale.

Nodo centrale di tutte le tecniche è una efficiente vascolarizzazione, sia arteriosa che venosa, del lembo cutaneo - ghiandola - adiposo che alloggia il complesso areola - capezzolo che verrà riposizionato verso l'alto sulla parete toracica.



A tal proposito si sono delineate nel corso degli anni due contrapposte correnti di pensiero. La statunitense che predilige il peduncolo postero-inferiore, basato soprattutto sui vasi intercostali, e l'europea che ritiene altrettanto sicuro il peduncolo vascolare superiore, che utilizza l'arteria toracica esterna ed interna, a patto che non esista tensione

del peduncolo e sia adeguata la larghezza e lo spessore del lembo.

Nei casi di ptosi severe nei quali la risalita del complesso areola - capezzolo sia superiore ai 17 cm, può essere più sicuro, per scongiurare il rischio di necrosi, ricorrere all'escissione del complesso areola - capezzolo e al suo trapianto nella sede corretta.

Le cicatrici in caso di intervento per gigantomastia saranno necessaria - mente estese (a "T rovesciata") periareolari, verticali e trasversali, ma con opportuni accorgimenti tecnici si potrà contenere la lunghezza di queste ultime, pur mantenendo un'ottima proiezione del cono mammario che conferirà un bell'aspetto alle mammelle.

Nei casi di minor ipertrofia o di ptosi, si potrà limitare le cicatrici alla verticale e alla periareolare o alla sola periareolare.

Con la sola incisione periareolare sarà possibile l'escissione di un anello di cute eccedente che consentirà la risalita di 2 - 3 cm del complesso - capezzolo per mezzo della tecnica del Round Block, che comporta due suture concentriche a borsa di tabacco.

Il seno, pur con cicatrici poco estese, sarà necessariamente appiattito, con una scarsa proiezione, pieghe periareolari e, nel tempo, cicatrici solitamente di qualità più scadente rispetto a quelle ottenute con le altre tecniche di mastopessi. Nelle pazienti operate con questa tecnica, per mantenere una buona proiezione della mammella, converrà talvolta impiantare una protesi mammaria anatomica retromuscolare.

In molti interventi di mastoplastica riduttiva per ipertrofia del seno si potrà invece utilizzare una porzione del polo inferiore della mammella come lembo di autopotesi, fissandolo in alto al muscolo pettorale, per ottenere un buon riempimento dei quadranti superiori.

E' importante durante i colloqui con le pazienti fornire notizie sulle tecniche chirurgiche, sulle possibili complicanze (necrosi, alterazioni della sensibilità areolare, asimmetrie) e sulle cicatrici (talvolta di qualità scadente, ipertrofi - che, cheloidi o diastate) perché esse, anche se perfettamente eseguite, richiederanno attenzioni nel postoperatorio (riposo, apposito reggiseno, astensione dall'attività fisica, dall'esposizione al sole e agli UVA) e tempo (almeno un anno) prima di divenire poco visibili.

Queste notizie sono spesso meglio accettate dalle pazienti

candidate ad intervento per gigantomastia che, pur dovendo affrontare cicatrici più estese, hanno vissuto per anni con il disagio psicologico e fisico legato ad un seno troppo abbondante, stanche dei mal di schiena e dei solchi lasciati dalle spilline di reggiseno simili a corazze.

Più di una volta queste pazienti mi hanno confessato che dalla pubertà fino al giorno dell'intervento non avevano più indossato un costume da bagno per il timore di essere derise e guardate in spiaggia come fenomeni da baraccone.



(La paziente della foto, dopo 10 anni ha fatto tatuare un unicorno sopra l'aquila. Nella prima foto le mammelle si appoggiavano alla regione ombelicale.)

La mastoplastica riduttiva per gigantomastia offre inoltre, oltre al vantaggio estetico, quello di rendere il seno più facilmente valutabile alla mammografia - fia, in quanto spesso i comuni mammografi hanno difficoltà a radiografare interamente mammelle troppo voluminose.

Con questo tipo di interventi, utilizzando tecniche che non amputano i dotti galattofori, non si preclude spesso alle giovani donne la possibilità dell'allattamento.

Il rispetto della branca laterale cutanea del 4° nervo intercostale durante l'intervento abbassa inoltre il rischio di alterazioni della sensibilità del complesso areola - capezzolo.

Nei controlli senologici nelle pazienti operate, la sede di ogni reperto clinico o radiologico anomalo andrà valutata alla luce del tipo di tecnica riduttiva estetica eseguita, in

quanto il rimaneggiamento del parenchima mammario comporterà in alcune donne la creazione di aree di steatonecrosi che negli anni potranno favorire la formazione di macrocalcificazioni mammarie di tipo mastosico, di nessun significato neoplastico.

Il fumo di sigaretta, una scarsa elasticità cutanea, i rapidi incrementi ponderali e i repentini dimagrimenti, la tendenza costituzionale a cicatrici patologiche, possono influenzare negativamente il risultato estetico di questi interventi e la durata nel tempo dello stesso, ma l'esperienza del chirurgo estetico e le sue scelte tecniche consentiranno ugualmente quasi sempre di raggiungere un risultato soddisfacente.

Sintomi del seno

(Roberto Franchini)

Mastodinia o mastalgia o dolore mammario

- **Ciclica:** la più comune. Le cause non sono note. E' probabile che l'azione di estrogeni non bilanciata dal progesterone agisca a livello periferico evocando modificazioni fisiche quali la ritenzione idrica con edema localizzato e tensione mammaria che determinano il quadro clinico. In alcuni casi esiste un incremento latente della prolattina. Si manifesta in età fertile in relazione al ciclo mestruale. Può manifestarsi ad una sola mammella o ad entrambe con senso di tensione, pesantezza, gonfiore, turgore mammario che si manifestano dai 2 - 7 giorni che precedono il ciclo mestruale, ma talvolta anche a metà ciclo. Regredisce con l'arrieco del ciclo mestruale. Lo stress può accrescere la sensibilità alla mastodinia. L'attività fisica aumenta il dolore. Gli anticoncezionali influenzano scarsamente il dolore, in alcuni casi lo amplificano. Scompare con la menopausa.

- **Non ciclica:** Le cause non si conoscono con certezza (idiopatica) ma a volte può dipendere dalla presenza di lesioni benigne o dilatazione dei dotti mammari nel caso il dolore sia localizzato nel quadrante centrale della mammella. Meno comune della mastodinia ciclica non è riferita al ciclo mestruale. Prevalente nel quarto decennio. Il dolore può variare da moderato a intenso, riferito come pesantezza o disagio, talvolta come pungente o trafittivo, intermittente con esacerbazioni o continuo. Più spesso è monolaterale ed a volte non localizzabile con precisione. La durata dei sintomi è variabile ma nel 50% dei casi scompare con la menopausa.

Mastodinia extra - mammaria

- **Sindrome di Tietze** caratterizzata da dolore localizzato in corrispondenza di uno ed entrambi i quadranti interni della mammella, di tipo continuo, gravativo e superficiale che si accentua con la compressione delle giunzioni costola - sterno e con gli atti respiratori. E' causata da un'inflammatione dell'articolazioni costo - sternali.

- Dolore di origine vertebrale. La mammella è un intreccio

di fibre nervose provenienti da diverse regioni anatomiche e che possono dare dolori tali che le pazienti possono scambiare come derivanti dalla ghiandola mammaria. Queste terminazioni nervose provengono dalle ultime vertebre cervicali e dalle prime toraciche.

- Traumi
- Angina pectoris
- Esofagite - gastrite

Secrezione mammaria: è un sintomo frequente, soprattutto in donne di età compresa fra i 30 e i 50 anni e quasi sempre legato ad una condizione benigna. Una modesta secrezione è spesso fisiologica o legata a fenomeni infiammatori temporanei. Se invece la secrezione è continua o sieromatosa può essere dovuta alla presenza di un papilloma o, raramente, di una neoplasia. Per essere significativa la secrezione deve essere: reale, spontanea, monolaterale o mono - orificiale, persistente e non legata all'allattamento.

- **Lattiginosa:** generalmente abbondante, bilaterale, pluriorificiale e spontanea. E' secondaria a cause extramammarie che provocano un aumento dell'attività prolattinica o legata all'assunzione di farmaci antidepressivi, ansiolitici o ormoni.

- **Siero - lattiginosa:** soprattutto dopo una gravidanza, ma anche in corso di terapie ormonali o con neurolettici, specie se sono evidenti i fenomeni involutivo della ghiandola, può persistere una secrezione biancastra o anche incolore, a seconda del tenore delle proteine ma soprattutto dei grassi.

- **Multi - colorata:** la secrezione dovuta a fenomeni involutivi e al tempo stesso secretivi, è inizialmente di colore chiaro e di tinta opalescente, divenendo con il tempo più colorata fino a toni di marrone, grigio o grigio - verde o francamente verde. Si manifesta per una dilatazione dei dotti galattofori.

- **Secrezione distrofica:** si possono verificare anche secrezioni con aspetti estremamente vari e la secrezione può apparire più o meno densa e cremosa, giallastra

e quasi grassosa per un abnorme accumulo di detriti cellulari e lipidici.

- **Secrezione acquosa:** forma infrequente di secrezione molto particolare e va distinta da quelle sierose perché il liquido è molto chiaro. Monolaterale e mono - orificiale in passato era considerata indicativa di carcinoma mentre attualmente viene descritta anche in presenza di papillomi multipli e papillomatosi.

- **Secrezione sierosa (giallo - limone):** monolaterale e mono - orificiale, spontanea e provocata, corrisponde il più delle volte ad una fase iniziale dell'ectasia duttale (benigna) ma talora alla presenza di un papilloma intraduttale (benigno) o anche raramente alla presenza di un carcinoma (maligno).

- **Secrezione sieromatosa ed ematica:** mono - orificiale, monolaterale, spontanea o provocata. Si associa ad una patologia benigna nel 90% dei casi. Merita sempre un approfondimento diagnostico.

- **Secrezione ematica a "cioccolata":** pluriorificiale, bilaterale, spontanea o provocata. Può rappresentare un episodio isolato secondario ad un abnorme stimolo ormonale capace di determinare una eccessiva stimolazione sui dotti con sfaldamento delle cellule e microemorragie.

- **Secrezione purulenta:** da infiammazione - infezione dei dotti galattofori.

Retrazione capezzolo Circa il 2% delle donne presenta una condizione di retrazione del capezzolo, monolaterale o bilaterale, che determina fastidi di natura estetica (soprattutto se solo uno dei capezzoli è retratto) e può interferire con il normale allattamento al seno. Il problema è normalmente congenito, ma in casi rari può essere conseguente a processi infiammatori o interventi chirurgici, ed è determinato dalla presenza di dotti galattofori troppo corti che, in pratica, trattengono il capezzolo verso la ghiandola mammaria impedendone la normale espansione verso l'esterno. Il trattamento forse più diffuso per il capezzolo introflesso

è un intervento chirurgico di sezione dei dotti galattofori, che elimina la causa di retrazione. Sebbene la percentuale di successo di questa tecnica sia elevata, si tratta della soluzione più rischiosa per la possibilità di allattare al seno, che ne viene usualmente compromessa

Trattamenti non chirurgici: nel 2001 Erick Sholten ha descritto un trattamento innovativo per il capezzolo introflesso, basato sul principio dell'espansione cutanea, che utilizza un metodo relativamente semplice ed anche alla moda per trattenere il capezzolo in posizione: il piercing. Con una semplice procedura in anestesia locale è possibile applicare un orecchino di materiale e foggia adeguati senza compromettere la possibilità di allattamento al seno (è addirittura possibile allattare con l'orecchino in posizione) e con risultati esteticamente gradevoli e funzionalmente soddisfacenti in genere apprezzati sia dalle donne che dai loro partner

Quale trattamento scegliere: per la semplicità della procedura e l'efficacia dimostrata, il piercing sembra essere al momento il trattamento consigliabile per tutte le donne con problemi di capezzolo introflesso. La scelta dell'intervento chirurgico tradizionale resta riservata a chi non desidera allattare al seno in futuro e non riesca a tollerare l'idea del piercing.

In taluni casi la retrazione del capezzolo o la sua rotazione rispetto al capezzolo controlaterale oppure una pur qualsiasi retrazione della cute del seno o un'asimmetria è da indagare per escludere eventuali patologie della ghiandola sottostante.

Ragade del capezzolo. Le ragadi del capezzolo, assieme agli altri problemi fisici del seno come l'ingorgo e la mastite, rappresentano una causa importante di insuccesso dell'allattamento. La loro esatta prevalenza tuttavia resta mal definibile (quantomeno nella letteratura medica) sia perché le madri possono non riferire spontaneamente l'esistenza di questi problemi, sia perché vengono solitamente trascurati e sottodiagnosticati dai medici (ostetrici e pediatri), a cui le madri si rivolgono. Tuttavia, dai pochi studi della letteratura che descrivono le lesioni dermatologiche del capezzolo durante la prima settimana di allattamento, la prevalenza delle ragadi risulta piuttosto elevata (dal 65% al 76%). Va comunque chiarito che questi inconvenienti

non rappresentano l'obbligo scotto che una donna deve pagare per allattare al seno il proprio bambino, perché sono prevenibili e curabili con relativa facilità. Molte mamme, nei primi giorni dopo il parto, manifestano una dolenzia nella regione dei capezzoli quando il bambino si attacca ed esercita una pressione negativa; questo è dovuto semplicemente alla lentezza (latenza?) con cui il latte comincia a fuoriuscire. Perché ci sia l'eiezione del latte prodotto dagli acini, infatti, è necessario che questi siano spremuti dall'ossitocina (la cui produzione è indotta dagli stimoli esercitati sul capezzolo) e che il bambino abbia in bocca una porzione di seno tale da poter spremere con la lingua i seni galattofori situati al di sotto dell'areola. La mammella sarà quindi sottoposta a stress finché queste due condizioni non si realizzeranno ma, appena la presa del bambino sarà adeguata, la poppata non farà più male. Il dolore, meccanismo di protezione evolutivo, anche in questo caso è presente solo quando qualcosa non va. Se, tuttavia, il cattivo posizionamento persiste, si viene a determinare un danno da frizionamento della cute del capezzolo: la ragade. Questa fissurazione del tessuto cutaneo di rivestimento può avere forme diverse in base alla localizzazione della lesione: curvilinea (se attorno alla base), ramificata o rettilinea (se localizzata sulla punta del capezzolo). La soluzione di continuo nel tessuto, causando dolore durante la poppata (vissuto e sopportato diversamente da donna a donna), può portare a poppate limitate di numero e di durata, con l'insorgenza di problemi secondari, quali svuotamento incompleto del latte dal seno (e successivo ingorgo), insufficiente stimolazione riflessa alla produzione di prolattina con bassa produzione di latte. La ragade rappresenta inoltre una porta di ingresso per i batteri che, in caso di contemporanea presenza di ingorgo, può condurre a mastite. Non occorre por fine alla suzione dal seno se è presente una ragade. Generalmente correggendo la posizione di attacco, se non ci sono altri problemi sovrapposti, il dolore recede rapidamente. L'approccio terapeutico può essere così riassunto:

- correggere le modalità d'attacco del bambino al seno (è l'intervento più importante, che può addirittura "miracolosamente" evitare alla madre con ragadi di sentire dolore);
- smettere di usare saponi o detersivi;

- scoraggiare l'applicazione di medicinali locali (pomate di vario tipo, topici, garzette stimolanti la cicatrizzazione, argilla, coppette d'argento); alcune di queste danno un senso di benessere locale immediato (che è poi il motivo per cui hanno tanto successo commerciale), ma non è provato che siano efficaci nell'accorciare i tempi di guarigione e in alcuni casi esiste il fondato sospetto che possano peggiorare la situazione; gli studi trovati in letteratura sono risultati per lo più inconcludenti e il loro limite maggiore è stato quello di non aver tenuto in considerazione la presenza o meno di un'adeguata posizione del bambino e di un adeguato attaccamento al seno^{8 - 11};
 - suggerire di iniziare la poppata dal seno controlaterale, per poi passare a quello con la ragade quando il latte è più prontamente disponibile, essendo il riflesso di eiezione già iniziato, stimolato dalla suzione al seno opposto;
 - dopo ogni poppata si può lasciare sul capezzolo una goccia di latte ad asciugare; non è ben dimostrato che le proprietà antibatteriche del latte materno ne facilitino realmente la guarigione ma, rispetto alle varie pomate solitamente suggerite, il latte materno è perlomeno un rimedio naturale, gratuito e sicuramente innocuo^{8 - 10};
 - fra una poppata e l'altra, se possibile, esporre i capezzoli all'aria e, meglio ancora (stagione permettendo), brevemente al sole; in inverno suggerire l'uso per qualche minuto dell'asciugacapelli;
 - eventualmente portare, tra una poppata e l'altra, delle coppette antiragadi, che permettono al capezzolo di starsene separato dai vestiti e asciutto, protetto da una cupola traforata che permette l'aerazione;
 - evitare l'uso dei paracapezzoli, che al problema delle ragadi ne aggiunge degli altri, quali il disorientamento del bambino nel succhiare il seno e l'insufficiente stimolazione sensitivo - ormonale con conseguente bassa produzione di latte.
- Ricordiamo che l'ingestione da parte del bambino di sangue da una ragade materna non è motivo che controindica l'allattamento al seno.

Arrossamento della mammella è un sintomo frequente della infiammazione delle ghiandole della mammella. Esistono diversi varianti cliniche della malattia: acuta, suppurativa (stafilococcica, soprattutto durante l'allattamento; streptococcica, durante l'allattamento o in corso di erisipela) o non infettiva, talora collegata con irregolarità del ciclo mestruale; cronica, tubercolare o luetica. È cosa ben diversa dai processi infiammatori che interessano sottostanti processi tumorali della mammella. Il quadro clinico che si riscontra più spesso si verifica durante il periodo di allattamento ed è causato da un'infezione batterica (in genere da *Staphylococcus aureus*) che si trasmette alla madre dal neonato e che può svilupparsi alle ghiandole attraverso un'ulcerazione o una ragade di un capezzolo. Il processo può estendersi verso l'interno o in superficie, e dare origine a fistole cutanee.

L'ingorgo mammario

L'ingorgo mammario può essere una preoccupazione per molte mamme che allattano. Ecco come riconoscerlo e come alleviare i sintomi. L'ingorgo mammario è una condizione comune durante l'allattamento, particolarmente nelle fasi iniziali ed è legata ad un difficoltoso svuotamento del latte per cui esso ristagna nei dotti galattofori ed i seni (o il seno) appaiono gonfi, dolenti, tesi e più caldi del normale. È la seconda causa di abbandono dell'allattamento nei primi giorni di vita del bambino e si verifica in seguito a:

- ritardo nell'inizio dell'allattamento;
 - errato posizionamento del neonato al seno;
 - limitazioni nella frequenza e/o durata dei pasti;
 - qualunque fattore che porti a un inadeguato svuotamento della mammella.
- È caratterizzato da indurimento del seno, arresto del flusso di latte, dolore, arrossamento della cute, febbre (sempre sotto i 38.5 C° misurati all'inguine) e assenza di sintomi generali. Questa condizione talvolta regredisce spontaneamente ma altre volte, se non trattata adeguatamente evolve verso quadri clinici più importanti fino alla mastite.

Il trattamento consiste:

- usare un reggiseno che sostenga bene il seno, da portare tra una poppata e l'altra;
 - eseguire prima della poppata impacchi caldi al seno ingorgato (docce calde, asciugamani bagnati) per facilitare la fuoriuscita di latte;
 - dopo la poppata applicare impacchi freddi per ridurre il gonfiore e il senso di tensione al seno;
 - attaccare molto frequentemente il bambino offrendo il seno ingorgato per primo;
 - svuotare il seno dopo la poppata se si avverte la sensazione di mancato svuotamento.
- È una abbondante di latte nelle prime settimane di vita del bambino. Spesso il nostro corpo produce più latte del necessario ma successivamente si adegua alla richiesta del bambino, infatti ogni mamma produce il latte necessario per il suo bambino, sia che ne abbia uno o una coppia di gemelli. E' comunque consigliato essere seguite da un'ostetrica o da un ginecologo che forniranno risposte e consigli ai vostri dubbi sull'allattamento.

I farmaci per il dolore e altre complicanze

F.O.N.Ca.M - Tumori della mammella: linee guida sulla diagnosi, il trattamento e la riabilitazione. Edizione 2001

Modalità d'uso dei farmaci analgesici secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il protocollo terapeutico prevede l'utilizzo di una scala farmacologica sequenziale a tre gradini costituita da quattro classi di farmaci: gli antinfiammatori non steroidei (NSAID), gli oppioidi deboli e forti e gli adiuvanti. Gli NSAID e gli adiuvanti sono associabili agli oppioidi deboli e forti. Il passaggio da un gradino all'altro avviene in base all'intensità della sintomatologia dolorosa e non alla prognosi di vita.

Il primo scalino OMS prevede l'uso dei FANS (Farmaci Anti - infiammatori Non Steroidei) in dosi ripetute nell'arco della giornata, ad orari prefissati e a piene dosi, prevenendo i possibili effetti collaterali a livello gastrico.

Le indicazioni di massima sono riportate di seguito.

- Ac. acetilsalicilico 300 - 600 mg ogni 4 - 6 ore Paracetamolo 50 - 100 mg ogni 4 - 6 ore
- Indometacina 50 - 100 mg ogni 4 - 6 ore
- Diclofenac 50 - 100 mg ogni 8 - 12 ore
- Naproxene 250 - 500 mg ogni 8 - 12 ore
- Diflunisal 500 - 1000 mg ogni 8 - 12 ore
- Ibuprofene 200 - 400 mg ogni 4 - 6 ore
- Piroxicam 20 mg ogni 24 ore
- Ketorolac 10 - 20 mg ogni 6 - 8 ore

I FANS si sono mostrati efficaci nel dolore causato dalla stimolazione delle terminazioni nervose libere di fasce muscolari, tendini, membrane sierose e periostio; nel dolore causato da distensione meccanica di sottocute, pleura e peritoneo. La loro azione è ridotta nel dolore causato da lesioni di grossi tronchi nervosi. Non sempre la loro efficacia si manifesta dopo una singola dose, spesso sono necessari due o tre giorni di trattamento affinché si verifichi una completa riduzione della produzione di prostaglandine. I FANS possono essere utilizzati per un periodo di tempo limitato (mediamente da 3 a 5 settimane) per i loro effetti collaterali e per la loro dose tetto oltre la quale un ulteriore incremento non provoca un corrispettivo miglioramento della sintomatologia dolorosa. Utilizzati in associazione agli analgesici oppioidi danno un'analgesia di tipo additivo. Quando il dolore permane nonostante un corretto trattamento con i FANS è necessario utilizzare gli oppioidi di potenza analgesica maggiore.

Il secondo scalino OMS prevede l'uso degli oppioidi deboli chiamati anche agonisti parziali. Sono la codeina, l'ossicodone, la buprenorfina e il destropropossifene e hanno come i FANS un'efficacia analgesica limitata (dose tetto): ogni ulteriore incremento della dose accentua solo gli effetti collaterali. Il terzo gradino dell'OMS prevede l'uso degli agonisti puri come la morfina (oppioidi forti), qualora il sollievo del dolore con farmaci oppioidi parziali risultasse insufficiente anche ravvicinando le somministrazioni ogni quattro ore. Con gli agonisti è possibile incrementare continuamente il dosaggio sino alla massima dose tollerata. La malata e la sua famiglia saranno educati ad aumentare regolarmente il dosaggio del 50% fino a trovare la dose analgesica individuale. Per garantire il riposo notturno è indicato raddoppiare l'ultima dose serale e se la paziente riesce a passare una buona notte non è necessario svegliarla per farle assumere il narcotico ad intervalli regolari. Nella fase di adattamento farmacologico il contatto continuo, anche telefonico, con il curante è doveroso. Quando, nonostante un uso corretto della soluzione di morfina, vi sono crisi di dolore unicamente dovute al movimento è indicato associare un antinfiammatorio non - steroideo.

Gli effetti collaterali dei farmaci oppioidi possono manifestarsi sia nella fase di induzione farmacologica sia in quella di mantenimento, ma solo raramente sono causa di interruzione della terapia.

- **Stipsi.** Gli oppioidi esercitano un'azione diretta sui recettori del plesso mioenterico con riduzione delle secrezioni e della peristalsi. Il diminuito apporto di liquidi, la forzata inattività e la scarsa dieta aggravano la situazione. È necessario un trattamento profilattico che prevede una maggiore introduzione di liquidi e l'utilizzo di agenti osmotici (lattulosio), lubrificanti (paraffina liquida), catartici (magnesia citrato), stimolanti della funzionalità del grosso intestino (senna). Utile il clisma di pulizia.
- **Nausea e vomito.** Gli oppioidi, somministrati per via orale, stimolano direttamente la zona trigger chemorecettore; ritardano lo svuotamento gastrico, aumentano l'eccitabilità vestibolare. I farmaci antiemetici più efficaci sono quelli che agiscono sui recettori dopaminergici quali i butirrofenoni, le fenotiazine e la metoclopramide.

- **Sonnolenza.** È frequente durante le prime 24 - 72 ore di trattamento. È causata sia dal sollievo del dolore che porta ad una riduzione dell'ansia ed a rilassamento, sia da un eccessivo dosaggio del farmaco che si manifesta con miiosi bilaterale.

- **Confusione.** Si riscontra soprattutto nelle persone che hanno metastasi cerebrali, insufficienza epatica, renale, respiratoria, ipercalcemia, iponatremia, sepsi, febbre.

- **Depressione respiratoria.** Non rappresenta un problema clinico rilevante. Dopo somministrazioni ripetute dell'oppioide si sviluppa una tolleranza fisica agli effetti della morfina sul centro respiratorio. Qualora venisse notata una depressione respiratoria verrà utilizzato il naloxone.

- **Tolleranza.** I farmaci oppioidi ed in particolare gli agonisti puri sviluppano fenomeni di tolleranza. Con questo termine si intende la riduzione di intensità degli effetti prodotti da una singola dose di farmaco dopo ripetute somministrazioni e la necessità di incrementare i dosaggi per ottenere lo stesso risultato analgesico. La tolleranza si sviluppa parallelamente alla dipendenza fisica, ma entrambe non costituiscono un limite all'uso degli oppioidi a scopo analgesico. L'assunzione degli oppioidi può essere sospesa in maniera graduale nell'arco di una settimana.

Linee guida per un corretto utilizzo dei farmaci oppioidi

Prescrivere un solo tipo di oppioide per volta; somministrare l'oppioide ad orari prefissati in base alla durata d'azione e all'emivita plasmatica e non al bisogno; ricercare la dose analgesica individuale; utilizzare la via orale quando possibile; utilizzare farmaci adiuvanti per prevenire gli effetti indesiderati; passare dagli agonisti parziali agli agonisti puri in caso di inefficacia con dosaggi pieni; non associare agonisti oppioidi puri o parziali ad oppioidi agonisti - antagonisti.

I farmaci adiuvanti

I corticosteroidi. Possono essere utilizzati come analgesici, stimolanti dell'appetito ed eufonizzanti. Trovano specifica indicazione nei dolori da compressione nervosa (radicolare o midollare), nell'ipertensione endocranica (tranne i casi da ostacolato deflusso liquorale) e nel dolore da metastatizzazione ossea diffusa. I corticosteroidi più utilizzati sono il prednisone, il prednisolone e il desametazone. Gli effetti collaterali dei corticosteroidi sono: la sodio - ritenzione con possibile ipertensione arteriosa secondaria; il diabete steroideo; la dispepsia e il sanguinamento gastrointestinale; l'immunodepressione che condiziona un'alta incidenza di infezioni, specie la candidosi del cavo orale; l'agitazione psicomotoria fino alla psicosi acuta.

Il medrossiprogesterone acetato ad alte dosi è efficace in più del 60% dei casi di metastasi ossee algiche con miglioramento della cenestesi. Va usato con cautela in pazienti con ipertensione arteriosa, diabete mellito, gastropatia.

Gli antidepressivi triciclici. Sono usati per la loro azione analgesica (bloccano il re - uptake della serotonina aumentandone la biodisponibilità a livello centrale); il potenziamento dell'attività analgesica degli oppioidi; la loro azione sedativa ipnotica. Vengono prescritti soprattutto nella nevralgia postterpetica; nelle disestesie da lesione parziale o totale del tessuto nervoso (dolore da deafferentazione); negli stati depressivi reattivi.

Gli anticonvulsivanti. Sono utili nel dolore da deafferentazione (dolori riferiti come scosse, fitte, formicolii) poiché sopprimono la scarica neuronale spontanea. Vengono utilizzati la carbamazepina e la fenitoina. I principali effetti collaterali comprendono nausea, vomito, atassia, vertigini, sonnolenza, leucopenia.

I neurolettici. Sono farmaci ad attività antipsicotica ed antiemetica. Rientrano in questa categoria le fenotiazine ed i butirrofenoni. Piccole dosi di questi farmaci, associate alla morfina per via orale, possono essere utili nelle pazienti con forte componente psicologica e con vomito di origine centrale.

Le benzodiazepine. Vengono usate quando il dolore è accompagnato da ansia, insonnia, contratture muscolari. I farmaci elettivi sono il diazepam e derivati e l'alprazolam per via orale. Nelle pazienti che necessitano solo di un

ipnoinduttore sono indicate le benzodiazepine di sintesi, come l'oxazepam ed il triazolam avendo essi una breve emivita plasmatica.

Effetti collaterali dei farmaci adiuvanti. Secchezza delle fauci, stipsi, ritenzione urinaria, tachicardia, ipotensione posturale, sonnolenza, esantemi, aritmie.

Interventi di blocco delle vie nervose. I trattamenti neurolesivi, indicati nei dolori radicolari, interrompono il passaggio della sensazione dolorosa, ma provocano spesso fenomeni disestesici e ipostenia. Per tali motivi sono poco prescritti.

Trattamento palliativo degli altri sintomi

Il dolore non è l'unico sintomo presente nella fase avanzata. L'anoressia, la debolezza, il vomito, la stitichezza, la dispnea, le piaghe da decubito generano sofferenze fisiche e psicologiche spesso più intense dello stesso dolore. Questi sintomi vanno quindi considerati e opportunamente trattati. **Anoressia.** È spesso associata ad uno stato d'ansia e/o di depressione. Le cause sono da ricercare nella patologia del cavo orale, nelle alterazioni del gusto, disidratazione, stipsi, nausea e vomito. La terapia non ha lo scopo di fornire una nutrizione ottimale che faccia recuperare il peso perduto, ma quello di riportare ad una sensazione di gusto e di piacevolezza del cibo e di evitare gli effetti della malnutrizione e della disidratazione. Un pasto effettuato in compagnia; i cibi, scelti e desiderati dalla malata, ben rappresentati nel piatto e serviti con amorevole dolcezza valgono più del trattamento farmacologico con steroidi, progestinici, anabolizzanti e stimolanti centrali dell'appetito. L'alimentazione deve essere iperproteica e di piccolo volume (uova, carne, formaggi stagionati); gli alimenti ben triturati vanno veicolati in acqua, latte, brodo, semolino, succhi, spremute di frutta; si possono aggiungere integratori proteici. Se l'anoressia è indotta da farmaci ne va considerata la sospensione; se è secondaria a nausea e vomito va prescritto un antiemetico e se è secondaria a irritazione gastrica può essere prevenuta con un gastroprotettore. L'opportunità di iniziare una nutrizione parenterale va considerata di fronte ad una prognosi di vita di alcuni mesi e solo nel rispetto della volontà della paziente.

Nausea e vomito. Il vomito è un atto riflesso il cui stimolo scatenante può avere origine in diverse parti dell'organismo

ed è regolato da un centro situato nella formazione reticolare dorso - laterale del bulbo che integra le diverse afferenze. Gli NSAID possono causare nausea e vomito attraverso l'induzione di una gastrite. Vanno utilizzati farmaci gastroprotettoni quali: cimetidina, ranitidina, misoprostol. Per il trattamento a breve termine di ulcere gastriche e duodenali si utilizzano gli inibitori di pompa. Gli oppioidi provocano sia un rallentamento dello svuotamento gastrico che una stimolazione della zona trigger e dell'apparato vestibolare. Gli antiemetici di scelta sono l'aloiperidolo, la proclorperazina e la metoclopramide.

Stipsi. Può essere causata da disidratazione, debilitazione, confusione mentale, paralisi, dispnea, patologia specifica del grosso intestino, trattamenti antalgici. Una serie di sintomi possono accompagnare la stipsi: senso di pienezza intestinale, flatulenza, cattivo sapore in bocca, lingua impastata, apatia e stanchezza, anoressia, sonnolenza, stato confusionale (nelle pazienti molto anziane e defedate), dolore addominale, nausea e vomito, disturbi urinari per impatto delle feci nel retto. Prima di iniziare un trattamento antistipsi vanno indagate le abitudini intestinali (frequenza, consistenza, difficoltà o facilità al passaggio delle feci); le abitudini alimentari e l'uso di lassativi e oppioidi. La strategia terapeutica della stipsi si basa, fin dove è possibile, sulla sua prevenzione e consiste nel correggere la malnutrizione integrando la dieta con alimenti ad alto contenuto di fibre come crusca, cavoli, carote, frutta, insalata; far assumere quantità soddisfacenti di liquidi durante la giornata evitando il più possibile l'uso delle fleboclisi; mobilitare la paziente se è ancora in condizione di muoversi; utilizzare i lassativi regolatori. I farmaci di scelta sono: la senna, il lattulosio, il bisacodile ed il clisma a base di fosfati.

Dispnea. È un sintomo soggettivo e non sempre correlato alla gravità della patologia respiratoria.

L'intervento terapeutico è principalmente farmacologico, ma anche ambientale e psicologico. È importante creare attorno alla malata un clima di massima tranquillità perché ogni emozione può scatenare una crisi dispnoica acuta o peggiorarne una preesistente. L'inalazione di marcaina nebulizzata può calmare la dispnea, ma essere mal tollerata dalla mucosa orale.

Crisi dispnoiche acute. Quanto più la mancanza di respiro è inattesa ed inspiegabile tanto più la paziente entrerà in uno stato d'ansia che a sua volta aumenta la dispnea. Anche se la

dispnea non si accompagna a dolore è possibile prescrivere la morfina in quanto riduce la frequenza respiratoria senza causare una depressione respiratoria.. Se la terapia con morfina è già in corso va valutata la possibilità di aumentare la dose di base; nel caso la paziente sia anche ansiosa si può aggiungere diazepam.

Dispnea terminale in stato di lucidità. È la situazione più carica d'angoscia e più stressante per la paziente, i familiari e lo staff medico che l'assiste. La morte per soffocamento in stato di lucidità traumatizza molto anche i familiari: essi porteranno con sé il ricordo di una morte sofferta dalla loro congiunta e creerà ulteriori problemi nella fase del lutto. È doveroso evitare lo stato d'angoscia sedando la paziente fino a procurarle uno stato di quiete e di sonno. La terapia della dispnea terminale consiste nella somministrazione di morfina più clorpromazina in infusione endovenosa.

Versamento pleurico. Se è sintomatico deve essere drenato evitando di togliere una quantità di liquido maggiore di un litro e mezzo per volta. Se il liquido si riforma solo dopo alcune settimane un trattamento di questo tipo è giustificato, ma se il liquido si riforma in pochi giorni diventa più traumatico eseguire continue toracentesi. È possibile allora instillare nella pleura un agente ad azione fibrotica per prevenire l'accumulo di liquido dopo toracentesi. Poiché residua un temporaneo dolore pleurico è necessario somministrare preventivamente farmaci analgesici. Anche il drenaggio di un versamento pleurico deve essere attentamente valutato e deciso in base alla prognosi. Se il versamento non causa difficoltà respiratoria e non altera la qualità di vita e se la paziente non lo desidera si può evitare l'intervento traumatico e doloroso.

Linfangite carcinomatosa. Viene trattata con desametasone 8 mg 2 volte al dì per via intramuscolare per una settimana; il dosaggio va ridotto progressivamente nelle settimane successive.

Ipertensione endocranica. Desametasone ad alti dosaggi e poi diminuire progressivamente la dose fino ad un mantenimento. Associare diuretici come mannitolo ed un antistaminico.

Turbe metaboliche. Nell'uremia aloperidolo oppure clorpromazina; nell'insufficienza epatica desametasone; nell'ascite diuretici, metoclopramide ed eventuale paracentesi. Nell'ipercalemia i cui sintomi sono rappresentati da sonnolenza, sete, poliuria, nausea, vomito,

anoressia, stipsi e stato confusionale, il trattamento consiste nell'idratazione e nella somministrazione di bifosfonati.

Stomatite o mucosite. Può essere legata a cause infettive, malnutrizione, cachessia neoplastica, immunodepressione da chemio e/o radioterapia. La stomatite si manifesta con arrossamento, erosione, ulcerazione del cavo orale, emorragie nelle pazienti trombocitopeniche e causa dolore, bruciore, disfagia con compromissione nutrizionale. La diagnosi si attua mediante colture orali per aerobi, anaerobi, virus, funghi. Il trattamento della stomatite si avvale di lavaggi pulenti, antisettici e analgesici.

Candidosi orale. È legata ad una diminuzione delle difese immunitarie, ad autoinfezione con la candida gastrointestinale normalmente presente, alla terapia con corticosteroidi. Può manifestarsi in forma acuta (pseudomembranosa, ipertrofica, atrofica) o cronica (atrofica, mucocutanea) o come stomatite angolare. La terapia consiste in asportazione delle placche con una spatolina; pennellature con violetto di genziana; nistatina 1 ml ogni quattro ore meglio con cubetti di ghiaccio; farmaci antimicotici come il fluconazolo o l'anfotericina B o il miconazolo. I cibi e le bevande consigliate sono: tè tiepido zuccherato, cioccolata tiepida, frappè, frullati al latte, succhi di mela, zuppa di pollo, crema di vegetali, crema di riso, carne omogeneizzata, purea di patate, verdure cotte e passate, zabaglione, gelati, budini, yogurt.

Decubiti. Vanno prevenuti ispezionando giornalmente le parti più esposte al rischio di ulcere e utilizzando materassi ad aria o ad acqua (il più semplice è un materassino da spiaggia riempito d'acqua). La paziente va mobilizzata ogni 2 ore e massaggiata con sapone di Marsiglia evitando traumatismi e macerazioni da incontinenza. Usare uno spray al silicone se la cute è arrossata; la tintura con violetto di genziana se vi è un'abrasione superficiale. In caso di vescicola chiusa mantenere la vescicola intatta; l'escara asintomatica va rimossa solo se la paziente ha una prognosi superiore ad un mese di vita; un'ulcera pulita con granulazione rossa va detersa con amuchina o H₂O₂ 1.5%, va esposta all'aria o asciugata con il phon e va medicata preoccupandosi di mantenere asciutta la medicazione. Nell'ulcera infetta alternare medicazioni umide con antisettici a medicazioni asciutte, esponendo all'aria la parte. In ogni caso va evitata la compressione. Le applicazioni con laser HeNe (apparecchio home care), aiutano il processo di cicatrizzazione.

Il linfedema del braccio

(Braccio gonfio dopo la dissezione ascellare)

F.O.N.Ca.M - Tumori della mammella: linee guida sulla diagnosi, il trattamento e la riabilitazione. Edizione 2001

Le cure palliative

Le cure palliative iniziano quando è stata valutata ed espletata ogni possibilità terapeutica oncologica e la malattia progredisce tendendo a debilitare la persona. In questa fase è necessario che il medico, primo fra tutti, sia pronto ad affrontare la realtà della inguaribilità e della morte e si convinca ad utilizzare le terapie mediche esclusivamente per ridurre la sensazione di sofferenza senza accanimenti causali. Più che in altri momenti curativi i terapeuti sono chiamati a recuperare il senso profondo della medicina come scienza ed "arte" riscoprendo la capacità di saper ascoltare e di entrare in rapporto con la persona nella sua unità psico - fisica, emozionale e spirituale, prestando attenzione alle sue relazioni ed al suo contesto. Vanno privilegiati gli aspetti qualitativi della vita che rimane, dando significato e senso ad ogni dettaglio e desiderio.

Il dolore è il sintomo fisico più frequente, un dolore totale che coinvolge la persona, il sistema familiare e quello terapeutico. Va combattuta la convinzione che il dolore sia inevitabile ed intrattabile e che la somministrazione dei narcotici crei dipendenza, tolleranza e depressione respiratoria. Per mettere in atto una corretta terapia antalgica bisogna instaurare una buona comunicazione con la donna e la sua famiglia; praticare un accurato esame clinico per definire natura, sede e durata del dolore, la sua insorgenza, i fattori scatenanti ed i segni e sintomi associati; valutare la percezione soggettiva del dolore, il livello di ansia e depressione, l'ideazione suicidale e quanto il dolore interferisca con le attività di vita quotidiana, il lavoro, la vita sociale; scegliere la modalità terapeutica più semplice prima di utilizzare tecniche complicate e costose; rivalutare continuamente il grado di sollievo e l'intensità residua del dolore, lo stato psicologico, funzionale e la qualità della vita dell'intero sistema familiare.

Il trattamento antalgico deve avvalersi di un approccio multimodale. Dapprima vanno valutati ulteriori spazi per la radio, ormono e chemioterapia a scopo antalgico. Nei casi di insufficiente controllo del dolore, queste terapie andranno interrotte e sostituite dalla somministrazione di farmaci analgesici da soli o combinati con altri farmaci sintomatici. Il completo sollievo dal dolore non è sempre raggiungibile ma con una buona condotta multimodale il dolore può essere reso tollerabile nel 90% dei casi.

Assistenza domiciliare continua

La carenza di strutture sanitarie specializzate per la cura dei sintomi nella fase terminale (hospices, reparti di cure palliative) e l'alto costo dei posti letto in ospedale fanno sì che la casa della malata diventi il luogo di cura obbligato. Essa risulta comunque anche il luogo più idoneo e, nell'80% dei casi, quello più desiderato dalla paziente. Problemi di natura tecnica a casa sono la somministrazione e la modulazione delle terapie farmacologiche, l'esecuzione di pratiche infermieristiche (medicazioni, cateterismi, clisteri) o mediche (recinzioni di ulcere da decubito, toracentesi, paracentesi) o ortesiche (lo stare coricati può richiedere un materassino pneumatico o antidecubito, lo spostarsi per la casa una carrozzella, l'evacuare una comoda) o socio - sanitarie (indicazione e riconoscimento dei possibili sussidi assistenziali ed economici).

Interventi assistenziali sono rappresentati da tutto quanto richieda un'ammalata durante la sua giornata: è assistenza nutrirla, lavarla, farle compagnia, rispondere alle sue domande, sedare le sue ansie e paure, sbrigare le faccende domestiche, risolvere i numerosi problemi burocratici che l'inabilità crea. È assistenza occuparsi dei familiari, trovare vie per aiutarli economicamente nelle spese di assistenza; stare loro vicini nel momento del decesso e nella fase del lutto. Per questi motivi l'intervento domiciliare si concretizza nel coordinamento e nell'interazione di figure diverse (medici, infermieri, assistenti sanitarie e sociali, terapisti della riabilitazione, psicologi, volontari) in un lavoro di équipe che si affianca ai Servizi Ospedalieri competenti. Il compito dell'équipe è prima di tutto quello di contattare il medico della paziente ed organizzare insieme a lui l'intervento domiciliare costituito da visite settimanali o con una frequenza maggiore a seconda della necessità.

In caso di pesantezza eccessiva, gonfiore o aumento lento e progressivo del volume del braccio (linfedema) è possibile che venga consigliato dal medico un trattamento drenante manuale ed un bracciale elastico (una guaina simile alla calza elastica per gli arti inferiori usata in caso di vene varicose). Il linfodrenaggio manuale è una metodica piacevole, rilassante, efficace, ma costosa e di difficile attuazione. Occorrono strutture con terapisti esperti e dedicati a questo specifico problema post - chirurgico. Esistono vari metodi di linfodrenaggio manuale, alcuni più conosciuti perché pubblicizzati sui media ed altri più articolati e specifici. Bisogna assicurarsi che chi esegue questo trattamento, lo faccia con costanza, quotidianamente e sotto la guida e l'indicazione del medico specialista.

Il supporto elastico è più facile da prescrivere, soprattutto in quelle zone dove non esistono strutture mediche riabilitative oncologiche. Il supporto ha lo scopo di eseguire un massaggio sistematico durante il giorno facilitando con la pressione elastica differenziata esterna il ritorno del circolo dell'arto superiore verso il cuore. Può essere confezionato su misura o trovarsi in commercio già preconfezionato. Se il braccio è uniformemente ingrossato può essere indicato un supporto preconfezionato; se il braccio è ingrossato in alcune parti più che in altre (es. mano e gomito) è indicato un supporto confezionato su misura. I supporti elastici non sono ancora inseriti nel nomenclatore tariffario delle protesi e sono a totale carico della persona che ne ha bisogno.

Psicologia e seno

(Alessandra Bolognesi)

Il cancro è una malattia che entra violentemente nella vita di una persona e ne interrompe bruscamente la continuità, inducendo un profondo senso di incertezza e di impotenza. Incertezza perché il domani ora è rappresentato dall'incognita e la paura di soffrire e di morire toglie le energie per riuscire a vivere la quotidianità. Impotenza in quanto gli eventi che si susseguono fin dal primo istante, in cui si scopre di essere passati repentinamente da uno stato di salute a quello di malattia, sembrano essere fuori da ogni possibile controllo e niente sembra essere affrontabile come lo era prima. È un'esperienza che investe tutte le dimensioni dell'esistenza: psicologica, fisica, umana, spirituale. Le donne che sono colpite dal tumore della mammella e che fortunatamente concludono una terapia con successo, si trovano comunque costrette ad affrontare importanti problematiche a carico della propria immagine estetica e della valutazione di sé. Vediamo nello specifico le reazioni più comuni che si possono avere davanti ad una diagnosi così seria:

- A prescindere di quanto possa essere favorevole alla prognosi, la paziente e i familiari non riescono a fare a meno di pensare alla morte, sia nelle prime fasi che nel corso della malattia: la paura di morire si manifesterà dal momento stesso della scoperta della malattia;
- sorgono la paura di soffrire, di perdere femminilità. Queste pazienti affrontano un eventuale intervento con il timore di vedere irrimediabilmente modificata la loro immagine corporea. In tutte le culture, sin dai tempi più antichi, il seno è simbolo di femminilità e fertilità, pertanto, ogni intervento che ne modifichi l'aspetto, altera la percezione che la donna ha di sé ed inibisce le relazioni con gli altri (lavoro - famiglia - amicizie), con indubbie ricadute sul piano psicologico;
- c'è difficoltà ad accettare di essere malate. La diagnosi irrompe in modo inaspettato e nella maggior parte dei casi trova impreparate le persone. È come se vivessero una situazione dove la vita è cambiata e cambierà e le attese sono tradite. I sentimenti ricorrenti sono: shock, incredulità, ansia, tristezza, rabbia. Davanti a questa moltitudine di emozioni, due sono i modi inefficaci di reagire: uno che tende all'impulsività, perdendo il controllo di sé, e l'altro

è quello di assecondare l'inclinazione a soffocare, negare o reprimere i propri sentimenti. Se invece i sentimenti vengono accolti e incanalati positivamente, si può riuscire ad avere un atteggiamento idoneo anche in un frangente difficile come questo;

- si può tendere al rifiuto della realtà: la prima tentazione che si ha quando si scopre di avere un tumore al seno è il silenzio per proteggere gli altri e se stessi (è come se valesse l'idea: "il problema esiste finché se ne parla"), ma è estremamente importante non isolarsi in alcun modo;
- spesso può subentrare anche un senso di colpa, che porta rabbia "per aver permesso al proprio corpo di ammalarsi, per aver permesso ad un carcinoma di aver invaso il proprio seno"; così cresce la rabbia verso se stesse, rabbia che si manifesta soprattutto nel rapporto con i propri cari;
- il trattamento chirurgico del tumore al seno, fa convergere sensazioni fisiche ed emotive in un'unica percezione di sentirsi 'svuotate' ed incapaci di controllare il proprio corpo ed i segnali che esso ci invia. Questo pensiero, ad esempio, viene mantenuto presente quando ci si sottopone ai controlli di routine, oppure nel momento in cui compare un piccolo dolore che porta a temere una ricaduta;
- nei primi periodi post - intervento e, non di rado, anche a diversi mesi di distanza, si manifestano agitazione, inquietudine, desiderio di isolamento ed episodi di sonno disturbato. Una scarsa propensione all'intimità con correlata diminuzione dell'attività sessuale rappresentano una costante, questo perché vi è il timore di mostrarsi al proprio partner e di accorgersi di non piacere più come un tempo, o peggio di suscitare un sentimento di pietà.

In questo tipo di malattia, i momenti di maggiore difficoltà risultano essere sostanzialmente: il momento della diagnosi, il momento post operatorio, la dimissione dall'ospedale ed un eventuale peggioramento della sintomatologia.

Un primo obiettivo dello psicologo che lavora con questa paziente consiste nel ridurre il livello di stress, far fronte alle paure e facilitare l'attivazione di modalità di reazioni efficaci. Queste ultime sono favorite dalla possibilità di

effettuare una descrizione chiara della situazione. Per poter comprendere la propria patologia, la paziente deve poter disporre di informazioni precise, riguardo al decorso e alla prognosi della stessa. Altrettanto importante, al fine della riduzione dello stress, è indurre la paziente a porsi le giuste domande su di sé, sul proprio modo di sentire ed esprimere le proprie emozioni, così da aumentare la consapevolezza delle proprie reazioni emotive di fronte alla malattia. Tali emozioni dovranno poi essere gestite consapevolmente. Per questo, si cercherà di favorire una modalità espressiva chiara, che aiuti a trasmettere e soddisfare nel modo migliore i propri bisogni, attraverso la parola e la scrittura.

Un prezioso contributo è sempre da ricercarsi tanto in ambito professionale quanto personale. Per questo, è indispensabile aiutare la paziente a preparare un elenco di tutte le forme di sostegno a cui può accedere, possibilmente strutturato in base al tipo di problemi per cui è richiesto un intervento. In tal modo si potranno alleviare il senso di frustrazione e altri sentimenti negativi causati da situazioni senza vie di uscita e da altre limitazioni.

Nello specifico, andremo a considerare passo per passo gli aspetti principali della crisi relativi ai seguenti temi.

1. Controllo. È importante:

- chiedere alla paziente come si è sentita dopo aver appreso la diagnosi e quale significato ha avuto per lei. Le persone non sanno che cosa riserverà loro il futuro e possono essere estremamente pessimisti, dal momento che si aspettano che la loro malattia seguirà il decorso peggiore possibile;
- esplorare le esperienze quotidiane di dolore della donna;
- chiedere alla paziente che cosa si aspetti dalla terapia e dal trattamento;
- agevolare nell'interessata l'espressione delle paure e dell'incertezza in relazione alla malattia;
- agevolare in lei le espressioni dei sentimenti di perdita.

2. Dipendenza. Occorre:

- aiutare la paziente ad individuare i sentimenti di

minaccia all'indipendenza emotiva e/o fisica che possono contribuire o portare a uno stato depressivo;

- incoraggiare l'espressione di sentimenti negativi associati al bisogno di ottenere sostegno o di ricercare risorse ulteriori per abituarsi al cambiamento;
- aiutare la paziente nello sviluppo dell'autostima. Riconoscere importanza alla paura di perdere femminilità e indipendenza e al timore di diventare un peso per la propria famiglia. La si incoraggerà a raggiungere un livello di indipendenza adeguata alle sue possibilità;
- indagare le problematiche che riguardano il coniuge e/o la famiglia. In particolare:

c. identificare le eventuali problematiche all'interno della coppia o della famiglia;

d. indicare quanto sia facile o difficile per la persona malata chiedere aiuto;

e. verificare quanto sia spontaneo il sostegno offerto dagli altri;

f. individuare quali siano le esigenze pratiche imposte dalla situazione (attività quotidiane, bisogni, desideri, mancanza di tempo, bisogno di tempo per se stessi, ecc.);

g. identificare adeguate risorse territoriali di sostegno;

h. effettuare giochi di ruolo, mettendo in scena situazioni in cui sono coinvolti il paziente e componenti della sua famiglia o il partner;

i. rinforzare nella donna l'esame di realtà al fine di effettuare valutazioni obiettive riguardo a tutto ciò che le sta accadendo;

j. discutere con il medico limiti, iter e prognosi del trattamento.

3. Immagine di sé. Sarà utile:

- aiutare la paziente a comprendere l'importanza che la società attribuisce all'aspetto esteriore e favorire la consapevolezza di come questo possa influenzarlo notevolmente;
- sviluppare nella donna la capacità di riconoscere i sentimenti di perdita e le difficoltà presenti sia nell'affrontare la realtà sia nell'accettare l'idea di non essere la stessa di prima;
- sostenere la valutazione dei punti di forza e delle risorse personali che la possono aiutare ad affrontare la nuova realtà.
- invitare la paziente a compilare un elenco delle qualità e delle abilità che ritiene utili per alleviare la sua sofferenza. In tal modo si potrà favorire una modificazione dell'immagine di sé e di conseguenza si potrà promuovere la capacità di risolvere situazioni problematiche;
- insieme alla paziente, esplorare le sue convinzioni generali riguardo limitazioni fisiche e le disabilità, prima dell'insorgenza della malattia. Questa consapevolezza aiuterà a rivedere il proprio modo di considerare gli atteggiamenti altrui.

4. Convinzioni/preconcetti. Sarà necessario:

- facilitare l'identificazione delle difficoltà nell'accettazione di se stessi;
- agevolare in lei lo sviluppo di abilità sociali e di convenzioni inutili per far fronte positivamente agli atteggiamenti altrui;
- promuovere la consapevolezza di come la società possa valutare diversamente gli uomini rispetto alle donne. Infatti, generalmente, gli uomini vengono considerati più danneggiati e di conseguenza più "eroici" delle donne. Riguardo queste ultime, prevale invece la tendenza a considerarle deboli, poco efficienti, assorbite totalmente dei propri problemi, o inclini al vittimismo.

5. Abbandono o rifiuto. Sarà importante:

- considerare che a livello emotivo la paura di essere abbandonati o rifiutati può essere più angosciante della paura di morire. La paziente vive spesso una situazione di doppio legame: da una parte prova la paura di essere abbandonata o rifiutata e allo stesso tempo si sente a disagio nella sensazione di essere di "peso", dall'altra desidera ricevere assistenza, pur nella consapevolezza delle difficoltà che ciò comporta per gli altri. Talvolta, anche chi presta assistenza può nutrire sentimenti ambivalenti, dal momento che desidera fornire alla paziente assistenza, benessere e sicurezza e, allo stesso tempo, vorrebbe non avere niente a che fare con questa situazione problematica;
- promuovere il più presto possibile lo sviluppo di una modalità di comunicazione chiara e la capacità di rendere partecipi gli altri delle proprie decisioni;
- rendere consapevoli le persone che prestano assistenza del rischio di eccessiva stanchezza o di esaurimento, in modo tale da aiutare a prevenire un crollo. Se si riconoscono i sacrifici di chi si occupa della paziente, si inseriscono delle pause nella routine assistenziale e si eviterà il rischio di un esaurimento totale;
- rinforzare, nella paziente, la fiducia in se stessa e facilitare una visione ottimistica e costruttiva della situazione che sta vivendo.

6. Frustrazione e rabbia. Si aiuterà la paziente a:

- identificare, riconoscere e indirizzare la rabbia in modo costruttivo;
- promuovere la consapevolezza delle proprie difficoltà di riconoscere e accettare i sentimenti di rabbia;
- favorire la comprensione di come la rabbia sia una reazione normale alla frustrazione che si prova quando non si è in grado di controllare la propria vita o la propria malattia;

- facilitare un'adeguata espressione di sentimenti di rabbia, attraverso l'esternazione diretta, l'umorismo, lo scambio verbale, lo svolgimento di attività, ecc.;
- favorire il riconoscimento degli aspetti positivi della vita, quali i propri punti di forza, le opportunità e i piaceri.

7. Isolamento e chiusura in se stesse. Sarà necessario:

- favorire lo sviluppo di nuove abilità, una volta identificata sul piano fisico la difficoltà di continuare a svolgere attività precedentemente effettuate, in ambito lavorativo, sociale o nella quotidianità;
- aiutare la paziente a comprendere come l'isolamento sociale, fisico ed emotivo possa contribuire ad amplificare i sentimenti depressivi, di sfiducia e di disperazione;
- favorire la consapevolezza, nella persona, di come una scarsa autostima e sentimenti di disprezzo di se stesse possano portare ad atteggiamenti di chiusura e di rifiuto nei confronti degli altri e delle situazioni.

8. Rapporto con la morte. Sarà d'aiuto:

- valorizzare l'idea di vivere la vita momento per momento, allo scopo di migliorarne il più possibile la qualità;
- aiutare la paziente a concentrarsi sul presente e incoraggiarla a discutere su temi esistenziali, per aiutarla a vivere con maggiore pienezza;
- sostenere la paziente nell'eseguire attività necessarie e importanti e incoraggiarla a instaurare un dialogo all'interno della propria famiglia, col partner e con le persone per lei più significative;

- favorire la capacità di affrontare problemi e questioni pratiche, in modo tale da rafforzare il suo desiderio di vivere e al tempo stesso diminuire la paura di morire. Davanti a questo tipo di malattia, l'approccio medico consigliato dovrebbe essere di tipo integrato, prevedendo un intervento e una collaborazione di tutti ruoli sanitari. Prima di tutto, è utile educare, informare e sostenere la paziente.

Sapere che cos'è la malattia, in cosa consistono il trattamento e l'intervento, farà sentire le persone più preparate ad affrontare la situazione. Si daranno informazioni chiare e corrette riguardo ai diversi aspetti della malattia, realizzando una buona comunicazione con l'équipe curante. Medici, psicologi e tecnici, per creare una relazione terapeutica ottimale ed efficace dovrebbero essere educati alla conoscenza di sé, lavorando sulle motivazioni, sui propri valori e le missioni che ci si è dati, all'approfondimento delle proprie propensioni, alla conoscenza e valorizzazione della comunicazione.

Nella mia esperienza clinica, ho potuto verificare che se la donna riesce a elaborare il vissuto della malattia affrontando il dolore e la paura, la voglia di vivere e di proiettarsi verso il proprio benessere riuscirà anche a elevare paradossalmente la sua qualità di vita. Molte donne operate al seno mi hanno raccontato di avere deciso di riprendere in mano la loro vita, di vivere in maniera consapevole ogni momento e di rivalutare tutto quello che hanno fatto fino a quel momento, dedicandosi a se stesse con rispetto e gioia, con un atteggiamento più autentico e positivo verso la propria esistenza.

La malattia è uno dei modi in cui la vita ci "toglie il tappeto da sotto i piedi". Arriva sempre nel momento sbagliato, interrompendo bruscamente progetti e speranze. Spazza via di colpo un'agenda di appuntamenti, incombenze, impegni di lavoro, cene con gli amici. Per un periodo, che può essere anche piuttosto lungo, sembra che il ritmo della vita normale sia sospeso e che non ci sia spazio per altro che per la malattia. Eppure, in questo spazio - tempo così particolare, vissuto da ogni donna in modo diverso, ma condiviso da tutte, succedono molte cose. Ci si può rendere conto di essere molto più forti di quello che si credeva, si possono rivedere le proprie priorità, si inizia a scoprire il valore di cose spesso date per scontate.

Il tuo ruolo come familiare

Il tuo supporto emotivo è fondamentale affinché il tuo familiare si senta compreso e aiutato. Il tuo appoggio costituisce quasi un "ricostituente" che motiva il paziente a superare le difficoltà, vivere il quotidiano e continuare i trattamenti.

Il seno la pelle e la cosmesi

(Giulia Penazzi)

Cosmetologa, Farmacista e Dottore di Ricerca in Biotecnologia degli Alimenti. www.giuliapenazzi.com

“La pelle è ciò che ha l’uomo di più profondo”.

Julian de Anjuriaguerra

In *“Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza”*

La pelle, il nostro mantello

La pelle è l’organo più esteso del corpo umano; non solo **ci riveste**, creando una sorta di **contenimento** e di **protezione**, ma, con i suoi due metri quadrati circa di superficie nell’adulto, è **l’organo che maggiormente ci mette in comunicazione con l’esterno**.

Attraverso la pelle si instaura uno scambio di sensazioni, emozioni e informazioni, non sempre coscientemente percepito, ma di fondamentale importanza nella vita delle relazioni interpersonali.

Le definizioni e le funzioni che si possono attribuire alla pelle sono numerose. Essa può essere descritta da un punto di vista anatomico, fisiologico, biochimico, neurologico, psicologico e comportamentale. Quest’ultimo aspetto riveste una straordinaria importanza durante lo sviluppo e la crescita, nonché nella vita di relazione.

Il comportamento cutaneo è implicato nel coinvolgimento emotivo di una comunicazione non verbale. In teatro, ad esempio, alcuni registi raccomandano agli attori di non creare contatto fisico se recitano una commedia, mentre lo incoraggiano se si deve comunicare un coinvolgimento emotivo. Infatti, mentre i momenti di dolore spingono al contatto corporeo, quelli di ilarità non lo richiedono.

Attraverso la pelle, in maniera sottile ed impercettibile a livello mentale, passano stimoli e sensazioni di natura non prettamente fisica, che comunicano preziose informazioni. Quante volte vi è capitato di sentire se qualcosa o qualcuno, “a pelle”, vi piace oppure no. Sebbene il passaggio delle informazioni non sia né chiaro, né scientificamente definito, la pelle è un sistema di raccolta e smistamento di informazioni riguardo ciò che ci circonda e può fornirci indicazioni su molteplici sensazioni, gradevoli o sgradevoli, che a mente non riusciamo spiegare, ma che hanno una loro verità nascosta.

Anche in senso contrario, cioè dalla parte più intima di noi stessi, attraverso la cute, comunichiamo le nostre emozioni

Il tipo e la rilevanza del sostegno che puoi dare al tuo familiare sono unici e diversi da quelli offerti dagli amici o dai professionisti sanitari. Il ruolo del familiare è fondamentale per dare conforto e fiducia al paziente. Per esempio, studi sull’adattamento psicologico di donne affette da tumore della mammella, hanno accertato un migliore adattamento delle malate quando i familiari più prossimi mostravano o esprimevano maggiormente le proprie emozioni e si verificavano minori conflitti interpersonali nell’ambito familiare. Che cosa fare per non creare stress al paziente?

Suggerimenti

- In primo luogo, è importante informarsi sul tipo di cancro del proprio familiare, sulla terapia cui sarà sottoposto e sulla probabile evoluzione della malattia. Quante più informazioni avrai sulla malattia, tanto minore sarà la probabilità di interpretazioni errate, pertanto ti raccomandiamo di parlare con l’équipe medica e di accompagnare il tuo familiare alle visite, se entrambi sono d’accordo. Alcuni malati apprezzano molto che i loro coniugi li accompagnino alle visite e soffrono quando ciò non accade.
- la tua partecipazione attiva e la ricerca di informazioni sulla malattia ti consentiranno di capire che il cancro non porta necessariamente alla morte, ma che è possibile sperare;
- avere un malato di cancro in famiglia può anche comportare alcuni cambiamenti a livello finanziario. Allo stesso modo, le routine quotidiane, come fare la spesa, cucinare, accompagnare i figli, sono mansioni che possono risultare compromesse se non c’è aiuto da parte tua. Può essere infatti necessario riorganizzare le mansioni quotidiane.

Il tuo coniuge soffre di cancro

Se il tuo coniuge soffre di cancro, è naturale che tu possa sentirti male quanto lui. Studi dimostrano che entrambi i partner soffrono psicologicamente quando uno dei due è colpito da tumore. Alcune persone arrivano a dubitare di

essere capaci di aiutare il coniuge durante la sua esperienza di malattia. Dopo la diagnosi di tumore il coniuge assume un ruolo nuovo, quello di caregiver (una persona che aiuta a stare meglio): la persona che, nei periodi in cui il paziente presenta maggiori difficoltà e limitazioni nella sua autonomia, si adopererà per superare tali ostacoli e dare ogni tipo di supporto emotivo.

Ma concretamente che cosa significa dare supporto emotivo?

- mostrare tolleranza dinanzi alla minore disponibilità del coniuge;
- mostrare empatia verso le sue difficoltà e sofferenze; essere empatico significa mettersi nei panni del paziente e cercare di valutare le difficoltà dal suo punto di vista;
- comunicare efficacemente con il coniuge, cercare di comprenderne le difficoltà, di chiarire ciò che non si capisce affinché non vi siano equivoci (“È questo che vuoi dire?”);
- se vivi con altre persone, oltre al tuo coniuge (figli, suoceri, ecc.) devi organizzare e stabilire il ruolo e le mansioni di ognuno nell’aiuto al paziente. Non pretendere di fare tutto e, in particolare, non pretendere di essere un caregiver perfetto. È fondamentale che ti prenda cura anche di te stesso;
- esporre i propri dubbi all’équipe medica e, per quanto possibile, seguire l’andamento clinico del paziente;
- aiutare il coniuge a prendere decisioni circa le opzioni di trattamento, parlando con lui, ascoltandolo e cercando di chiarire insieme gli aspetti meno chiari;
- condividere con il paziente le informazioni sulla sua malattia;
- attendere il momento ideale per parlare con il paziente delle sue emozioni, ansie ed eventuali paure. Devi far capire bene che sarai sempre disponibile per ascoltarlo.

Il paziente ha bisogno del tuo appoggio e di condividere con te la sua esperienza.

all’esterno mediante la sudorazione, l’arrossamento, i brividi, la pelle d’oca, fino ad arrivare, nell’aggravamento, a manifestare disagi profondi tramite veri e propri stati patologici cutanei. Infatti, molte problematiche cutanee, dalle dermatiti aspecifiche alle patologie più serie, hanno spesso un’origine psicosomatica e possono essere la diretta conseguenza di instabilità interiore.

Il rapporto psicologico che abbiamo con il mondo esterno e la percezione di “come stiamo nella nostra pelle”, sono equilibri fondamentali per il bene Stare della pelle.

La pelle comunica anche con l’odore. Ogni pelle è unica in questo, poiché possiede un odore personale, caratteristico per ognuno di noi come le impronte digitali. Esso è dato dalla miscela delle sostanze che compongono il film idrolipidico, insieme alle secrezioni ghiandolari, sebacee e sudorali.

L’odore cutaneo è sottoposto a cambiamenti nel corso degli anni, in particolare durante la crescita sotto l’influenza ormonale. Può subire alterazioni anche in seguito a malattie o stati d’animo particolari. L’odore cutaneo si può alterare profondamente fino a mettere a disagio nelle relazioni sociali.

La pelle è un organo di senso

Le sensibilità tattile, pressoria, termica e dolorifica hanno origine nella parte più superficiale del corpo umano. Nella pelle, infatti, sono dislocati migliaia di corpuscoli definiti recettori. Si tratta di strutture nervose capaci di percepire e di cogliere un particolare stimolo corrispondente ad una sensibilità specifica.

I recettori sono collegati ad una fibra nervosa che trasmette lo stimolo ricevuto sulla periferia cutanea al sistema nervoso centrale, dove viene elaborato fino a diventare sensazione cosciente vera e propria, come siamo abituati a percepirla fisicamente.

L’uomo, nel suo complesso, è dotato di una intelligenza centrale
e di un corpo che andrebbe inteso come intelligenza periferica,
ma anche di un’anima,
di sentimenti che si collegano perfettamente gli uni agli altri e attraverso la pelle trovano un modo di esprimersi e di comunicare.

Il tatto

“Il tatto è la più personale delle sensazioni. Per molte persone i momenti più intimi della vita sono associati a mutamenti del tessuto cutaneo. La resistenza irrigidita come una corazza al contatto non voluto, o l'eccitante, sempre mutevole elasticità della pelle durante l'amplesso e la vellutata sensazione di appagamento che lo segue sono messaggi di un corpo a un altro, che hanno significati universali.” Hall E.T. (1)

Il tatto, nello sviluppo sensoriale, è la prima sensazione percepita dal neonato. Seguono, in ordine cronologico, udito e vista. Infatti, il piccolo prima avverte la presenza della madre attraverso il contatto fisico, poi ne riconosce la voce, e solo in seguito la vede.

A partire dall'adolescenza, l'importanza della percezione sensoriale si inverte: al primo posto vi è la vista, poi seguono udito e tatto.

Il tatto, a differenza degli altri sensi come udito, vista e olfatto, implica uno stretto contatto con l'oggetto o il corpo da “sentire”.

Attraverso il tatto si percepisce non solo la forma dell'oggetto, ma anche il materiale di cui è costituito, la temperatura e la consistenza. I polpastrelli delle dita sono caratterizzati dalla massima sensibilità nella lettura tattile degli oggetti.

Contatto deriva dal latino cum = con e tactus dal verbo tangere = toccare. Contatto ha come significato il toccarsi vicendevole di due corpi.

Attraverso il contatto vi è uno scambio non verbale, legato all'affettività e ai sentimenti, che scatena una serie di reazioni emozionali neurali, ghiandolari, muscolari e mentali.

Il tatto non è quindi solo una semplice modalità fisica. Il contatto non tocca solo la pelle ma anche il lato emotivo più profondo dell'essere umano.

Il verbo toccare è utilizzato di frequente nella linguistica in senso metaforico per indicare una partecipazione emotiva: ad esempio l'espressione “è stata un'esperienza toccante”, significa emozionante e coinvolgente, oppure “sono stato toccato sul vivo”, fa riferimento sempre a un'emozione importante.

Nel contatto con un altro corpo entrano in gioco le emozioni e le sensazioni che vogliamo esprimere, che possono

essere amichevoli come affettività, calore, unione, stima, incoraggiamento, sostegno, oppure amorevoli come amore, tenerezza, passione, sensualità.

Oltre a ciò, è importante anche il significato delle emozioni che vogliamo comunicare all'altro, in particolare attraverso il modo in cui offriamo il contatto. Ad esempio, ben diverso è il senso e l'efficacia di una forte stretta di mano, magari sostenuta anche dal contatto dell'altra mano con la spalla del ricevente, rispetto a una stretta debole e poco convincente. In un contatto deciso esprimiamo un senso positivo di stima e sostegno che gratificano il ricevente, cosa che non facciamo con una stretta di mano debole e sfuggente.

Nel contatto tra due corpi entrano in gioco anche le esperienze personali vissute, in particolare coloro che hanno ricevuto un contatto fisico positivo da piccoli, saranno più espansivi e propensi a ricercarlo da adulti.

Il seno rappresenta una zona molto intima del nostro corpo in cui il contatto cutaneo è privilegiato all'amato e al neonato durante l'allattamento.

La sensazione tattile provocata dal contatto con un'altra pelle ha, sul seno, un significato ben preciso, sia per chi lo offre che per chi lo riceve. Il contatto con la pelle del seno materna, che comunica al neonato anche attraverso l'odore oltre che il tatto, dà al bambino nutrimento, conforto e sicurezza. Il latte diventa un tutt'uno con il seno, la sua pelle, l'odore materno e il senso di appagamento e nutrimento che il piccolo ne trae.

Potremmo, a questo punto, chiederci quale significato abbia per noi la comunicazione tattile con la pelle del seno, come ci sentiamo nell'offrire questo contatto e cosa riceviamo. Questo tipo di osservazione tramite l'occhio interiore tocca, nel vero senso della parola, le corde dell'anima e percorre il personale vissuto, ed è un esempio di come l'approccio cutaneo non sia per nulla superficiale. Le risposte possono darci informazioni su come percepiamo la nostra femminilità e che livello di consapevolezza abbiamo del nostro corpo nello scambio cutaneo che si verifica durante il contatto tra due corpi. Se viviamo un equilibrio interiore sano, se amiamo il nostro corpo e la nostra pelle, il contatto cutaneo che offriamo all'amato o al neonato mentre lo allattiamo, si arricchisce di questo profondo sentimento positivo e diventa uno scambio amorevole. Al contrario, se non ci amiamo, il contatto che offriamo è sicuramente più distaccato e superficiale e molto meno sentimentale.

Sentimenti come amore, passione, sensualità, femminilità e senso di sicurezza, difficilmente si possono trasmettere attraverso il contatto di pelle se non percepiamo amore per noi stessi. Questo rapporto d'amore e rispetto verso sé stessi è un passaggio fondamentale da ritrovare, in particolare dopo un intervento o nei momenti di cambiamento delle varie fasi della vita.

Le attenzioni cutanee di tipo cosmetico, vissute in questa coscienza, superano la ricerca estetica della perfezione cutanea, si riempiono di un significato ben più profondo, legato all'amore e al contatto intimo con noi stessi, per sentirci meglio “nella nostra pelle” e approfondire con un senso più ampio lo scambio con l'altro nelle relazioni interpersonali. Le attenzioni che prestiamo in particolare alla cura del nostro seno dovrebbero quindi essere riempite della coscienza che questa parte del corpo ha un ruolo fondamentale di comunicazione fisica con l'innamorato oppure con il bambino che stiamo allattando, e l'intensità di questo scambio incomincia da un rapporto intimo equilibrato d'amore sincero verso noi stessi, dove la consapevolezza della nostra femminilità si esprime anche attraverso l'amore per la pelle del seno.

Amare la propria pelle è il primo passo per avere realmente una bella pelle, luminosa ed elastica. Il secondo passo sta nella cura, con attenzione, amore e costanza.

Chi si ama esprime una luce e un bell'essere molto più visibile di chi non si piace. E chi non si piace, e decide di intervenire chirurgicamente su una parte del corpo per modificarne l'estetica, non può essere certo che il risultato sia poi di piacersi e tantomeno di amarsi.

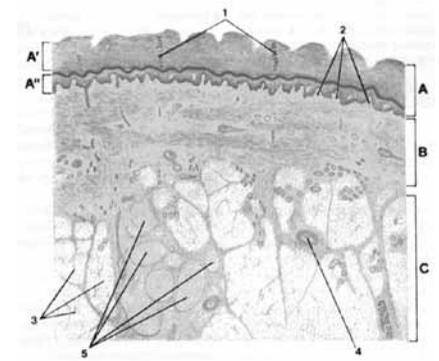
Per quanto riguarda il simbolo per eccellenza della femminilità, il seno, non vi sono regole secondo le quali un seno piccolo o troppo grande sia migliore esteticamente. Il punto di partenza, e ciò su cui si deve costantemente lavorare, è l'equilibrio tra interiorità ed aspetto estetico per armonizzarli e integrarli l'una con l'altro. Se si è in questo profondo equilibrio, il seno, che sia minuto o eccessivo non ha più importanza poiché è perfettamente armonizzato in tutto l'essere e diventa parte integrante della consapevolezza e dell'espressione della propria femminilità e, di conseguenza, il desiderio di intervenire chirurgicamente è molto lontano. Se il desiderio di modificare l'estetica del proprio seno nasce dal non piacersi, e quindi ha già una partenza negativa, al di là della riuscita dell'intervento, questo stato emozionale

difficilmente si trasforma in positivo, anche se il seno diventa esteticamente perfetto. Si può affermare che la ricerca di perfezione estetica, la consapevolezza della propria femminilità e l'amore per sé stessi sono indipendenti, non sono legati tra loro né conseguenti.

Approfondiamo la conoscenza sul tessuto cutaneo, esploriamo com'è fatta la pelle

La pelle in realtà comprende tre differenti tessuti sovrapposti, diversi per la funzione, la struttura e l'origine a livello embrionale (2).

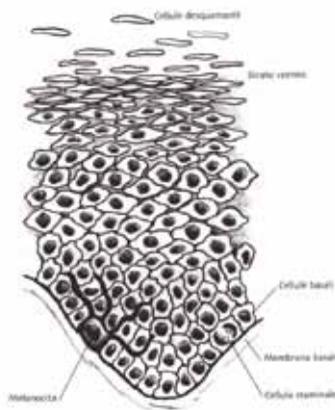
Dall'esterno all'interno troviamo: **epidermide, derma ed ipoderma.**



Epidermide, struttura e funzioni

La parte più superficiale della pelle è costituita da un insieme di cellule prive di vita chiamate **corneociti**. L'epidermide è un tessuto particolare, si può definire vitalmente morituro. E' formata da vari strati sovrapposti di cellule, fisicamente e intimamente unite le une alle altre senza alcuno spazio libero tra di esse. Possiamo immaginare la disposizione delle cellule epidermiche come quella di un muro di mattoni.

La funzione principale dell'epidermide è quella protettiva. Le cellule epidermiche garantiscono **resistenza** agli insulti meccanici come colpi e botte, **impermeabilità chimica** ai gas



e ai liquidi, **protezione elettromagnetica** verso le radiazioni ultraviolette e difesa microbiologica.

Nello stesso tempo, il tessuto deve essere elastico e consentire i movimenti con una certa capacità a dilatarsi e restringersi in caso di variazione del peso corporeo.

Per adempiere a questi compiti, la superficie cutanea non è statica, ma in continuo

rinnovamento. Le cellule superficiali, non più vive e di forma assottigliata come squamette fibrose, impermeabili e altamente resistenti grazie all'alta concentrazione di cheratina, si distaccano a migliaia per volta, seguendo un processo di esfoliazione continuo detto **turnover cutaneo**, assolutamente impercettibile in condizioni fisiologiche. La **cheratina** è la proteina più importante dell'epidermide e degli annessi cutanei come peli, capelli e unghie. E' particolarmente resistente, ha una natura fibrosa ed è insolubile in acqua.

Le cellule superficiali sono ricambiate completamente all'incirca una volta al mese. Esse provengono dagli strati profondi dell'epidermide e arrivano in superficie non più vive e con una forma assottigliata.

L'epidermide complessivamente non si riduce di spessore, poiché le cellule che si distaccano sono rimpiazzate da altre neoformate nella zona più interna adiacente al derma, detta strato basale.

In condizioni fisiologiche regolari, il turnover cutaneo corrisponde all'incirca ad un mese, quindi, al termine di un anno solare, possiamo ipotizzare di avere rinnovato più o meno 2Kg di cellule cutanee.

In situazioni patologiche, come ad esempio nel caso della psoriasi, il turnover si riduce enormemente arrivando anche ad una settimana. Ciò significa che le cellule epidermiche non hanno il tempo necessario per "maturare" regolarmente. E' probabile che raggiungano la superficie ancora vive e non

sufficientemente ricche di cheratina. In tal maniera viene a mancare la principale caratteristica difensiva e protettiva cutanea e di conseguenza la pelle è più debole.

Non a caso la psoriasi è una malattia di origine psico-somatica che dà ragione alla forte connessione tra sistema nervoso centrale ed epidermide; il paziente si sente psicologicamente debole e con scarse difese verso gli altri e il mondo esterno in generale.

L'epidermide gioca un ruolo fondamentale anche nell'idratazione cutanea. Quando parliamo di idratazione cutanea, a quale acqua si fa riferimento?

Idratazione e disidratazione cutanea sono correlate unicamente all'acqua contenuta negli strati epidermici superficiali, infatti l'acqua del derma e dei tessuti profondi non viene interessata (3).

In condizioni fisiologiche, l'acqua della cute corrisponde al 15 - 20% del peso. Tutto sommato l'epidermide è piuttosto povera di acqua rispetto agli altri tessuti, ma questo fattore, insieme al pH cutaneo acido, rappresenta una forte difesa dal punto di vista microbiologico, poiché i microrganismi crescono dove c'è acqua.

Tuttavia, se il valore di acqua dell'epidermide scende al di sotto del 10%, la pelle diventa talmente arida che addirittura si desquama in maniera percettibile e non piacevole.

Dove si trova l'acqua nell'epidermide?

Essa è in parte legata alle proteine o ai grassi cutanei e in parte è libera. Quest'ultima, se trova liberi gli spazi tra le cellule epidermiche, come accade nella pelle secca, evapora più facilmente e disidrata ancora di più il tessuto.

Come si presenta la pelle secca?

La pelle secca è opaca e poco luminosa. Dopo il contatto con l'acqua tira, soprattutto se si impiegano tensioattivi schiumogeni.

Si irrita e si arrossa con facilità.

Al tatto è ruvida e poco elastica. Nei casi più gravi si desquama, in particolare nelle gambe.

Perché la pelle si secca?

Per mantenere inalterato il contenuto fisiologico di acqua

nell'epidermide, è fondamentale il contributo combinato del film idrolipidico e dei ceramidi.

La superficie cutanea è rivestita da una miscela di sostanze grasse e idrofile chiamata film idrolipidico. Si può definire come la crema di bellezza naturale della pelle.

Il **film idrolipidico naturale** è una miscela di sostanze che riveste e protegge la superficie cutanea.

E' costituito per il 95% da sostanze grasse e per il 5% da diverse molecole solubili in acqua. Insieme formano il **fattore idratante naturale** o **NMF** (dalle iniziali inglesi *Natural Moisturizing Factor*).

La composizione chimica del **fattore idratante naturale** è la seguente (4):

- aminoacidi 40%;
- sodio lattato 12%;
- acido pirrolidon carbossilico (PCA) 12%;
- urea 7%;
- ammoniaca, acido urico, glucosamina e creatina 1,5%;
- sali minerali (sodio, potassio, magnesio, fosfato, cloruro) 18,5%;
- zuccheri, acidi organici, peptidi, altro 8,5%.

I **ceramidi** sono sostanze di natura grasso - cerosa che occupano il piccolo spazio situato tra le cellule epidermiche che abbiamo descritto essere strettamente attaccate le une alle altre.

La componente grassa del film idrolipidico e i ceramidi cutanei si comportano come anti - disidratanti, o idratanti indiretti. Essi, infatti, limitano l'evaporazione dell'acqua libera epidermica, poiché ne riducono il passaggio attraverso la pelle.

Se il film idrolipidico e i ceramidi scarseggiano, l'acqua cutanea evapora velocemente poiché non è trattenuta da nulla e il tessuto si disidrata rapidamente.

Le sostanze idrosolubili del fattore idratante naturale si

comportano invece con modalità differente, ovvero come idratanti dirette. Esse sono definite igroscopiche, cioè capaci di legare una certa quantità di acqua alla loro molecola. Questo fenomeno è importantissimo perché contribuisce attivamente a mantenere la pelle idratata ed elastica. Infatti, nella cute con un ridotto contenuto di fattore idratante naturale, le cellule cornee sono particolarmente fibrose e indurite.

Si può fare una distinzione tra due tipologie di secchezza cutanea:

- pelle disidratata a tendenza secca;
- pelle molto secca.

La prima tira appena deterosa o in seguito al contatto con l'acqua, ma nel giro di qualche ora migliora. E' una pelle che scarseggia in particolare del fattore idratante naturale e può peggiorare e diventare molto secca, in particolare nelle parti del corpo che rimangono scoperte, in caso di condizioni climatiche sfavorevoli come vento, freddo o caldo eccessivo, oppure a causa del contatto con tensioattivi aggressivi.

La pelle molto secca, invece, è povera anche di tutta la componente grassa del film idrolipidico e dei ceramidi. La sensazione di secchezza rimane e continua a tirare anche a distanza di ore in seguito al contatto con l'acqua e con i tensioattivi. E' molto delicata, fragile e facilmente arrossabile.

Quali sono le cause della disidratazione cutanea?

Oltre alla particolare caratteristica genetica, tutte le condizioni di natura endogena o esogena che modificano la funzione barriera dell'epidermide riducendo le naturali protezioni come il film idrolipidico e i ceramidi, provocano una profonda alterazione del contenuto di acqua cutaneo, con aggravamento della secchezza e comparsa di vari fenomeni ad essa correlati.

Le principali cause endogene di aumentata secchezza cutanea sono riconducibili alla presenza di alcune patologie, a particolari condizioni di stress, oppure all'effetto collaterale di determinati farmaci. Tra le cause esogene, si ricorda l'impiego di detergenti troppo aggressivi o l'utilizzo esagerato di quelli delicati, e la frequenza dei lavaggi.

Anche i fattori climatici, come freddo, vento, caldo eccessivo, scarsa umidità nell'aria come in presenza di aria condizionata o caloriferi, esposizione intensiva e non protetta alle radiazioni ultraviolette, giocano un ruolo importante nell'aggravamento della secchezza cutanea.

Come avere cura della pelle secca, in particolare della pelle del corpo e del seno

1. Attenzione alla detersione.

La pelle del corpo rimane coperta e protetta dagli abiti per la maggior parte dell'anno nei nostri climi pertanto, a parte il sudore, l'eccesso di sebo, le cellule morte in fase di desquamazione e i microrganismi che si depositano sulla cute, di una gran quantità di sporco non si può proprio parlare. Mentre il viso e i capelli, esposti all'inquinamento ambientale e all'atmosfera per tutto il giorno durante il corso dell'anno, e trattati con make - up e prodotti per l'acconciatura, richiedono una detersione differente che deve asportare anche queste sostanze.

- Per la pelle del corpo sono consigliati solo i detergenti extradelicati, realizzati con tensioattivi di ultima generazione a bassissimo potere sgrassante, per non alterare e impoverire ulteriormente il film idrolipidico. È bene diluire il detergente in acqua prima di applicarlo sulla pelle umida.
- Se la pelle è molto secca si consiglia di massaggiare con un olio vegetale tutte le zone maggiormente disidratate prima del bagno o della doccia. L'olio reintegra il film idrolipidico e protegge l'epidermide dall'azione sgrassante dei tensioattivi e disidratante dell'acqua. Per il seno potete preparare una miscela di oli di Jojoba e Oliva in parti uguali.
- Le farine vegetali sono particolarmente indicate per detergere la pelle del corpo, e soprattutto quella del seno, anche durante l'allattamento. Le farine vegetali contengono una piccola percentuale di grassi che emulsionano dolcemente lo sporco cutaneo e favoriscono la naturale desquamazione delle cellule morte grazie alla

consistenza cremosa del composto fai da te. Per utilizzare una farina vegetale per detergere la pelle, si può miscelare ad esempio quella di avena, lino o grano saraceno, con un'acqua vegetale, floreale o un latte vegetale tipo avena o riso, fino a ottenere una consistenza cremosa e spalmabile. Si può arricchire con miele o succo di aloe. Il composto si stende sulla pelle umida con leggero massaggio e si risciacqua con acqua corrente. La pelle rimane perfettamente deterisa e la sensazione cutanea che al tatto è di straordinaria morbidezza e idratazione, provare per credere!

2. Impiegare quotidianamente cosmetici idratanti - nutrienti.

La pelle secca invecchia più velocemente di quella normale – mista, pertanto è bene idratare e nutrire quotidianamente la pelle del seno e del décolleté per mantenerla elastica e morbida il più a lungo possibile. Qualche goccia di olio o burro per il seno descritti nelle ricette fai da te, applicati con leggero massaggio fino ad assorbimento, sono un vero toccasana.

3. **Integrare l'alimentazione** con acidi grassi della famiglia chimica omega - 6, contenuti naturalmente nell'olio di Borragine, e utilizzare come condimento olio di Oliva extravergine ricco di tocoferoli antiossidanti e protettivi. Privilegiare i grassi vegetali a quelli animali. Gli oli vegetali idratano dall'interno poiché contribuiscono a reintegrare il film idrolipidico e i ceramidi cutanei.

4. **Proteggere la pelle dalle condizioni climatiche non favorevoli**, come freddo e caldo intensi, vento, e dai raggi ultravioletti. La pelle secca è particolarmente debole, richiede protezione e attenzione costanti, se non è adeguatamente protetta, le condizioni climatiche difficili ne accelerano fortemente il processo di invecchiamento.

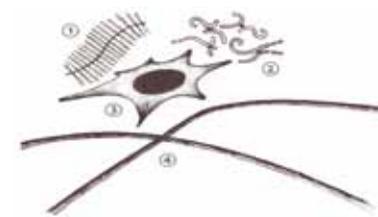
Come si modifica l'epidermide nell'invecchiamento

- **Il turnover cellulare rallenta**, in particolare dai 40 - 45 anni in poi. Di conseguenza la superficie cutanea non si rinnova regolarmente una volta al mese, i corneociti si distaccano con maggiore lentezza e rimangono adesi alla pelle per un tempo più prolungato. Ciò comporta una sorta di "effetto cemento", nel senso che le cellule cornee invecchiate conferiscono un aspetto poco luminoso, con una tonalità opaca tendente al grigio.
- Lo **spessore dell'epidermide si riduce** e, soprattutto dopo la menopausa, diventa più sottile, meno elastica e tonica.
- Il **film idrolipidico si modifica** sia nella composizione che nella quantità, tende a diminuire col tempo così la pelle si disidrata più velocemente ed è anche più esposta all'ambiente esterno.
- La **pigmentazione è di frequente disomogenea**. Già verso i 30 anni possono apparire zone iperpigmentate rispetto ad altre più chiare. Il fenomeno peggiora in seguito a lunghi periodi di esposizione ai raggi solari nel corso degli anni senza protezione adeguata, soprattutto se si sono verificate scottature nella gioventù.

Derma, struttura e funzioni

Il derma è un tessuto totalmente differente dall'epidermide per origine, struttura e funzioni. Le cellule del derma, chiamate **fibroblasti**, al contrario di quelle epidermiche, hanno una lunga vita produttiva. Esse producono collagene, elastina e acido ialuronico che sostengono e danno spessore alla pelle. Se osserviamo al microscopio la disposizione del derma, vediamo rari fibroblasti immersi in una grande quantità di sostanze che forma la **matrice extracellulare**. Essa ha la consistenza di un gel denso, compatto ed elastico, e i fibroblasti rimangono ad una certa distanza gli uni dagli altri, al contrario di quanto avviene per le cellule dell'epidermide. Quindi, mentre l'epidermide adempie principalmente

alla funzione protettiva, **il derma ha una fondamentale importanza di sostegno strutturale** del tessuto cutaneo.



1. acido ialuronico
2. elastina
3. fibroblasto
4. collagene

I principali componenti della matrice extracellulare del derma sono:

- **I proteoglicani**, dei quali l'v è sicuramente il principale. Si tratta di molecole voluminose, formate da una parte di natura proteica unita ad una zuccherina. La peculiarità di queste sostanze riguarda la capacità di legare enormi quantitativi d'acqua, rispetto al loro peso molecolare, tali da formare un gel denso. **Nb** Quando si parla di idratazione e disidratazione cutanea non si fa mai riferimento al contenuto di acqua del derma, che rimane assolutamente costante e non dipende dalle condizioni epidermiche superficiali.
- **Il collagene** è una proteina resistente e piuttosto elastica che nel derma si dispone a formare una sorta di impalcatura. Il collagene rappresenta il 90% del peso complessivo del derma. E' il principale sostegno fisico della pelle e conferisce resistenza alle forze di compressione.
- **L'elastina** è una proteina in grado di allungarsi e ritrarsi entro certi limiti senza subire danni. Essa rappresenta il 2% del peso del derma e dà alla pelle la possibilità di deformarsi. Tuttavia, se lo stiramento risulta troppo veloce oppure eccessivo, come in caso di aumento repentino di peso o durante la gravidanza, e la deformazione supera la capacità elastica dell'elastina, essa si stira e, di conseguenza, il tessuto si smaglia. Le **smagliature**, o *striae distensae*, sono vere e proprie lesioni cutanee lineari di tipo atrofico. In genere si presentano come bande lineari, parallele tra loro, separate da tratti di cute

integra. Si originano quando il tessuto cutaneo è sottoposto a stiramento, come in pubertà, gravidanza, aumento di peso, alcune patologie, etc. Sono causate da sollecitazioni meccaniche di tipo distensivo che agiscono sul tessuto il quale, superata una certa soglia, ha una ridotta capacità elastica e si smaglia poiché le fibre proteiche di collagene ed elastina si spezzano, lasciando un vuoto nell'intelaiatura delle fibre.

Nella maggior parte dei casi sono bilaterali e la direzione in cui si formano è perpendicolare al senso di maggior trazione della pelle. Ecco perché, sul ventre e sul seno, dove la tensione è in prevalenza orizzontale, si dispongono verticalmente attorno all'ombelico e al capezzolo, mentre nei fianchi, dove la tensione è soprattutto verticale, si presentano orizzontalmente.

Si generano in maggioranza nella razza bianca e soprattutto nelle donne, rispetto agli uomini.

L'esordio è asintomatico o accompagnato da una leggera sensazione di prurito o, più raramente, bruciore o dolore. Appena si originano, la componente infiammatoria prevale e le smagliature appaiono di colore rosa tendente al rosso - violetto, poi, nella fase cicatriziale, sono più sottili con una superficie depressa al tatto, con piccole increspature perpendicolari all'asse della stria, di colore bianco - madreperlaceo. In queste zone si verificano altre modificazioni cutanee come l'assenza della secrezione sebacea e l'atrofia dei peli.

Le cause alla base della formazione delle smagliature sono:

1. costituzionali: la struttura del collagene è geneticamente predeterminata, in alcuni individui presenta più resistenza alla distensione ed è quindi più elastico e meno predisposto alla formazione delle striae;
2. ormonali: i corticosteroidi, ad alta concentrazione, alterano la struttura dermica riducendone la capacità elastica di deformarsi;
3. fattori meccanici: la sollecitazione meccanica è causata da un aumento della tensione cutanea, in particolare è la rapidità con cui essa si realizza, ad essere più importante dell'entità. Il seno prosperoso, a causa del peso, sottopone la pelle ad una forza di gravità che nel tempo può provocare trazione verso il basso e stiramento.

E' consigliato l'uso del reggiseno per ridurre la tensione cutanea.

I prodotti cosmetici hanno lo scopo di prevenire o, nel caso di smagliature già formate, di migliorarne la visibilità estetica cutanea. Le azioni cosmetiche hanno l'obiettivo di migliorare l'elasticità cutanea, integrando il film idrolipidico ed esfoliando leggermente, favorire la sintesi di proteine nel derma, stimolare il microcircolo e i processi riparativi fisiologici.

Nei momenti della vita in cui la pelle del seno è sottoposta ad alterazioni di volume e di peso, per prevenire la formazione delle smagliature, è importante avere una cura costante e quotidiana della pelle del seno per mantenerla il più idratata, morbida ed elastica possibile.

Ingredienti cosmetici consigliati per le smagliature

1. sostanze nutrienti, emollienti ed elasticizzanti che ripristinano film idrolipidico: oli, burri vegetali, Vitamina E e insaponificabile;
2. stimolanti del derma: centella, insaponificabile, peptidi biomimetici (2);
3. sostanze che aumentano le difese immunitarie cutanee e favoriscono i processi rigenerativi: echinacea, aloe, beta - glucano;
4. ingredienti che favoriscono il microcircolo cutaneo: mirtillo, ippocastano, centella, olio essenziale di limone;
5. sostanze esfolianti quando le smagliature sono in fase cicatriziale: alfa - e poli - idrossiacidi.

Come si modifica il derma nell'invecchiamento

- **L'attività produttiva dei fibroblasti rallenta.** Complessivamente le cellule dermiche producono una quantità inferiore di matrice extracellulare, visibile già a partire dai 35 anni di età;

- **L'elastina diminuisce** e, in generale, tutta la pelle perde fortemente elasticità, in particolar modo dopo i 40 anni;

- **L'acido ialuronico e tutti i proteoglicani hanno un vistoso e regolare calo** già dai 30 anni. Proprio a partire da questa età la pelle appare meno tesa;

- nel corso degli anni il **collagene si modifica**: è meno elastico e più fibroso;

- il tono complessivo della pelle subisce un forte calo dai 40 - 45 anni in poi;

- **le difese immunitarie cutanee diminuiscono.** Esse intervengono in tutti i processi rigenerativi della pelle. I danni cutanei, ad esempio in seguito ad esposizione al sole oppure causati da stress o fumo, sono rigenerati con maggiore difficoltà col passare degli anni;

- **il microcircolo rallenta**, pertanto arriva alle cellule una quantità inferiore di nutrienti e ossigeno e in corrispondenza le scorie e le tossine, formate dalle attività metaboliche quotidiane, rimangono più a lungo nei tessuti poiché non sono drenate efficacemente. In pratica, quando si avanza negli anni, il tessuto cutaneo perde elasticità e diventa più fibroso. La pelle del corpo invecchia in maniera differente rispetto a quella del viso, essenzialmente per due motivi. Per la maggior parte dell'anno rimane più protetta e meno esposta all'aria, all'inquinamento e al sole. In secondo luogo la pelle del viso è continuamente sottoposta a stiramenti e contrazioni dei muscoli mimici facciali, responsabili della comunicazione espressiva, che causano la formazione di tipiche e localizzate rughe di espressione. Sulla pelle del corpo, rispetto al viso, è meno evidente la formazione delle rughe, mentre è molto percepibile la perdita di compattezza, tono ed elasticità.

È importante avere costanza nelle attenzioni che dedichiamo alla pelle per mantenerla il più a lungo possibile bella ed elastica. Curare quotidianamente la pelle del seno, aiuta a far sì che il rilassamento cutaneo si verifichi il più in là possibile. **Massaggiare la pelle del seno** regolarmente dopo i 35 - 40 anni, è importantissimo. Il massaggio ha un'azione stimolante sulle cellule cutanee e, in particolare dopo la

menopausa, quando lo spessore dermo - epidermico si assottiglia, il tessuto rimane tonico ed elastico più a lungo se è costantemente massaggiato.

Praticare **esercizio fisico mirato**, non solo rende i muscoli più tonici per sostenere meglio il tessuto che tende a rilassarsi, ma mantiene efficienti i sistemi antiossidanti cutanei naturali come la catalasi, la glutatione perossidasi e la superossido dismutasi, che contrastano l'invecchiamento accelerato e mantengono giovane più a lungo la cute.

Ipoderma, struttura e funzioni

L'ipoderma è il terzo tessuto cutaneo in ordine di profondità, si trova infatti nello strato più interno della pelle.

Le cellule dell'ipoderma si chiamano **adipociti**. Esse sono predisposte ad accumulare sostanze grasse come riserva di energia. Il grasso del tessuto adiposo contribuisce anche a mantenere costante la temperatura corporea, poiché si comporta da isolante termico nei confronti dell'ambiente esterno.

L'ipoderma, assieme al derma, dà sostegno fisico alla pelle e attutisce gli urti e gli insulti di tipo meccanico che possono colpire la pelle dall'esterno.

Come si modifica l'ipoderma nell'invecchiamento

I principali cambiamenti strutturali dell'ipoderma incominciano a verificarsi a causa della variazione ormonale durante la menopausa. La quantità complessiva di grassi stoccati negli adipociti cala e, di conseguenza, l'ipoderma perde densità. La pelle, a sua volta, sembra cadere verso il basso, poiché vengono a mancarle il sostegno e il volume del tessuto più interno. Il fenomeno è visibile soprattutto nelle zone soggette maggiormente alla forza di gravità come zigomi, mento e collo, interno braccia e cosce. E' più evidente nella donna rispetto all'uomo.

Pelle al sole

Il seno è una zona particolarmente delicata del corpo femminile, da proteggere con attenzione dai raggi solari (5).

La prima regola, per quanto riguarda l'esposizione della pelle al sole, è rappresentata da gradualità e moderazione, nel rispetto della propria tipologia cutanea, come conferma anche il Dottor Umberto Veronesi in un articolo apparso su Grazia il 25 luglio del 2009 (6).

Il sole ha importantissimi effetti positivi sull'uomo come l'efficacia sul tono dell'umore e sulla sintesi della **Vitamina D**. Quest'ultimo aspetto, quasi sempre sottovalutato, pare abbia risvolti interessanti per la salute umana. Il sole è la principale fonte di attivazione della Vitamina D nella pelle. La sua carenza è correlata con la fragilità ossea ed è una delle possibili concause dell'osteoporosi. La Vitamina D è protettiva nei confronti di diverse malattie come il diabete giovanile, la sclerosi multipla e l'artrite. Spiega il Dottor Veronesi che alcune delle popolazioni più esposte alla luce solare, e dunque con un maggior apporto di Vitamina D, pare presentino un rischio ridotto di sviluppare alcuni tumori in particolare quello al seno. Alcuni ricercatori della Stanford University (7) hanno messo in evidenza un ruolo importante della Vitamina D3 nella riparazione dei danni all'epidermide, causati da un'eccessiva esposizione ai raggi solari, grazie all'innescamento di un processo immunitario che coinvolge le cellule T. Anche in questo studio i ricercatori, pur sottolineando l'aspetto positivo del sole, sostengono la regola della moderazione per evitare i danni da eccesso di raggi solari: l'esposizione saltuaria e intensa è ciò che di peggio possiamo far subire alla nostra pelle tanto che rappresenta una vera e propria violenza. Si dovrebbe cercare innanzitutto un approccio più rispettoso e soprattutto un equilibrio tra la nostra pelle e il sole, seguendo una certa gradualità e moderazione nell'esposizione. Evitare gli eccessi quindi, cercare di capire i tempi personali di resistenza e rispettarli, tanto è la pelle stessa ad informarci quando la quantità di radiazioni ha raggiunto il limite sopportabile, grazie allo sviluppo di processi infiammatori che provocano arrossamento e prurito come eritema e scottature, ai quali però non si dovrebbe mai arrivare poiché rappresentano il superamento delle difese fisiologiche cutanee di resistenza ai raggi solari.

Il significato vero dell'abbronzatura, per la fisiologia cutanea, non è certo quello di farci apparire più colorati, bensì di proteggere il tessuto cutaneo dai danni provocati dalle radiazioni ultraviolette. La **melanina** è un pigmento di colore marrone ed è un filtro naturale per i raggi UVB.

È prodotta all'interno di cellule particolari, chiamate **melanociti**, situate alla base dell'epidermide. Si tratta di cellule con una forma dendritica caratteristica, intercalate ai cheratinociti, in numero di una per circa 36 cheratinociti. La melanina è sintetizzata in seguito all'esposizione ai raggi UVB. Per essere prodotta nella quantità sufficiente ad avere un'efficacia protettiva, i melanociti impiegano circa 72 ore dal contatto con le radiazioni, per sintetizzare la melanina e farla arrivare alle cellule cutanee, all'interno delle quali andrà a disporsi come una sorta di cappello protettivo di rivestimento attorno al nucleo. Ecco il perché della gradualità, occorre tempo alle nostre cellule per innescare i meccanismi di protezione fisiologici.

La pelle adulta, che è già stata esposta al sole più volte, dispone di un processo di difesa immediato che si attiva appena è esposta al sole. La melanina sintetizzata nei mesi precedenti è conservata all'interno dei melanociti in una forma particolare che, in seguito ad esposizione ai raggi UVB, subisce una maturazione veloce per dare una prima difesa cutanea. Si tratta di una forma di melanina che non garantisce una protezione molto efficace, pertanto si dovranno attendere almeno 72 ore per avere una quantità di pigmento adeguata.

La pelle dei bambini e degli adolescenti è meno matura in questo senso, e con minori protezioni naturali, di conseguenza sarà necessaria ancora più attenzione.

Nei bambini al di sotto dei 3 anni la sintesi di melanina è molto esigua, pertanto, la permanenza sotto i raggi diretti dovrà essere assolutamente evitata nelle ore centrali della giornata.

È importante sottolineare che il foto danneggiamento è tanto più intenso quanto più precocemente inizia nell'infanzia, soprattutto in seguito a esposizioni ripetute e non adeguatamente protette, ed è assai più evidente in soggetti di pelle bianca con fototipo 1 - 2. Infatti, fino all'80% dei danni da radiazione ultravioletta, si verifica prima dei 18 anni (8). Attenzione quindi agli eccessi solari entro i 18 anni e ad evitare in particolare le scottature nell'infanzia e nell'adolescenza. Queste ultime, infatti, rappresentano gravi lesioni che la pelle mantiene in memoria nel corso degli anni e, di conseguenza, è potenzialmente più a rischio di sviluppare patologie gravi anche a distanza di molto tempo. Alcuni studi mostrano che il cancro di tipo non - melanoma è correlato alla cronica esposizione al sole non protetta,

mentre il melanoma, all'esposizione intensa e intermittente e soprattutto alle ripetute ustioni solari (9). L'esposizione saltuaria e intensiva della pelle, non adeguatamente protetta nel periodo infantile - adolescenziale è quindi la situazione più a rischio.

La seconda regola è quella di non eccedere. Non sostare sotto al sole diretto troppe ore al dì, anche con la pelle ben protetta dai cosmetici solari, e soprattutto nelle ore centrali della giornata, tra le 11 e le 15, quando i raggi sono eccessivamente carichi di energia e radiazioni, e superano facilmente la capacità fisiologica difensiva cutanea.

Non è mai particolarmente consigliato esporre la pelle del seno al sole diretto, ma, a chi la sentisse un'esigenza fisica legata al proprio benessere, si può suggerire che sono sufficienti pochi minuti prima delle 10 di mattina o dopo le 16, anche se la pelle è già abbronzata. Risultano molto pericolose, e vanno evitate in ogni caso, le scottature e gli eritemi sulla pelle del seno.

Và detto che i filtri solari, proteggendo la pelle, aumentano anche il tempo di permanenza sotto i raggi senza sviluppare rossore o prurito. E' bene in ogni caso fare attenzione perché il solare non offre mai una protezione totale e quindi la quantità di raggi che arrivano sulla pelle aumenta.

L'esposizione prolungata crea foto - immunodepressione, riduce la possibilità del sistema linfocitario di riconoscere e distruggere le cellule danneggiate. L'eccesso di sole è la causa principale del **photoaging** e quindi dell'aumento dei segni dell'invecchiamento e della loro gravità. La pelle si secca molto facilmente e perde precocemente la sua elasticità, questo fenomeno fa apparire la pelle invecchiata prima del tempo naturale.

Chi deve stare più attento al sole.

I bambini e gli adolescenti, le persone con una scarsa quantità di melanina, ovvero i fototipi 1 e 2, e quelle con molti nei, chi presenta delle patologie, coloro che assumono medicine come antibiotici, antinfiammatori, anticoncezionali, diuretici e tanti altri, le donne in gravidanza e in allattamento.

La terza regola si sviluppa in tre atti: preparare la pelle all'esposizione solare almeno due settimane prima, proteggerla durante la permanenza sotto i raggi e idratarla adeguatamente dopo il sole.

Preparare la pelle al sole.

Negli ultimi anni si stanno diffondendo gli integratori alimentari per la preparazione della pelle al sole: che cosa sono e perché sono utili.

Si tratta di un mix di estratti vegetali e Vitamine con un'azione antiossidante. Rinforzano le naturali difese della pelle ai raggi solari aumentando la MED, ovvero la Minima Dose di raggi UVB ad azione Eritematogena. La pelle è più protetta e ha maggiori difese nei confronti dei raggi UV e dei potenziali danni.

Abbiamo detto che i raggi UVB sono molto energetici e, quando la pelle ha superato la soglia delle difese naturali, incomincia a manifestare un insieme di fenomeni di rossore e prurito definiti eritema, correlabili ad una vera e propria infiammazione. Assumendo questi integratori prima di esporsi al sole, in pratica, la pelle è più resistente e può restare un tempo maggiore sotto i raggi prima della comparsa dell'eritema.

Gli integratori migliorano anche la pigmentazione, che rimane più omogenea, e riducono la secchezza cutanea.

Gli antiossidanti non sono sempre indicati indiscriminatamente tutto l'anno, bensì solo quando la quantità di radicali libera aumenta e la fisiologica capacità protettiva può risultare insufficiente, come nel caso dell'esposizione solare (10). In particolare sono consigliati a tutte le persone con la pelle chiara e quelle che soffrono di fotoallergie che sembrano essere, dagli ultimi dati medici, non meno di 33 milioni in Europa.

Tra le sostanze antiossidanti più efficaci e più frequenti negli integratori per preparare la pelle al sole troviamo il beta - carotene, una molecola molto diffusa in natura, soprattutto nelle verdure e nella frutta di colore giallo arancio dal cui metabolismo si ottiene la Vitamina A, il Licopene, un carotenoide contenuto nei semi di pomodoro, il Picnogenolo, un polifenolo complesso estratto dalla corteccia di pino che sembra essere in grado anche di prevenire la degradazione dell'elastina (11) e l'Emblica, particolarmente ricca di tannini in grado di convertire i radicali liberi altamente reattivi e pericolosi in derivati innocui e stabili. Oltre alle sostanze sopra citate, ne esistono altre con capacità antiossidante interessante come le Vitamine C ed E, i polifenoli da uva rossa e l'acido alfa lipoico.

Proteggere la pelle sotto al sole.

L'impiego dei filtri solari risale agli anni '30 quando, negli Stati Uniti, uscì in commercio un'emulsione a base di benzil - salicilato e benzil - cinnamato. Da allora la chimica cosmetica ha fatto passi da gigante nello studio formulativo e nella ricerca dei filtri protettivi.

Vale la pena sottolineare che, mentre negli USA i prodotti solari sono considerati farmaci OTC dalla Food and Drug Administration (FDA), in Europa sono classificati come cosmetici e li possiamo trovare addirittura in edicola.

Sulla base del loro meccanismo d'azione, i filtri si suddividono in organici o chimici, e inorganici o fisici. I primi assorbono le radiazioni mentre gli altri le riflettono. Come si determina il grado di protezione di un prodotto solare?

Si utilizza un indice numerico di protezione, chiamato SPF, dalle iniziali del termine inglese Sun Protection Factor. L'SPF indica quanto più alta è la dose di raggi UVB necessari a provocare eritema e scottature nella pelle protetta, rispetto alla medesima non protetta (9). In pratica, dà informazioni su quanto tempo in più possiamo rimanere sotto al sole senza sviluppare arrossamento. L'SPF si riferisce solo ai raggi UVB, gli unici in grado di causare eritemi e scottature visibili e determinabili. Per gli UVA si utilizza un altro indice, chiamato PPD, dal termine Persistent Pigment Darkening. Quantifica l'imbrunimento cutaneo provocato dagli UVA sulla melanina immagazzinata dalle precedenti abbronzature. Si tratta di un valore empirico, legato a molte variabili personali che dipendono strettamente dalla tipologia cutanea del volontario che si sottopone alla misurazione.

Gli indici protettivi dei solari sono stati raggruppati in tre fasce di protezione:

- **bassa**, che comprende gli SPF da 6 a 10;
- **media**, con SPF da 15 a 25;
- **alta**, con SPF da 30 a 50;
- la dicitura *protezione totale* è scomparsa ed è stata sostituita da quella definita **50+**.

Infatti non esiste alcun solare, nemmeno il più concentrato, che possa garantire uno schermo totale alle radiazioni ultraviolette.

I solari devono essere utilizzati correttamene, quindi sono

consigliate in ogni caso le protezioni molto alte nei primi 3 giorni di esposizione, poi, a seconda del fototipo cutaneo, della tipologia di pelle e delle esigenze, l'SPF si può abbassare.

Le innovazioni degli ultimi anni nella cosmesi dei prodotti solari hanno migliorato le formulazioni cosmetiche e reso i filtri più fotostabili e con uno spettro di protezione più ampio. Le formulazioni sono integrate anche da sostanze complementari, in genere di origine vegetale, con alcune caratteristiche:

- potenziare l'efficacia protettiva dei filtri, ad esempio con l'olio di *Calofillum*, l'olio di crusca di riso ricco di gamma orizanolo, alcune alghe, l'olio di mallo di noce, di avocado e il burro di karitè;
- aumentare la concentrazione di antiossidanti che contrasta e riduce i radicali liberi generati sotto al sole, ad esempio con gli oli vegetali ricchi di tocoferoli e Vitamina E, vitamina C e bioflavonoidi;
- favorire le difese immunitarie cutanee per proteggere e aiutare la pelle a rigenerarsi velocemente dai danni dei raggi UV, ad esempio con l'echinacea, l'aloè e l'Opuntia bifidus indica.

Idratare e prendersi cura della pelle dopo il sole.

La pelle, dopo essere stata esposta al sole, manifesta una forte richiesta di idratazione. L'attenzione cosmetica è obbligatoria, sia per quanto riguarda la detersione che il nutrimento. Sono indicati il burro di karitè e, tra gli oli vegetali, in particolare, quelli di oliva, nocciolo, girasole e cocco. Gli oli vegetali, oltre ad essere idratanti perché riducono la perdita di acqua dall'epidermide, rappresentano anche un apporto di tocoferoli antiossidanti.

Per reintegrare la parte idrofila del film idrolipidico sono consigliate le mucillagini di malva, la pro - Vitamina B5, l'allantoina, gli aminoacidi e i sali minerali contenuti in molti estratti vegetali.

Per lenire la pelle sono ottimi la camomilla, ricca di alfa - bisabololo, la calendula e l'oleolito di iperico, utilizzato fin dall'antichità anche per calmare le ustioni e favorire la guarigione.

Per aumentare le difese immunitarie cutanee, e promuovere

i processi rigenerativi dei tessuti danneggiati, sono efficaci in particolare l'echinacea e l'aloè.

Le attenzioni cosmetiche per la pelle del seno.

Come abbiamo sottolineato nelle righe precedenti, le attenzioni cosmetiche si spingono oltre la cura estetica per andare a toccare le corde più intime dell'animo, come la percezione della propria femminilità e l'amore per sé stessi, aspetto fondamentale per una vita equilibrata e per una fluida espressione di sé nello scambio relazionale.

La pelle del seno va idratata e massaggiata regolarmente come quella del viso e del resto del corpo, ma, le attenzioni vanno intensificate in alcuni periodi della vita come pubertà, gravidanza, allattamento e dopo interventi chirurgici, quando il corpo attraversa particolari passaggi stressanti.

Suggerimenti in quattro mosse per mantenere bella ed elastica la pelle del seno.

1. Detergi delicatamente la pelle del seno quotidianamente e, una o due volte la settimana, utilizza uno scrub esfoliante per stimolare il turnover cutaneo. Le cellule si rinnovano e la cute migliora la luminosità e la morbidezza;
2. idrata e massaggia ogni giorno la pelle. Il massaggio stimola i tessuti e li mantiene elastici e giovani, in particolare massaggia quotidianamente seno, collo e décolleté dopo i 35 anni;
3. applica una maschera concentrata ad azione stimolante - rassodante, almeno una volta la settimana sul décolleté e sul seno;
4. proteggi dai raggi diretti del sole.

Utilizza i cosmetici adatti alla pelle del tuo seno.

Le sostanze cosmetiche più indicate per idratare e mantenere elastica la pelle del seno sono in particolare quelle di origine vegetale. La preparazione cosmetica deve essere il più semplice possibile, senza troppi ingredienti superflui, realizzata con sostanze ipoallergeniche e conservanti ad alta tollerabilità, adeguati alla delicatezza della zona cutanea da trattare.

Gli oli e i burri vegetali ricchi di **insaponificabile**, come

gli oli di oliva e avocado e il burro di karitè, non possono mancare. L'insaponificabile è una parte molto preziosa del grasso vegetale, ricca di fitosteroli con un'elevata affinità cutanea. Reintegra naturalmente il film idrolipidico ed è elasticizzante, tonificante e rassodante per un'azione stimolante diretta sulle cellule del derma.

Gli estratti vegetali **antiossidanti** prevengono i danni da invecchiamento accelerato e tonificano il tessuto cutaneo. Ad esempio, per il seno sono indicati gli estratti di tè verde e di baobab.

I **fitoestrogeni** vegetali, contenuti negli estratti di kigelia africana, luppolo, ginseng e soia, favoriscono il trofismo della cutanea.

L'**echinacea** aumenta le difese immunitarie cutanee e protegge il derma dalla degradazione. La **centella**, rassoda e protegge il derma.

Tutte le **sostanze idratanti**, come gli aminoacidi, gli zuccheri, l'allantoina, il pantenolo, e gli oli vegetali ricchi di **tocoferoli** e **Vitamina E** mantengono morbida ed elastica la pelle.

Ricette naturali di cosmetici fai da te da preparare a casa.

Anche a casa, seguendo alcuni accorgimenti semplici (12), possiamo preparare ottimi ed efficaci prodotti per la pelle del seno.

Trattamento quotidiano della pelle del seno, collo e décolleté

Ogni giorno, dopo aver deterso delicatamente la pelle del seno, collo e décolleté puoi idratarla con un burro vegetale così composto:

- | | |
|-------------------|----|
| • burro di karitè | 50 |
| • cera d'api | 5 |
| • olio avocado | 5 |
| • olio di oliva | 5 |
| • olio di jojoba | 35 |

Metodo di preparazione: fonda la cera d'api negli oli vegetali posti a bagnomaria, mescolando continuamente. Una volta fusa la parte solida, unisci il burro di karitè, sempre miscelando costantemente. Appena si fonde il burro di karitè, togli dal bagnomaria, e lascia raffreddare sotto agitazione costante finché non acquista la consistenza del burro.

Trattamento rassodante tonificante intensivo.

Per un trattamento intensivo, da eseguire a giorni alterni per almeno due mesi, potete seguire 3 ricette, da utilizzare in 3 passaggi consecutivi, per un tempo totale di svolgimento di circa 25 minuti. Il primo passaggio serve per detergere la pelle e, grazie a una leggera esfoliazione, a prepararla a ricevere più efficacemente il trattamento successivo da lasciare in posa 10 - 15 minuti. Si tratta di una maschera stimolante, nutriente, rimineralizzante e rassodante. Una volta asportata la maschera con acqua corrente, la pelle va massaggiata con qualche goccia di un olio vegetale nutriente e rassodante, ricco di insaponificabile e Vitamina E.

1. Detergi delicatamente la pelle.

Prepara un impasto di consistenza morbida con:

4Cucchiaini di farina di grano saraceno

1Cucchiaino di miele d'acacia

infuso concentrato di semi di finocchio, quanto basta per ottenere un impasto morbido e massaggiabile.

L'infuso concentrato di semi di finocchio si ottiene versando 100ml di acqua a 80°C su due cucchiaini di semi posti in un recipiente di vetro o ceramica, possibilmente chiuso, lasciando in infusione fino a raffreddamento. Si filtra.

Modo d'uso. Stendi l'impasto sulla pelle del seno inumidita, massaggia delicatamente per qualche minuto e risciacqua.

2. Stendi una maschera composta da:

4 cucchiaini di infuso di alchemilla 1/2 cucchiaino di olio di avocado

8 cucchiaini rasi argilla bianca

Metodo di preparazione:

L'infuso di alchemilla si ottiene versando 100ml di acqua a 80°C su due cucchiaini di erba essiccata posta in un recipiente di vetro o ceramica, possibilmente chiuso, lasciando in infusione fino a raffreddamento. Si filtra.

Versa in un recipiente di vetro o di ceramica 4 cucchiaini colmi di infuso di alchemilla, aggiungi 1/2 cucchiaino di olio di avocado. Miscela con un cucchiaino di legno per disperdere le gocce di olio nell'infuso acquoso. Aggiungi l'argilla a pioggia, mescolando continuamente per evitare la formazione di grumi, fino a ottenere un impasto morbido e omogeneo. Modo d'uso. Stendi la maschera sulla pelle asciutta e lascia in posa 10 - 15 minuti poi risciacqua con abbondante acqua tiepida.

3. Massaggia la pelle con qualche goccia di un olio composto da:

Olio di oliva 10g

Olio di avocado 20g

Olio di germe di grano 10g

Olio di jojoba 60g

Modo d'uso. Massaggia delicatamente la pelle con qualche goccia di olio fino ad assorbimento completo.

Cura della pelle del seno in gravidanza e allattamento

Durante la gravidanza e l'allattamento la pelle del seno subisce forti tensioni e va curata con grande amore e attenzione.

Detergi quotidianamente con una farina vegetale così composta:

4 cucchiaini di farina d'avena

1 cucchiaino di olio di oliva

Infuso concentrato di camomilla, quanto basta per ottenere un impasto morbido e massaggiabile.

L'infuso concentrato di camomilla si prepara versando 100ml di acqua a 80°C su due cucchiaini di fiori essiccati, posti in un recipiente di vetro o ceramica possibilmente chiuso, lasciando in infusione fino a raffreddamento. Si filtra.

Modo d'uso. Stendi l'impasto sulla pelle del seno inumidita, massaggia delicatamente per qualche minuto e risciacqua con acqua tiepida.

Durante l'allattamento proteggi i capezzoli con le coppette in argento che hanno un'azione antibatterica naturale. Per ammorbidire, idratare e proteggere la pelle dei capezzoli, utilizza Vitamina E pura che puoi trovare anche come tocoferolo acetato in alcuni integratori alimentari.

Massaggia quotidianamente la pelle con l'olio o il burro descritti sopra.

Bibliografia

1. Hall E.T. (1966). *The Hidden Dimension*. New York, NY: Doubleday; trit.: *La dimensione nascosta*. Milano. Bompiani, 1991
2. Penazzi G. (2010). *Cosmesi anti - age*. Tecniche Nuove, Milano.
3. Morganti P. (2003). *Idratazione e disidratazione cutanea*. *Cosm Technol*; 6(5): 33-41.
4. Greenberg S. (2002). Humectants and Polyols. In: Schlossman ML. (ed.). *The Chemistry and Manufacture of Cosmetics*, Vol. III Book 1: pp.469 - 488
5. Penazzi G. (2012). *Focus sui solari. Al sole con la giusta protezione*. *L'Erborista*. Marzo 2012: 24 - 28.
6. Veronesi U. (2009). Il SOLE (preso con cautela) non fa venire il melanoma, e fa bene alle ossa. *Grazia*. <http://grazia.blog.it/2009/07/25/il-sole-preso-con-cautela-non-fa-venire-il-melanoma-e-fa-bene-alle-ossa/>
7. Sigmundsdottir H., Pan J., Debes G.F., Alt C., Habtezion A., Soler D., Butcher E.C. (2007). DCs metabolize sunlight-induced vitamin D3 to 'program' T cell attraction to the epidermal chemokine CCL27. *Nature Immunology*; 8: 285 - 293.
8. Alfaro C., Borrelli M., Tarallo L. (2009). *Gli adolescenti e i rischi del sole*. *Scripta medica*. Volume 12, n.1, 2009 pp. 29 - 36.
9. Oliveria S.A., Saraiya M., Geller A.C., et al. (2006). *Sun exposure and risk of melanoma*. *Arch Dis Child*; 91:131.
10. Penazzi G. (2010). *La prevenzione antiage dall'interno: gli integratori alimentari*. *Cosmesi antiage*. Tecniche Nuove; pp. 105 - 11.
11. Trixier J.M. et al. (1984). *Biochem Pharmacol*; 33 (24): 3933 - 9.
12. Penazzi G. (2006). *Cosmetici naturali fuidate*. Tecniche Nuove, Milano.

Il seno nell'arte

(Dr.ssa Pozzato)

Seni d'artista: la rappresentazione del seno femminile nell'arte contemporanea

Il nudo nell'arte tra eros, amore e sanità del corpo, accompagna la storia dell'uomo sin dall'antichità e l'arte di conseguenza. La storia del nudo nell'arte occidentale coincide per buona parte con la storia della pittura e della scultura tanto che Paul Valéry, nel 1934, scriveva che "soltanto pochi anni fa il medico, il pittore e il frequentatore di case chiuse erano i soli mortali che conoscessero il nudo, secondo il suo caso". E sulla questione è ancora più chiaro quando afferma che "il nudo non aveva che due significati nelle menti: talvolta il simbolo del bello, talvolta quello dell'osceno". E anche se appare una semplificazione eccessiva, ancora oggi si tende ad associare al nudo idealizzato la concezione classica dell'arte, e all'esibizione deformata e provocatoria del nudo la concezione anticlassica, simbolica o romantica o espressionista che sia.

Da una parte dunque i seni femminili delle Veneri, dal disegno armonicamente perfetto, privi di difetti e di deformazioni, perché la donna è divina e lontana; dall'altra il nudo profano, che presenta corpi più sessualizzati e disarmonici, perché in preda alle passioni. Ma è proprio tra bello e osceno che si gioca il fascino del nudo femminile e la rappresentazione del seno: in quel sottile senso del limite, che vive nella soglia che nei secoli ha sorretto convenzione e scandalo, aggressività e violenza, eros e pornografia. Per questa piccola passeggiata tra i seni d'artista più celebri dell'arte contemporanea, ho pensato di partire dall'Ottocento, dalla potente Libertà che guida il popolo di Eugène Delacroix dipinta nel 1830, per testimoniare i moti rivoluzionari del luglio 1830 che, in soli tre giorni portarono al rovesciamento del regno di Carlo X e all'instaurazione della monarchia costituzionale sotto Luigi Filippo d'Orléans. Per descrivere un grande evento storico che vide la popolazione parigina, dopo gli anni della Rivoluzione Francese, ancora una volta protagonista sulle barricate, l'artista impostò il quadro secondo una piramide che ha il suo vertice nel braccio della donna che sventola la bandiera della Francia repubblicana. Libertà avanza con impeto, incita e guida il popolo, da una parte porta il tricolore e dall'altra un fucile. Sicura e a seno scoperto, guarda indietro verso i compagni che stanno

combattendo: il suo è lo sguardo della libertà che tiene insieme tutto il popolo, popolari e borghesi. Il petto scoperto segue la tradizione ed è allegorico, se non fosse per quella peluria sotto le ascelle, che fanno diventare la donna una guerriera, protagonista indiscussa del momento tumultuoso. Questo è un particolare molto curioso, perché i peli non vengono mai riprodotti nella pittura accademica, dove il nudo è sempre depilato, come nelle sculture: Delacroix infatti è un pittore in cui entrano molti aspetti della realtà che fino ad allora non venivano considerati degni della grande pittura e che apre nuove prospettive alla pittura che verrà.



Per parlare dell'opera più scandalosa e celebre della storia dell'arte bisogna arrivare al 1863, anno in cui Édouard Manet presenta il quadro *Olympia*, una prostituta ritratta senza veli e senza pudore che guarda dritto verso lo spettatore, turbando una Parigi borghese che accettava il nudo solo delle dee e delle ninfe di una pittura accademica in piena crisi. Anche se Manet aveva meditato a lungo sulla composizione, studiando una copia della *Venere di Urbino* di Tiziano e *la Maja desnuda* di Goya, c'è in *Olympia* una sensualità aggressiva e ambigua resa dalla fattura cruda che contrasta i codici estetici predominanti, basati sul concetto di bellezza ideale.

Era infatti inammissibile che Venere avesse le sembianze di una donna qualunque e non si capiva questo processo di smitizzazione che l'artista poneva in atto portando l'arte all'atmosfera della vita quotidiana. L'arte si doveva occupare

del nudo e non della nudità; quel corpo "spogliato" era quello di una prostituta e non di una Venere; quello sguardo fisso sullo spettatore e quel volto così caratterizzato mettevano in crisi le premesse del nudo stesso, accettato solo quando era trasposto in una atmosfera mitologico - classica. Disturbava dunque il realismo con cui corpo femminile era stato dipinto, senza biancheria e senza vestiti, e quell'aria sprezzante con cui una cortigiana guardava verso lo spettatore, noncurante del mazzo di fiori che una negra le stava porgendo. Oltraggiosa era anche l'innovazione tecnica: la pittura di Manet appare semplificata e immediata; quei grossi segni neri che contornano l'Olympia le danno un forte risalto pittorico. A prima vista nel dipinto si distinguono solo due tinte che risaltano l'una sull'altra: tutto è talmente semplificato che è necessario indietreggiare per potere vedere nascere l'immagine. La qualità cromatica è impressionante e all'interno di quelle macchie di colore chiaro, il mazzo di fiori e i ricami della vestaglia rivelano una sensibilità e un'eleganza che si coglie nelle sfumature e nella leggerezza del tratto. Caratteristica di Manet è questa raffinatezza nella variazione del tono cromatico, una variazione minima del tono per cui il nero e il bianco possiedono un'infinita gamma cromatica.



Ma l'affondo più intrigante, che mette in ginocchio il nudo ideale è il capolavoro di Pablo Picasso *Les Femmes d'Alger* del 1907, che impressionò non poco gli stessi amici dell'artista: cinque ragazze nude, in posa davanti al pittore, sono sfigurate da lineamenti asimmetrici e da

linee taglienti. Il soggetto del quadro è la visione di una casa d'appuntamento in cui figurano cinque donne; in origine doveva contenere anche due uomini, poi scomparsi nelle successive modifiche (ben 806) apportate al quadro, probabilmente un marinaio e uno studente di medicina. L'analogia più evidente è con i quadri di Cézanne del ciclo *Le grandi bagnanti*, ed è certo che Picasso abbia modificato il quadro progressivamente, per non lasciare nulla al caso. Il nodo saliente dell'opera è proprio l'incrocio tra la tradizione pittorica antica del gruppo di nudi femminili con il tema del bordello: le ragazze sembrano stare in una scena teatrale dove si offrono ai clienti prima di essere scelte. Ma i clienti siamo noi spettatori e attraverso questo espediente Picasso mette colui che guarda dentro il quadro, creando uno spazio a quattro dimensioni. Anche se la grande novità dell'opera è l'annullamento di differenza tra pieni e vuoti. L'immagine infatti si compone di una serie di piani solidi che si intersecano secondo angolazioni diverse; ogni angolazione è il frutto di una visione parziale per cui lo spazio si satura di materia, annullando la separazione tra un corpo e un altro. Le singole figure, costruite secondo il criterio della visione simultanea da più lati, si presentano con un aspetto inconsueto, che sembra ignorare qualsiasi legge anatomica. Vediamo così apparire su un volto frontale un naso di profilo, oppure, come nella figura in basso a destra, la testa appare ruotata sulle spalle di un angolo innaturale. La figura di sinistra ricorda l'arte egiziana mentre le due di destra sono un chiaro riferimento all'arte africana. Tutte le curve rotonde dei corpi femminili, e soprattutto i seni, diventano forme spigolose e taglienti, nello stesso tempo attrattive e repulsive: non si era mai visto prima d'ora un imbruttimento e una trasformazione così radicale della bellezza femminile, segno di una vera e propria liberazione dai vincoli della forma descrittiva della pittura. Un passo decisivo verso il cubismo vero e proprio. Ma se ci spostiamo dalla Parigi cosmopolita e internazionale alla



Vienna d'inizio Novecento, incontriamo un altro artista tormentato e geniale, che raccolse tutte le inquietudini di un'epoca in trasformazione: Egon Schiele, notevole portavoce dell'Espressionismo austriaco, cresciuto tra la "Secessione" di Gustav Klimt e le suggestioni espressioniste. In pochissimi anni, dal 1908 al 1918, l'artista elabora un linguaggio unico e personale, che si sviluppa indelebilmente sotto il segno di eros e thanatos, un viaggio nell'introspezione psicologica dell'umano scandagliando sensi, turbamenti e passioni della vita, sempre con inquietante ossessione fra corpo e mente. E sul corpo femminile Schiele riversa il suo stato d'animo e la sua sessualità repressa: i nudi scarni, quasi anoressici, disegnati con un segno nervoso e immediato, galleggiano in uno spazio prospettico vuoto, che non offre nulla dal punto di vista compositivo, se non la tensione fra i contorni della figura e il vuoto. Nei nudi di donna colpisce la morbosa curiosità dell'artista verso il sesso femminile e verso il seno, sempre evidenziato dall'utilizzo del colore rosso acceso. Le modelle di Schiele si sentono inesorabilmente osservate, e di conseguenza esagerano la loro posa allo scopo di innescare una macchina psichica efficace. Come già aveva scandalizzato l'opera di Manet, facendoci vedere una nudità e non un nudo mitologico, così provocò scalpore la pittura di Schiele, che procede oltre, presentandoci non solo un corpo spogliato, ma un corpo "sessualizzato". In arte per secoli l'apprezzamento estetico di ciò che è erotico e osceno, riguardava esclusivamente la pittura di genere, mentre la pittura grande, il *genus grande* era quella di storia e la grande mitologia. I nudi del pittore austriaco, invece, per la prima volta non sono pittura di genere ma arte in cui l'osceno diventa soggetto pittorico artisticamente autonomo. Altro elemento sconvolgente accanto alla spudoratezza morale è la novità formale con cui viene trattato il corpo svestito: il nudo messo sotto agli occhi non corrisponde alle comuni idee di bellezza, e nemmeno ai movimentati giochi decorativi di Klimt, ma è un nudo indecente e spudorato che punta l'attenzione proprio su ciò che bisognava nascondere: gli sguardi languidi delle donne - bambine, le pose reclinate e semiaddormentate, le calze nere autoreggenti, riflettono un desiderio morboso, svelando la fragilità della distinzione filosofica tra contemplazione estetica e voyeurismo. Per questa ragione Schiele scandalizza, perché i suoi nudi seducono lo spettatore e non si possono osservare con distacco. Dalla Vienna fin de siècle alla New York degli anni '50:



un salto di trent'anni per arrivare a Willem de Kooning, olandese migrato giovane in America: tra gli anni Quaranta e Cinquanta la sua figura spicca quale iniziatore, insieme a Pollock, dell'Action Painting. Ma a de Kooning lo sconfinato spazio americano non interessa, e questo è chiaro nella serie *Woman* che dipinge nel 1952, idoli femminili feroci e paradossali, che emergono potenti sulla tela: veri e propri ritratti di donne dove prevale la dichiarazione cruda di una sessualità aggressiva e scomposta, fatta di segni incisivi e colori violenti, che si accaniscono su parti e sezioni del corpo, come nel grande seno, che diventa una presenza più aggressiva che accogliente. I colori si mescolano direttamente sulla tela in modo volutamente rozzo e i contorni sono spesso cancellati da pentimenti: ciò denuncia la presenza di pulsioni violente e incontrollabili che affiorano dall'inconscio e si organizzano sulla tela in composizioni complesse, evocando un dramma che resta per certi versi irrisolto ai nostri occhi di spettatori. La tecnica del *mai-finito* diventa per l'artista una occasione per "torturare" la figura, per metterle addosso pennellate violente, che trasformano la donna in una sorta di creatura mostruosa, grottesca e diabolica ad un tempo. Siamo lontani dall'immagine del nudo femminile idealizzato: qui la donna nuda, con i suoi seni enormi e le gambe sottili, è una figura "turbata", brutale e arcaica, carica di quell'aggressività che viene a de Kooning dall'espressionismo nordico. Pochi anni dopo, nei primi anni Sessanta, sempre in America, nasce la Pop Art, un nuovo movimento d'avanguardia caratterizzato dall'utilizzazione dei linguaggi della cultura di massa, dalle immagini pubblicitarie ai fumetti, dal cinema



alla televisione, dai prodotti di consumo alla moda. Tom Wesselmann è uno dei maestri storici della Pop Art, famoso per i suoi *Great American Nudes*, eleganti nudi femminili, straordinari nel potere del colore e nella semplicità del disegno, tipici della pop. I Grandi Nudi, cento opere dedicate al tema del nudo in un interno, hanno tinte fredde ma forti, impersonali ma nitide, brillanti e ispirate al consumismo americano; enormi labbra femminili, sofisticati seni, turgidi e impavidi, spesso segnati dal contorno dell'abbronzatura, fanno emergere la sensualità e l'eleganza della figura femminile. Quelle di Wesselmann sono opere visivamente accattivanti, che rimandano stilisticamente alla cartellonistica pubblicitaria: gli interni ingranditi e le nature morte - frutta, posacenere, cuscini, sigaretta accesa - riproducono il mondo quotidiano della vita americana scandito dagli oggetti di consumo, da quelli alimentari a quelli da toilette. Wesselmann li accetta per il loro valore estetico e ne fa quasi degli idoli moderni.



Rimanendo sempre negli Stati Uniti, tra le tendenze che in pittura e scultura si sviluppano agli inizi degli anni Settanta, incontriamo l'iperrealismo, che mira ad una identificazione

del reale con l'oggetto rappresentato, proponendo un approccio fotografico *tout court*. Gli artisti dell'iperrealismo si rifiutano di interpretare la realtà e preferiscono offrirne una riproduzione meccanica perseguendo la nitidezza dei contorni e la precisione degli aspetti cromatici. L'opera d'arte diventa un calco, il cui scopo è quello di raggiungere il "vero più vero del vero". Tra i portavoce dell'esperienza iperrealista John De Andrea con le sue sculture in poliestere, fibra di vetro e pittura ad olio tocca i punti più alti di realizzazione del vero. I suoi sono corpi che sembrano autentici essere umani, a grandezza naturale, corpi nudi e forme anatomiche che esprimono serenità e bellezza, perfettamente riconoscibili nei loro gesti quotidiani: ma la figura di donna, che posa di fronte a noi con tutti gli attributi della sua femminilità, in realtà non è una donna, ma un bellissimo "replicante" bloccato in una posa normale. Da qui l'effetto di straniamento che l'opera iperrealista provoca, il suo carattere fantasmatico e irreale, che produce in noi spettatori una sensazione di disagio.

All'opposto del nudo femminile pop e iperrealista si colloca il nudo femminile di Lucian Freud, grande interprete della pittura figurativa del secondo Novecento, famoso nel mondo per i suoi i suoi ritratti, i nudi, i volti dei suoi personaggi, scavati in un realismo neo-espressionista che è il suo tratto distintivo. "Voglio che la pittura sia carne", affermava: una carne tormentata, ridondante, come quella strabordante dal divano sfondato, su cui dorme una donna obesa, nel celebre quadro del 1995 *Benefits Supervisor Sleeping*. Un corpo



vasto e debordante, dal seno flaccido, ma potente nel comunicare il rapporto della persona con se stessa, indagato nei dettagli della pelle, delle vene azzurrine, nella carne grigiastra. Tra le sue modelle preferite, Sue Tilly, di

professione benefit supervisor, viene dipinta in tutta la sua enormità e calma, svelando la propria dignità umana. Sprofondato nell'imbottitura del divano, il corpo di Sue è immerso nel sonno e la donna si tiene il seno pesante con noncuranza, un semplice gesto quotidiano. Inconfondibile l'uso del pennello, capace di indagare il corpo carnoso senza scusanti né abbellimenti superflui, con una lucidità analitica a volte spietata, perché la pittura di Freud svela e sviscera l'umana complessità.



L'arte degli ultimi trent'anni si è caratterizzata per l'uscita dal quadro da cavalletto e per l'apertura verso una spazialità diversa, fuori dai limiti tradizionali dell'opera pittorica o scultorea, che coinvolge direttamente lo spettatore, chiamato a partecipare fisicamente e mentalmente all'opera stessa. Ecco allora le installazioni, le performance, gli happening e tutte quelle azioni artistiche che combinano insieme elementi della danza, della musica, del teatro, della recitazione. Le contaminazioni sono all'ordine del giorno nell'arte di fine Novecento, anche in quella che stiamo indagando, alla ricerca dei "seni d'artista", inseguendo le tracce del nudo femminile. Ma se vogliamo scegliere un punto di partenza, un'anticipazione di tutto quello che verrà dopo - e quindi oggi - , dobbiamo fare un salto indietro, a Parigi, negli anni Cinquanta, quando a Yves Klein viene l'idea per una nuova serie di opere, le *Anthropométries*: dopo vari esperimenti, la première pubblica ebbe luogo la sera del 23 febbraio 1960 nell'appartamento di Klein; a un gesto dell'artista la modella si spogliò e Klein applicò del pigmento blu molto denso sul seno, sul ventre e sulle cosce della ragazza fino alle ginocchia. Poi, con la supervisione dell'artista, la modella impresso il

suo corpo su un foglio di carta appeso alla parete. Le forme del corpo erano ridotte agli elementi essenziali del tronco e delle cosce, e veniva prodotto un simbolo antropometrico, cioè quello relativo al canone delle proporzioni umane. Klein lo ritenne l'espressione più intensa dell'energia vitale immaginabile: la modella non era più ritratta dall'artista ma rappresentava un veicolo di energia vera, reale, vitale e collaborava creativamente all'opera. Un vero e proprio rituale veniva messo in opera: un rito in cui l'artista non interviene di propria mano ma semplicemente dando delle indicazioni verbali. Questo significa che si può produrre pittura senza l'intervento diretto della mano dell'artista e che la "forma" dell'immagine dipende dall'anatomia e dalla personalità della modella, che diventa attiva nell'esecuzione dell'opera. Oltretutto, quando nelle gallerie d'arte si svolgevano le performances delle modelle che si rotolavano nude e spalmate di colore blu su grandi tele o sulla carta diventando "pennelli viventi", si attuava una grandiosa rivelazione: le donne nude lasciavano la loro impronta sulle tele svelando così l'essenza metafisica della loro nudità, e il loro seno diventava una semplice coppia di tondi blu.



Nell'ambito delle diverse esperienze di performance art degli anni Settanta, la cosiddetta Body Art comprende tutte quelle ricerche di artisti che utilizzano il proprio corpo direttamente come materia espressiva. Icona di tutte le forme di espressività legate al corpo, Marina Abramović è oggi una delle artiste più affascinanti e magnetiche del nostro tempo e un vero mito per chi ama la performance: il corpo - spesso integralmente nudo - è sempre stato lo

strumento delle sue performance, l'autocontrollo e i limiti fisici e mentali il suo parametro. In una delle ultime serie di videoinstallazioni dal titolo *Balkan Erotic Epic*, l'artista serba ha compiuto un viaggio a ritroso alle origini della cultura balcanica, quando il legame con la terra si espletava in una fisicità istintiva, intrisa di superstizione e magia. Un ritorno alle origini, a partire dalla cultura primitiva, contadina, indissolubilmente legata alla terra, fino alla società "evoluita", "colta", che questo legame sembra averlo perso. Ecco allora un gruppo di donne danzare sotto la pioggia, alzando la gonna e mostrando la vagina al cielo; oppure massaggiarsi il seno mentre guardano il cielo, per entrare in contatto con le energie cosmiche. Immagini che di "scabroso" non hanno proprio nulla, e portano piuttosto a chiedersi dove e quando il corpo nudo è diventato peccato, dove e quando l'essere umano abbia smarrito il senso di appartenenza al ciclo delle stagioni e alla natura da cui proviene. L'artista, vestita da contadina, che si massaggia i seni con la faccia rivolta al cielo, è l'immagine simbolo di questa sessualità spogliata di ogni estetizzazione e di ogni morbosità e restituita al prato verde che la circonda.



Completamente diverso il lavoro di un'altra artista che lavora con la performance: l'italiana Vanessa Beecroft. Nelle sue azioni compaiono modelle professioniste, selezionate dopo un casting molto accurato. Le ragazze prescelte, dopo una fase di trucco e acconciatura come quella che precede un set fotografico, vengono istruite sui comportamenti da tenere (mai guardare in faccia lo spettatore, mai sedersi per troppo tempo, mai guardarsi o parlarsi). Spesso i corpi sono rasati e nudi, ad eccezione di scarpe e a volte di slip, calze,

veli. La scelta espressiva della Beecroft è quella di utilizzare il corpo di giovani donne più o meno nude, mosse secondo precise coreografie, con opportuni commenti musicali o con il variare delle luci, per comporre "quadri viventi". Le modelle stanno immobili per ore ed ore, come se fossero corpi congelati, o manichini di carne e sangue. Quando si muovono, lo fanno secondo precise indicazioni, costruite su un telaio di norme severissime, come se fossero materia vivente in mano dell'artista. Costante del suo fare artistico è l'immagine della donna, perché Vanessa Beecroft fa della condizione femminile l'ampio territorio della sua ricerca, utilizzando come materiale primario il corpo stesso della donna. È con questo mezzo che Beecroft affronta alcuni degli aspetti più controversi della realtà sociale e culturale contemporanea tra cui il rapporto con il cibo e la sessualità e l'ossessione per la bellezza e la forma fisica. Fino alle sue conseguenze più tragiche che scadono nell'anorexia.



Oltre la performance, negli ultimi anni molta importanza ha assunto la fotografia: l'americana Cindy Sherman produce serie di opere, fotografando se stessa in una varietà di costumi e maschere. Premettendo che la Sherman ha definito se stessa non una fotografa, ma piuttosto un'artista performativa, il suo uso del mezzo è assolutamente "fotografico": i suoi scatti non sono semplice documentazione di performance, ma vere e proprie messe in scena, che nascono per essere riprese dalla macchina fotografica e sono strettamente condizionate dal codice linguistico peculiare al

mezzo: composizione, formato, inquadratura, uso espressivo delle ombre o dei colori. L'autrice ha sempre utilizzato il suo corpo trasformato con trucco pesante, protesi e parrucche per essere modella e nello stesso tempo fotografa, inseguendo la passione per il travestimento. Nella serie dedicata alla Madonna del latte, tutto si presenta enfatizzato e sopra le righe, compreso il seno gonfio che mostra apertamente la propria artificialità: l'artista non nasconde l'ausilio di "trucchi" banali e di ornamenti luccicanti, il duplicato è volutamente "posticcio" e produce uno scarto rispetto all'originale. Non si tratta per l'artista di scandagliare la propria identità, ma al contrario di mascherarsi, di mettersi in posa e fotografare il duplicato inquietante che lei stessa ha creato: alla fine è come se la vera Cindy Sherman non esistesse, ma esistessero i suoi innumerevoli travestimenti che mettono in luce l'ambiguità tra realtà e finzione.



Se c'è qualcosa che accomuna i lavori così diversi di queste artiste della contemporaneità è proprio la posizione di disconoscimento del "seno" femminile così come la intende il comune punto di vista maschile, cioè come oggetto di desiderio e di erotismo. I lavori di queste artiste non fanno leva sul desiderio, anzi al contrario custodiscono un "mistero", esprimono conflitti irrisolti, pongono delle domande sul lato oscuro della femmina e sui destini delle donne

che li indossano. Presi tutti insieme parrebbero dichiarare che il seno, al contrario di quel che si crede, è soprattutto un enigma. Viene in mente quello che diceva il grande poeta Novalis sul seno femminile: "Il seno è il petto delle donne elevato a mistero".

Immagini

Eugène Delacroix, *La libertà che guida il popolo*, 1830, Parigi Museo del Louvre

Édouard Manet, *Olympia*, 1865, Parigi Musée d'Orsay

Pablo Picasso, *Les Femmes d'Alger (O Version 'O')*, 1911-12, MOMA New York

Egon Schiele, *Standing Nude with Orange Stockings*, 1914, Private Collection,

de Kooning, *Woman I*, MoMa, 1950-52 Museum of Modern Art, New York

Tom Wesselman, *Grande Nudo Americano*, 1964

John De Andrea, *Untitled Bronze*, 1984, Chase Museum of Art

Lucian Freud, *Benefits Supervisor Sleeping*, 1995

Yves Klein, *Antropometrie*, 1960

Marina Abramovic, *Balkan Erotic Epic*, 2005

Vanessa Beecroft, *VB 35, performance at Guggenheim Museum di New York*

Cindy Scherman, *Untitled*, 1989

Ettorina Campadelli

Ettorina Campadelli è nata a Roma; vive a Bologna. Il suo nome anagrafico è usato solamente per documenti e certificati poiché, da sempre e da tutti, compreso marito e figli, è chiamata Ettore, al maschile. Giornalista pubblicista, ha collaborato per diversi anni con varie testate, riviste e quotidiani. È iscritta alle SIAE come autrice di testi per canzoni. Dal 1989 al 2011 ha pubblicato, con la Casa Editrice Book Editore, sette libri di poesie.

Nel 2005 è stata operata al seno con seguito di radioterapia. Nel 2009 altro intervento, sempre al seno, con conseguente chemio terapia. Nei suoi ultimi due libri ha espresso, in poesia, queste sue esperienze nelle varie fasi di malattia, di cure, di guarigione.

Poesia, terapia per riaccendere la vita

Prima fase: PAURA

La brutalità del male si nutre di me e mi terrorizza. Piccolo uccello smarrito voglio sappare da questo buio, da questa realtà che può recidere il mio canto.

Al desiderio impulsivo d'evasione
nel terrore di un schianto
per quel fico maestoso
che la vita mi ha scalato
giunge sommesso il brusio della platea.

Sono in prima fila
e so le risposte del questionario
ma soffro la clemenza dell'indugio
l'imperturbabile abisso
tra la mia voce e il buio.

Libera di sgranare le mie carte
di sfiorare il destino in bilico
proprio qui vedo l'invisibile
il dolore senza fuga che precetta la via.

(Dal libro: L'età della notte)

Seconda fase: ABBANDONO

Vedo cenere sul mio seno violato. M'infrango nel freddo, assorbo e rantolo.
Che passi la lama radiante
ed anche sospiri
allo sfrigolio della pelle tatuata.
Nessuna resistenza
dai liquidi tumefatti
neppure impulsi drogati

ormai flebili richiami
dell'ora gareggiata.

Ritorno agli albori
di Dio, della vita, non so
un compasso alla ricerca
del tondo perfetto.

Io nel mezzo
filamento in difetto
munita d'istruzioni
inconciliabili con la sostanza.

(Dal libro: L'età della notte)

Terza fase: LOTTA

Nella carezza dell'origine mi raggiunge la lotta, l'urto del travaglio che è il richiamo del sangue.

Qui, nell'immobilità del buio
dietro cataste di pensieri spinosi
e graffiti dai mellifluidi richiami
trama la caverna degli anni
a caccia delle mie ciglia logore.

E proprio qui converto il mio cuore
all'anarchia dei dolori ormai freddi
a distillare l'amore sul fondo del tempo
e a cercare un posto dove lasciare i suoi petali
percossi da una grandine che sradica
ma disseta e non maledice.

Basta per il congedo
la tarda età di una notte.

(Dal libro: L'età della notte)

Quarta fase: ACCETTAZIONE

Ora brucio la materia, incarno la mia umanità e riconosco il fiume della vita.

Mi spaventa accarezzare la sconfitta
anche se ho troppi anni per serbarmi intatta
e i frantumi della mia schiena
danno asilo ai germi della lotta.

Temo la debolezza offesa
martire di lacerante sfida
o di farmi stanare ammainata
nel lutto di una genesi arresa.

In questo firmamento
dove la carne trema
credo a una sola resistenza estrema
il barbaro coraggio d' accettarmi umana.

(Dal libro: L'età della notte)

Quinta fase: SFIDA
Mi ribello ai nodi, detto io i patti per un duello sui fogli.
Non t'azzardare
maligno balenottero
in cerca di dirupi
a demolire questo inverno
per sottrarli alla mia sponda.

Sarò la guardiana delle tue spoglie
il tuo carnefice d'erba nuova
quando non l'ulivo ma il melo
fiorirà nell'orto di Gètsemani
alla sagra della fonte amica.

Il nevischio della sofferenza
inghiottita per non disturbare
s'impenna in un crogiolo
a fondere ogni tua velleità
di risurrezione.

(Dal libro: Se la parola è un atto)

Sesta fase: SPERANZA
Spuntati i coltelli, la pena si scioglie nel flusso del domani.

Affiorata dal gorgo di medusa
sazia di specchio, ripulsa, paura
finalmente libèrta
prendo in braccio i miei anni
e scendo dal marciapiede.

Reliquia d'armi, sedimentate
nelle antenne di una lumaca
vanifico aura d'amianto
attizzata dall'estro della vita
dionisiaca poesia
alle strette con la scelta l'ascesa, la brutta discesa.

Divelta come un campo
dopo l'empietà dell'aratro
m'infradicio di mente e di cancro
sulla terra stanca di noi
che ripete, quante volte ripete
"senza importanza".

(Dal libro: L'età della notte)

Settima fase: DOMANI
Sul ciglio di un bambino la sacralità di una nuova alba.

A stento sciamo
il liquido degli incubi
fra le correnti del mio tempo
ma pregusto un piccolo futuro
una scoperchiata pietà
da lucido mattino
e a ridosso di qualche sogno
già scoppia l'aroma
di un ciglio bambino

Inseguita dall'imbrunire
sprofondo nella meditazione dell'ora
sedotta dalla meraviglia del respiro.

(Inedita)

Il reggiseno

(Dr.ssa Barbara Cimmino - Inticom)

Un po' di storia...

Il "reggipetto" ha una storia lunga, ma non lunghissima. È soltanto al principio del XX secolo che uno stilista francese, di nome Paul Poiret, presentò un prodotto simile al reggiseno che utilizziamo oggi, avente la funzione di sostenere e modellare i seni. Fino ad allora le donne si erano costrette in assai poco comodi busti.

Dal 1920 il reggiseno cominciò ad essere largamente usato da tutte le donne, con grandi benefici riguardo la confortevolezza e la possibilità di muoversi in modo naturale.

Una svolta epocale, che migliorò ulteriormente la bellezza e la comodità di questo prodotto, fu segnata dall'introduzione delle fibre sintetiche ed elastiche alla fine degli anni '50.

Si eliminarono infatti i tanti tagli fino ad allora necessari a conferire un'adeguata profondità alle coppe e molti stilisti si poterono così concentrare per accrescere la gradevolezza estetica di questi prodotti.

Lasciati gli anni '60, epoca di femminismo esasperato durante la quale i reggiseni addirittura venivano bruciati per ragioni ideologiche, decaduto il modello di donna esile e poco prosperosa ispirato alla celebre modella Twiggy, negli anni '90 il successo planetario del Wonderbra riportò una grande attenzione su tutto il mondo dei reggiseni ed alla loro capacità di esaltare la sensualità e la bellezza della donna.

Il reggiseno "push up" regalò da allora alle donne, anche quelle non molto dotate naturalmente, almeno una terza misura attraverso l'utilizzo di coppe imbottite e graduate di nuova concezione.

Il reggiseno e la donna...

Oggi il seno ed il reggiseno si espongono con una certa frequenza, lasciando talvolta minore spazio all'immaginazione maschile ed all'erotismo. L'indumento intimo è di conseguenza disegnato perché si possa notare o comunque intravedere: per questa ragione il reggiseno deve essere ricercato e sofisticato, conservando tuttavia le sue apprezzate caratteristiche di confortevolezza.

Nell'indossare un reggiseno ogni donna opera una scelta di

gusto e di funzione d'uso che rispecchia la sua personalità o il suo stato d'animo, in relazione ad un momento della giornata o ad un evento. In nessun caso però la donna rinuncia ad un reggiseno comodo, che non stringa, che abbia delle coppe adeguate e dei ferretti che non producano fastidi o arrossamenti.

Aziende come Yamamay hanno reso possibile per tutte le consumatrici l'accesso diffuso a questi prodotti, un tempo piuttosto costosi, preservandone e spesso anche migliorando le loro caratteristiche funzionali ed estetiche.

Nella scelta del reggiseno è importante conoscere l'orientamento seguito dalla marca individuata nella fase di acquisto: alcune marche prediligono infatti l'aspetto estetico del prodotto, altre quello funzionale. Solo pochi brand riescono a fondere entrambe le caratteristiche conferendo al reggiseno sia un aspetto glamour che una naturale confortevolezza.

La complessa progettazione di un reggiseno, considerato un'opera di ingegneria con le sue 25/30 componenti diverse assemblate insieme, deve infatti avere come obiettivo il benessere e la salute della donna che lo potrà utilizzare; ma l'aspetto emozionale non può tantomeno essere trascurato, perché tutte le donne desiderano piacersi e piacere! Quindi la gradevolezza estetica del prodotto deve essere necessariamente accompagnata alla sua funzionalità.

La scelta del reggiseno...

Che sia balconcino, push up, balconette o triangolo, la cosa importante è scegliere la tipologia migliore per la propria costituzione fisica e non accontentarsi.

Per l'uso quotidiano è preferibile optare per modelli di reggiseno che fanno parte delle collezioni continuative dei brand del settore: in questo modo sarà più facile acquistare nuovamente il prodotto con il quale ci si è trovati bene. La scelta del colore è altresì importante, perché il reggiseno accompagna la donna in tutte le occasioni d'uso: nudo, da utilizzare con gli abiti bianchi, oltre ai classici nero e bianco. Il tessuto con il quale il reggiseno è realizzato ha anche un valore: le fibre sintetiche, in particolare le microfibre, permettono la realizzazione di tessuti dalle prestazioni eccezionali, igienici e molto gradevoli esteticamente; le

fibre naturali, prime tra tutte il cotone, sono utilizzate meno frequentemente e soprattutto per i capi meno costruiti, in quanto per l'utilizzo nei reggiseni sviluppano prestazioni inferiori rispetto a molte fibre sintetiche.

Per le occasioni d'uso speciali si può spaziare dai modelli multifunzione, adatti ad ogni tipo di scollatura di vestiti, fino a quelli estremamente raffinati, arricchiti con balze di pizzo e con sete elasticizzate selezionate ed esclusive.

Con ferretto o senza?

Non è importante la presenza del ferretto in sé. Ciò che conta è che il reggiseno sia portato con disinvoltura e piacere e che non ci si accorga di averlo indosso.

Ogni tipo di attrito sulla pelle, dalle spalline elastiche ai ganci sulla schiena, può far causare fastidi ed esporre la donna a piccoli problemi di salute. I ferretti interni, se ben collocati ed in armonia con la struttura del reggiseno, non generano problemi di alcun tipo e non sono mai a diretto contatto con la pelle.

Nel caso particolare di persone che abbiano subito interventi chirurgici al seno sarà corretto scegliere, almeno nelle prime settimane successive all'intervento, modelli di reggiseno che aiutino il decorso post operatorio. Quindi reggiseni che svolgano la funzione di sostegno, ma non quella di modellatura del seno. Via quindi i ferretti e le imbottiture estreme come quella del super push up, senza però rinunciare al "bello" dell'intimo.

Lasciarsi quindi consigliare da personale esperto resta il miglior modo per fare la scelta giusta di prodotto.

La misura corretta e la profondità di coppa corretta, che spazia normalmente dalla "a" alla "e", assicurano ad ogni tipo di donna, dalla pubertà alla vecchiaia, la possibilità di indossare un reggiseno perfetto, compagno di vita e di avventure...

cosa altro mai noi donne abbiamo a diretto contatto con la nostra pelle, tutti i giorni, fino a 18 ore al giorno?

Attività fisica nella prevenzione e nella cura di un tumore al seno

(Carlotta Berti)

La spina dorsale è il primo elemento di sostegno del seno: basta avvicinare le scapole per avere sempre seni eretti. La parte ghiandolare del seno, invece, sfugge al nostro controllo: è governata dagli ormoni e condizionata da ereditarietà, gravidanze, età anagrafica. Il tessuto adiposo, la pelle e i pettorali svolgono, però, un ruolo di grande importanza nello stabilire la forma, il peso, la linea del nostro seno. Sbaglia, allora, chi afferma che migliorare l'aspetto del seno è impossibile: provate questi esercizi per verificare.

Innanzitutto diamo una definizione di quella che chiamiamo ATTIVITÀ FISICA, e cioè qualsiasi movimento che comporta un aumento del consumo energetico rispetto alla condizione di riposo. Una corretta attività fisica praticata regolarmente, cioè almeno 3 giorni alla settimana per circa 60 minuti ogni volta, unita ad una sana alimentazione ed ad un giusto peso corporeo riduce di 1/3 il rischio di tumore, soprattutto quello alla mammella nelle donne e quello al colon negli uomini.

Nelle belle giornate approfittiamone quindi per fare delle belle passeggiate di 1 ora a passo spedito e, se siamo volenterosi, possiamo unire alla camminata anche alcuni esercizi per le braccia in modo da aumentare il lavoro aerobico e anche il dispendio energetico. Chiariamo che un passo spedito comporta fare almeno 6000 - 7000 passi nei 60 minuti; oggi in commercio si trovano degli appositi contapassi a tale scopo.

Gli esercizi per gli arti superiori che possiamo fare in aggiunta sono:

- partendo con le braccia lungo i fianchi: inspirare e sollevarle lateralmente fino a portarle all'altezza delle spalle, espirare e riabbassarle lungo i fianchi
- la stessa cosa si può fare sollevando le braccia frontalmente fino a portarle davanti al petto, meglio se abbiniamo sempre la respirazione e cioè dentro l'aria mentre solleviamo le braccia e fuori l'aria mentre le abbassiamo
- mani alle spalle e gomiti piegati all'altezza delle spalle, eseguire delle rotazioni con i gomiti immaginando di disegnare dei cerchietti nell'aria, almeno 10 per senso di rotazione

E quando piove? Sostituiamo le nostre camminate con 45 minuti di cyclette/ tapis roulant in casa o al coperto; nel caso

non possedessimo tale attrezzo si può fare, comodamente in piedi davanti alla tv, una energica marcia sul posto con gli stessi esercizi per le braccia che eseguiremmo all'aperto. Gli esercizi proposti per le braccia sono, in particolar modo, utili nella cura del proprio seno perché comportano l'utilizzo del muscolo pettorale.

Gli effetti benefici dell'attività fisica regolare nelle persone operate di tumore, o che hanno effettuato una cura chemioterapica, si manifestano principalmente sugli effetti secondari alla cura, e cioè sul senso di stanchezza e debolezza, sulla mancanza di concentrazione e sul declino fisiologico. Anche delle semplici camminate regolari, come quelle illustrate precedentemente, possono migliorare notevolmente il profilo psicologico e l'umore, ci proteggono dal rischio di possibili recidive e riducono il tasso di mortalità.

In particolar modo l'attività fisica contribuisce al miglioramento della qualità della vita di una persona operata al seno donando maggior vitalità e vigore fisico attraverso un miglior tono muscolare e mobilità articolare.

Di seguito verranno illustrati i principali esercizi per il mantenimento di un seno sano, e successivamente gli esercizi consigliati dopo l'asportazione di un tumore alla mammella.



La spina dorsale è il primo elemento di sostegno del seno: basta avvicinare le scapole per avere sempre seni eretti. La parte ghiandolare del seno, invece, sfugge al nostro controllo: è governata dagli ormoni e condizionata da ereditarietà, gravidanze, età anagrafica. Il tessuto adiposo, la pelle e i pettorali svolgono, però, un ruolo di grande importanza nello stabilire la forma, il peso, la linea del nostro seno. Sbaglia, allora, chi afferma che migliorare l'aspetto del seno è impossibile: provate questi esercizi per verificare.

Innanzitutto diamo una definizione di quella che chiamiamo ATTIVITÀ FISICA, e cioè qualsiasi movimento che comporta un aumento del consumo energetico rispetto alla condizione di riposo. Una corretta attività fisica praticata regolarmente, cioè almeno 3 giorni alla settimana per circa 60 minuti ogni volta, unita ad una sana alimentazione ed ad un giusto peso corporeo riduce di 1/3 il rischio di tumore, soprattutto quello alla mammella nelle donne e quello al colon negli uomini.

Nelle belle giornate approfittiamone quindi per fare delle belle passeggiate di 1 ora a passo spedito e, se siamo volenterosi, possiamo unire alla camminata anche alcuni esercizi per le braccia in modo da aumentare il lavoro aerobico e anche il dispendio energetico. Chiariamo che un passo spedito comporta fare almeno 6000 - 7000 passi nei 60 minuti; oggi in commercio si trovano degli appositi contapassi a tale scopo.

Gli esercizi per gli arti superiori che possiamo fare in aggiunta sono:

- partendo con le braccia lungo i fianchi: inspirare e sollevarle lateralmente fino a portarle all'altezza delle spalle, espirare e riabbassarle lungo i fianchi
- la stessa cosa si può fare sollevando le braccia frontalmente fino a portarle davanti al petto, meglio se abbiniamo sempre la respirazione e cioè dentro l'aria mentre solleviamo le braccia e fuori l'aria mentre le abbassiamo
- mani alle spalle e gomiti piegati all'altezza delle spalle, eseguire delle rotazioni con i gomiti immaginando di disegnare dei cerchietti nell'aria, almeno 10 per senso di rotazione

E quando piove? Sostituiamo le nostre camminate con 45 minuti di cyclette/ tapis roulant in casa o al coperto; nel caso

non possedessimo tale attrezzo si può fare, comodamente in piedi davanti alla tv, una energica marcia sul posto con gli stessi esercizi per le braccia che eseguiremmo all'aperto. Gli esercizi proposti per le braccia sono, in particolar modo, utili nella cura del proprio seno perché comportano l'utilizzo del muscolo pettorale.

Gli effetti benefici dell'attività fisica regolare nelle persone operate di tumore, o che hanno effettuato una cura chemioterapica, si manifestano principalmente sugli effetti secondari alla cura, e cioè sul senso di stanchezza e debolezza, sulla mancanza di concentrazione e sul declino fisiologico. Anche delle semplici camminate regolari, come quelle illustrate precedentemente, possono migliorare notevolmente il profilo psicologico e l'umore, ci proteggono dal rischio di possibili recidive e riducono il tasso di mortalità.

In particolar modo l'attività fisica contribuisce al miglioramento della qualità della vita di una persona operata al seno donando maggior vitalità e vigore fisico attraverso un miglior tono muscolare e mobilità articolare.

Di seguito verranno illustrati i principali esercizi per il mantenimento di un seno sano, e successivamente gli esercizi consigliati dopo l'asportazione di un tumore alla mammella.

Esercizi di ginnastica per il mantenimento della tonicità e della salute del seno

Premettendo che con la ginnastica non si lavora direttamente sul seno ma si lavora sul muscolo pettorale, che si trova subito sotto, di seguito vengono presentati alcuni esercizi di contrazione e rilassamento di tale muscolo. Sono molto semplici e facilmente riproducibili anche al proprio domicilio, con l'accortezza di eseguirli davanti ad uno specchio per controllarne la corretta esecuzione.

Allenare il pettorale alternando fasi di contrazione e di rilassamento permette di mantenere una buona tonicità muscolare, fondamentale per un seno in buona salute.

In piedi: gambe leggermente divaricate e ginocchia flesse, braccia lungo i fianchi. Inspirare aprendo bene le spalle, unendo le scapole e portando il petto in fuori.

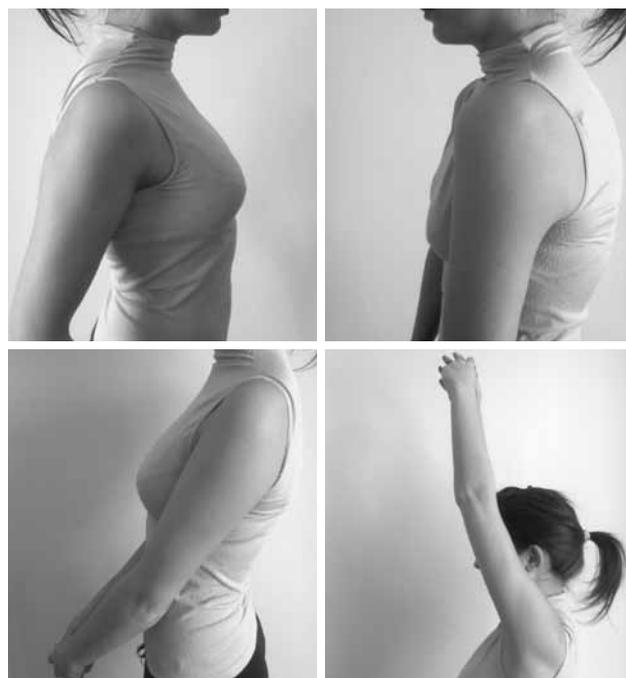
- il muscolo pettorale si allunga – Espirare portando le spalle in avanti, allontanando le scapole e chiudendo il petto;
- il muscolo pettorale si contrae;
- posizione in piedi con le mani incrociate davanti al bacino;
- inspirare e sollevare le braccia portando le mani sopra la testa, poi espirare e tornare alla posizione di partenza;
- in piedi con le gambe leggermente divaricate e la mani unite palmo contro palmo davanti al petto, gomiti all'altezza delle spalle;
- spingere bene i palmi delle mani contraendo il pettorale e mantenendo la contrazione per 5 secondi. Se fatto davanti allo specchio, nel momento della contrazione si vede bene il seno che si solleva.



Allungamento del muscolo pettorale

Materassino a terra, stesi a pancia in su con le ginocchia piegate e i piedi appoggiati sul pavimento; la colonna vertebrale deve aderire per intero al materassino, eventualmente possiamo contrarre leggermente la muscolatura addominale per abbassare la zona lombare.

- mani alle spalle e gomiti chiusi davanti al petto;
- inspirare e aprire il petto portando i gomiti a terra in modo da far aderire bene le scapole al pavimento; espirare e tornare a unire i gomiti chiudendo il petto;
- stessa posizione di partenza dell'esercizio precedente ma con le braccia aperte a livello delle spalle, palmo delle mani rivolto al soffitto (questo permette di tenere le spalle aperte; con il palmo rivolto al pavimento, infatti, le spalle si chiuderebbero automaticamente in avanti);
- incrociare la gamba sinistra sulla destra, posizionare la mano destra esternamente al ginocchio sinistro e ruotare il bacino e le gambe verso destra; assicurarsi che il braccio destro rimanga a terra e che le spalle non si sollevino dal pavimento. Mantenere la posizione almeno 30 secondi poi eseguire dall'altro lato.



Esercizi dopo intervento alla mammella

- sedute con il braccio non operato lungo il fianco e l'altro braccio (del seno operato) aperto all'altezza della spalla: portare la mano alla spalla e ritornare alla posizione di partenza. Ripetere l'esercizio 5 - 6 volte senza affaticare il braccio operato;
- sedute su uno sgabello oppure in piedi, portare le mani dietro la schiena e prendere con la mano del braccio sano la mano del braccio operato. Risalire lentamente lungo la colonna vertebrale facendo attenzione che sia l'arto sano a guidare nel movimento l'arto operato. Mantenere la posizione qualche secondo e scendere lentamente come si è saliti. Ripetere 5 volte;
- fianco sano rivolto verso la parete con la mano appoggiata al muro circa all'altezza della spalla. Risalire lentamente la parete stendendo il braccio e fare un piccolo segnetto a matita nel punto più alto che si raggiunge. Poi eseguire l'esercizio con il braccio operato e cercare di raggiungere lentamente il punto segnato con la matita. **VARIANTE:** fronte alla parete con tutte 2 le mani appoggiate al muro all'altezza del petto. Facendo risalire le mani lungo la parete cercare di raggiungere la massima altezza mantenendo le mani allo stesso livello e, una volta raggiunta la posizione, mantenerla qualche istante prima di scendere. Far riposare le braccia e ripetere 5 - 6 volte.;
- portare le braccia all'altezza delle spalle e fare 5 piccole rotazioni all'indietro tenendo le braccia ben stese. Poi abbassare le braccia riportandole lungo i fianchi e far riposare qualche istante; lentamente risalire all'altezza delle spalle e cercare di ampliare la rotazione senza affaticare troppo le braccia. Non eseguire più di 7 - 8 rotazioni consecutive senza aver riposato le braccia.



Come migliorarsi a tavola - alimentazione e seno

(Valeria Tarabusi)

Le relazioni tra cibo e cancro in generale sono ampiamente dimostrate dalla letteratura scientifica più recente. Queste relazioni pericolose già descritte ampiamente anche per patologie cardiovascolari, invecchiamento e disordini metabolici pongono sempre più l'attenzione sulla ricerca dei molteplici fattori chiamati in causa.

L'azione di trovare nessi causali precisi e soluzioni terapeutiche sarà sempre più rivolta alla prevenzione del problema che non ad una battaglia contro la malattia già presente perché spesso, come tristemente sappiamo, la soluzione sembra incomprensibile ed è quasi sempre dedicata a terapie che fanno "soffrire" più del male stesso.

La scienza moderna descrive in molti e a differenti riguardi che l'uomo che si nutre male finisce per trovarsi in una sorta di stato di infiammazione cronica e/o depressione delle proprie difese immunitarie tali da esporlo più facilmente a rischi oncologici, malattie cardiovascolari e più veloce invecchiamento.

Inoltre, rispetto a un secolo fa sono aumentati nel nostro territorio: gli allevamenti intensivi, gli inquinanti ambientali, più cibi conservati in scatola con a volte metalli pesanti presenti nelle confezioni, più additivi come i conservanti (nitriti e nitrati) e tante altre sostanze chimiche che il nostro corpo spesso non è in grado di eliminare ma accumula internamente. Facendo attenzione a ciò che mangiamo controllandone la provenienza e la stagionalità, possiamo scegliere di modificare i fattori di rischio alimentari riducendo le cause associate allo sviluppo di cancro e di recidive. Il cibo è un insieme di tantissime componenti che agiscono in sinergia tra loro e mangiando ogni giorno in maniera corretta possiamo contribuire a mantenere la giusta armonia nel nostro corpo.

È fondamentale imparare a mangiare bene per sentirsi meglio nel breve e lungo periodo.

Iniziando in maniera graduale, questo comportamento ripetuto nel tempo diventerà la Vostra sana abitudine di vita. Gli alimenti ci possono aiutare o danneggiare, la frequenza dei pasti e la loro preparazione possono trasformare un alimento utile al nostro organismo in uno che ci danneggia. Ormai è conoscenza di tutti che l'alimentazione influisce sullo sviluppo di tumori, sia per sede d'attacco che per tempistica. Nel caso specifico del cancro della mammella, l'insorgenza è multifattoriale e alcuni fattori ormonali sono modificabili anche dal peso corporeo.

Nell'Europa occidentale almeno il 10% dei casi è associato a un peso corporeo eccessivo, se ci associamo anche una inattività fisica e un'alimentazione scorretta questa percentuale sale al 38%.

Quindi è importante sapere se si è o no in normopeso. Come fare? - si deve **calcolare** il proprio **Indice di Massa Corporea o BMI**.

La formula è davvero molto semplice: dividete il vostro peso (espresso in kg) per l'altezza al quadrato (espressa in metri). Per esempio una donna che di 66 kg alta 1 metro e 65 centimetri farà questo calcolo $66 / (1.65 \times 1.65) = 23,9$. Il valore ottenuto dovrebbe rientrare tra i 18,5 e 24,9, quindi la donna dell'esempio è in normopeso.

Nel caso in cui il vostro valore sia fuori range vi consiglio di andare al più presto dal vostro **medico curante**, che vi consiglierà di rivolgervi ad uno **specialista laureato in dietistica o un medico dietologo**, per farvi indirizzare nel miglior percorso dietetico da intraprendere.

È molto importante essere sempre critici, diffidare delle diete miracolose o senza carboidrati perché quasi sempre vengono proposte da giornali o da persone senza referenze o titoli di studio attinenti alla dietistica.

In passato la longevità sembrava una questione di coincidenza o di casualità. Oggi invece è anche una questione di intenzionalità e scelta quotidiana.

Misuratevi anche la circonferenza vita con un comune metro da sarta, la donna dovrebbe mantenersi sotto gli 85 - 88 cm mentre gli uomini sotto i 120 cm. L'accumulo di tessuto adiposo diventa un terreno fertile per la formazione di nuovi vasi sanguigni indispensabili per la crescita dei tumori, inoltre crea una situazione pericolosa chiamata insulino - resistenza. Il glucosio è il principale nutrimento delle cellule tumorali, se presente in eccesso il pancreas produce più insulina che a sua volta fa aumentare il livello di testosterone e questa reazione farà aumentare il rischio di cancro perché aumentano gli ormoni sessuali. Fate ancora più attenzione se siete in menopausa perché una massa adiposa eccessiva favorisce una maggior produzione di estrogeni influenzando l'espressione delle alterazioni geniche nei tessuti ormono - dipendenti come quelle del seno, quindi l'obesità postmenopausale raddoppia il rischio di cancro mammario.

Ora vi elencherò quali sono i cibi e i comportamenti da attuare quotidianamente per aiutarci a prevenire il cancro

al seno o nello sfortunato caso di malattia già in essere ad affiancare la chemioterapia.

Consigli dietetici:

- Il primo consiglio unanime è quello di limitare il consumo della carne per favorire quello del **pesce**, meglio se piccolo e non di allevamento ma pescato. Non superate i 200 gr di **carne** a settimana (specialmente se rossa), le proteine animali aumentano i fattori di crescita ematici, se presenti in eccesso c'è un aumento del rischio di sviluppare tumori;
- inoltre cercate sempre di non cucinare a temperature troppo elevate e per tante ore perché altrimenti si formeranno delle glicotossine responsabili dell'invecchiamento cellulare;
- aumentate le proteine vegetali derivate dalla soia o dal glutine del grano tenero: tofu, seitan, latte di soia biologico, tempeh. L'assenza di colesterolo e il basso contenuto di sodio, fanno di questi alimenti una valida alternativa per le diete ipocaloriche;
- preferite i cereali non raffinati come pasta e riso integrali, orzo, farro, avena e miglio. I cibi integrali aumentano il senso di sazietà. Inoltre facilitano il transito intestinale riducendo l'assorbimento di grassi e colesterolo, riducono inoltre l'assorbimento di sostanze cancerogene, quindi diminuisce il rischio di sviluppare alcuni tipi di cancro;
- aumentate l'uso di **legumi** come lenticchie, ceci, piselli, borlotti, fagioli rossi, cannellini e soia biologica. Non contengono colesterolo ma hanno un elevato potere saziante. Contengono inoltre proteine di buona qualità (6% circa i legumi freschi, 20 - 23% circa i legumi secchi) e possiedono amminoacidi essenziali che possono mancare in altri vegetali; possiedono anche un buon contenuto di vitamine B1, PP e C, ferro, fosforo, magnesio, potassio, fibre, carboidrati complessi e non mancano di calcio, anche se in quantità minore rispetto ad altri vegetali come la rucola. - Per assicurarvi un buon apporto di Calcio e

omega 3 vi consiglio mangiare ogni giorno una modica quantità di **frutta secca**: noci, nocciole, mandorle e **semi** di: girasole, sesamo, lino e zucca (riducono l'infiammazione e abbassano i trigliceridi).

- consumate ogni giorno almeno tre porzioni di **verdura** di stagione (meglio cruda o cotta al vapore per poco tempo) controllando sempre che non provenga dalla parte opposta del mondo perché durante il trasporto si perdono molte sostanze protettive per il cancro. Le verdure hanno poche calorie ma tanti minerali, vitamine e sostanze fondamentali per uno stato di buona salute. In particolare modo si è visto che un uso costante negli anni di broccoli, cavolfiori e cavoli, rapa, rapanello e rucola aiutano a prevenire in modo significativo il cancro perché ricche di sostanze antiestrogeniche. Gli antiossidanti presenti in natura proteggono il nostro DNA e prevengono l'attivazione ossidativa dei cancerogeni. L'ossidazione è una deeletronificazione, con attribuzione a un atomo o una molecola di elettrone spaiato, che dà luogo al "famoso" radicale libero in grado di provocare gravi danni alle membrane cellulari. Il beta carotene (presente in numerose verdure gialle, rosse e arancioni), i polifenoli (presenti in uva, fragole e mirtilli), i flavonoidi (presenti nei legumi) sono sostanze capaci di catturare i radicali liberi prevenendo seri danni alle strutture cellulari;

- condite con un buon **olio extravergine di oliva** italiano spremuto a freddo, da usare sempre al crudo. I polifenoli e la vitamina E presenti nell'olio di oliva extravergine, grazie alla loro azione antiossidante, contribuiscono a prevenire l'arteriosclerosi e rallentano l'invecchiamento delle cellule. Come riportato da diversi studi, esistono dati che mettono in relazione l'uso di olio extravergine di oliva con una riduzione di alcuni tipi di tumore, in primis quello al seno. Uno di questi studi è stato eseguito in Spagna, realizzato dai ricercatori dell'Università Autonoma di Barcellona guidati da Eduard Escrich e pubblicato sulla rivista scientifica Carcinogenesis. Il meccanismo chiave risiede nell'inibizione dell'attività dell'oncogene p21Ras (che stimola la proliferazione incontrollata delle cellule e facilita la crescita dei tumori), favorendone poi la morte delle cellule tumorali (sopprimendo l'attività di proteine essenziali per la sopravvivenza delle cellule in quanto

impediscono l'apoptosi, il "suicidio" delle cellule), e sarebbe anche responsabile di una protezione del Dna cellulare;

- evitate grassi vegetali e oli vegetali idrogenati (grassi trans) quindi leggete sempre le etichette. È molto importante sapere ciò che si mangia! Il biochimico statunitense Barry Sears ha studiato questi grassi e ha notato una correlazione con i farmaci antinfiammatori non steroidei, bloccano infatti la produzione di alcuni ormoni detti eicosanoidi, deputati alla rigenerazione cellulare, alterando l'equilibrio tra quelli rigeneranti e quelli proinfiammatori deputati alla distruzione cellulare. Ne consegue uno stato infiammatorio silente cronico;
- per insaporire riducete il sale e sbizzarritevi con l'uso di spezie come curry, pepe nero, cumino, zenzero e curcuma. Oltre a dare un gusto ottimo alle vostre pietanze sono potenti antinfiammatori e antiossidanti;
- fate un "mini orto" di erbe aromatiche nei vostri balconi o giardini con salvia, timo, maggiorana, rosmarino (contiene un potente antiossidante e antinfiammatorio che amplifica gli effetti di alcuni chemioterapici). Lo studio EPIC ha dimostrato che l'uso di alcol aumenta il rischio di tumore al seno, questo perché questa sostanza incrementa la produzione di estrogeni e testosterone nel sangue. Cercate di consumare sempre il prima possibile gli alimenti mentre conserve e marmellate fatte in casa devono essere tenute al riparo da calore e umidità per evitare la formazione di sostanze cancerogene come le micotossine.

Evitate di fare delle scorte di cibo per svariati mesi, non siamo fortunatamente in tempo di guerra!

Per quanto riguarda gli alimenti biologici e biodinamici fate molta attenzione: devono avere la certificazione! Oltre a una giusta etica di coltivazione e allevamento, gli alimenti non hanno residui di fitofarmaci o concimi chimici di sintesi.

- cercate di avere un buon peso o almeno non aumentate, chi è in peso forma risponde meglio alla terapia;

• evitate irritazioni meccaniche, come quelle prodotte da fibre vegetali indurite dal forno;

• evitate proteine animali, poiché la degradazione degli aminoacidi solforati metionina e cisteina produce idrogeno solforato, tossico per la mucosa intestinale;

• evitate il latte e latticini, spesso indigesto a causa dei danni iatrogeni alla mucosa dell'intestino tenue, con conseguente diarrea. È ammessa la ricotta che non contiene caseina ed è meno ricca di zolfo. Il fabbisogno di Calcio lo potete introdurre attraverso l'uso di acque ricche di questo minerale, rucola e frutta secca (tutti alimenti privi di colesterolo!);

• fornite proteine vegetali in forma raffinata per diminuire le fibre introdotte;

• evitate lo zucchero e i dolci di pasticceria, dolcificate con i malti e imparate a sentire il naturale sapore dei cibi;

• nel caso in cui ci fossero delle enterite iatrogene che causano intolleranza al glutine, evitate grano, orzo, segale e avena a favore del riso e miso (condimento derivato dalla soia gialla);

• fate uso di alimenti proteici in parte già digeriti e ricchi in aminoacidi liberi (andate nei negozi specializzati e reperite quello che è stato l'alimento cardine per le enteriti da raggi dopo la bomba di Hiroshima: zuppa di miso con alga wakame, ricca di sostanze emollienti e sali minerali). L'alga wakame è utile per l'intestino infiammato, ne basta 1 cm per fare un ottimo brodo bevete lontano dai pasti principali. Possono essere molto utili tisane ai semi di finocchio o anice stellato.

Siamo cio' che mangiamo?

Penso di sì... perché in fondo non dobbiamo dimenticare che già quasi due secoli fa' un importante filosofo tedesco Andreas Ludwig Feuerbach espresse il concetto oggi modernissimo che in fondo" siamo cio' che mangiamo" e approfondi' il concetto che a volte non comprendiamo quale sia il miracolo della natura perché non ne compendiamo appieno le leggi fisiche.

Tante leggi fisiche e chimiche oggi sono conoscenza comune, pur lasciando nelle rispettive coscienze la libertà di aspettarsi i miracoli, abbiamo oggi il dovere di comprendere che in quelle parole si celava il richiamo al dovere che ognuno di Noi ha di salvaguardare quel bene grande e a volte non totalmente compreso che è la tutela della propria salute.

Salute profonda, spesso alla base di un buon grado di equilibrio psicofisico, capace da sola di contribuire in gran parte al raggiungimento della felicità al quale ogni uomo giustamente deve ambire.

In aiuto anche una nuova scienza dei cibi: la nutraceutica e la codifica dei poteri terapeutici degli alimenti che è destinata ad aumentare di importanza e presenza nelle nostre tavole ma è un discorso da poco aperto, destinato a viaggiare veloce e del quale ne parleremo ancora più avanti perché se mangeremo bene avremo il tempo di farlo!

Sembra verosimile il ruolo forse decisivo delle abitudini alimentari della popolazione occidentale.

C'è da ritenere che la dieta favorisca l'insorgenza del tumore della mammella, sia attraverso l'uso di conservanti e l'introduzione dei cancerogeni come le amine eterocicliche che si formano nella cottura della carne, sia attraverso influenza della dieta sul metabolismo di ormoni sessuali in particolare il testosterone, e sul metabolismo dei fattori di crescita legati all'insulina.

A conferma di quanto detto vi è anche la correlazione tra obesità e cancro della mammella. Le analisi geografiche di incidenza e studi su animali dimostrano che la dieta ipercalorica ed iperlipidica con grassi saturi e proteine potrebbe essere un fattore di alto rischio.

Studi controllati hanno inoltre dimostrato che una dieta corretta può agire a livello preventivo migliorando la prognosi e ritardando le recidive nelle donne affette da carcinoma della mammella.

Un tumore in genere origina quando i danni a carico del DNA determinano una moltiplicazione incontrollata delle cellule.

L'alimentazione può influenzare l'insorgenza del tumore modificando l'ambiente interno dell'organismo che promuove ed attiva sostanze od ormoni che favoriscono il tumore e la sua progressione.

Nonostante le difficoltà di affrontare sperimentazioni analitiche, data l'interazione complessa tra alimenti e

metabolismo insulinico ed ormonale, è ragionevole ritenere che l'aumento del consumo di frutta, verdura, cereali integrali, legumi, e la riduzione di grassi specie saturi sia una strada percorribile a livello preventivo.

Il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro il cui compito principale è favorire la prevenzione dei tumori dopo un lungo lavoro di revisione ha stabilito delle raccomandazioni per la prevenzione alimentare del cancro.

Gli obiettivi da perseguire per una corretta alimentazione sono:

- ridurre le calorie;
- limitare le proteine di origine animale eccetto il pesce;
- limitare il consumo di carni rosse;
- evitare le carni conservate comprendenti ogni forma di carne in scatola, salumi, prosciutto, wurstel etc.;
- limitare il consumo di sale e di cibi sottosale;
- limitare il consumo di alcool;
- evitare il consumo di bevande zuccherate;
- privilegiare cereali, legumi, frutta, verdura pesce, e olio di oliva.

Iniziate la vostra giornata con una colazione ricca di proteine come ad esempio una omelette fatta con tre o quattro albumi d'uovo (eventualmente con l'aggiunta di un rosso d'uovo ricco di Omega - 3, cioè provenienti da allevamenti alimentati con cibi ad elevato contenuto di Omega - 3) oppure del salmone o della bresaola e tante verdure riducendo al minimo i toast e i cereali raffinati. Le proteine inducono la liberazione dell'ormone della crescita, incrementano le prostaglandine antinfiammatorie, tengono sotto controllo i livelli di insulina evitando di sentirsi presto nuovamente affamati. Una colazione a base di soli carboidrati sortirà l'effetto opposto. Inoltre vi sentirete di nuovo affamati prima di pranzo e sarete spinti ad assumere nuovamente carboidrati creando un circolo vizioso.

- frutta e verdura sono molto importanti. Usate prodotti biologici. Fondamentali sono le crucifere (broccoli, cavoli, cavolfiori, cavolini di Bruxelles) perché contengono indolo - 3 - carbinolo che metabolizza gli estrogeni. Attenzione a non consumarli crudi perché tendono a bloccare la tiroide. Riducete il consumo di frutta dolce, come le banane e di quella essiccata perché alzano i livelli di insulina;

- consumate fibra proveniente da verdura, frutta, cereali integrali (questi ultimi vanno consumati con moderazione; se germogliati possono essere consumati liberamente). La fibra lega le tossine e gli estrogeni nell'intestino, consentendone l'eliminazione con le feci;
- moderare il consumo di grassi saturi (animali) ed in particolare di carne rossa cotta sopra i 100°C (in questo modo i cibi e soprattutto i grassi della carne rossa diventano cancerogeni). Evitate i grassi trans (grassi parzialmente o completamente idrogenati) perché cancerogeni e perché irrigidiscono le pareti delle cellule bloccando i recettori dell'insulina e creando insulino - resistenza. Se usate olii vegetali che possono incrementare le prostaglandine infiammatorie includetevi anche proteine per aumentare quelle antinfiammatorie. Le patatine fritte accrescono l'insulina perché sono carboidrati raffinati, incrementano i radicali liberi perché cotte in olio surriscaldato e innalzano le prostaglandine infiammatorie in quanto combinano carboidrati con grassi w - 6 aumentando l'infiammazione corporea (l'infiammazione stimola la produzione di insulina). Aumentate i grassi Omega - 3 che si trovano nei pesci di acque profonde e fredde, come il salmone selvaggio oppure nell'olio di semi di lino e nelle noci. Evitate il pesce allevato che di solito ha un contenuto più elevato di mercurio e diossina, e un profilo lipidico sovrapponibile a quello della carne. Assumete un integratore a base di olio di pesce a cui è stato rimosso il mercurio e le altre tossine. Usate liberamente l'olio di oliva (Omega - 9);
- evitate gli zuccheri raffinati e le farine bianche il più possibile;
- evitate o mantenete al minimo il consumo di alcol; meglio il vino rosso perché ricco di antiossidanti, inibisce l'aromatasi e contiene il resveratrolo che ha un'azione antitumorale.

Come mangiare

- Utilizzate metodi di cottura che non superino i 100°gradi, perché altrimenti si formano facilmente sostanze cancerogene;
- prendete il vostro tempo, mangiate lentamente masticando a lungo. Questo vi aiuta a sapere quando siete sazi. Viceversa, se mangiate velocemente il vostro cervello non fa in tempo a registrare quando lo siete e il vostro girovita aumenterà sempre più;
- alcuni comportamenti come il non alzarsi da tavola prima di aver pulito completamente il proprio piatto, bere coca - cola giganti o mangiare grosse porzioni di cibo probabilmente hanno accresciuto la capacità dello stomaco. Forse lo possiamo restringere se ogni volta che mangiamo lasciamo un piccolo spazio.

Quando mangiare

Mangiate tre volte al giorno ed evitate gli spuntini, specialmente se fatti di carboidrati. Normalmente dopo un pasto il vostro corpo libera insulina e dispone di carboidrati per circa due ore, dopodiché comincia a consumare grassi. Fare uno spuntino due o tre ore dopo il pasto bloccherà quest'ultimo processo e spingerà nuovamente il vostro corpo a liberare insulina. Così il vostro corpo brucerà costantemente i carboidrati e non vi consentirà di ridurre la massa grassa. Spesso si consigliano spuntini tra i pasti per tenere alto il ritmo metabolico, ma questo funziona solamente se i pasti principali sono di volume contenuto e con piccole quantità di carboidrati. Il modo in cui la maggior parte della gente mangia non consente di aggiungere spuntini. Molto utile è praticare ogni tanto il digiuno intermittente, ad esempio saltare la cena.

FITOESTROGENI

come mantenere ed avere un bel seno con l'aiuto delle erbe, delle piante, di una alimentazione naturale, biologica, fitoestrogeni, ormoni naturali, fitormoni, seno, alimentazione naturale e seno, preparati tonificanti, erboristici per il seno

questo è il sito originale www.erboristeriaedaltro.com I fitoestrogeni, sono sostanze simili agli ormoni che regolarizzano e riequilibrano il dosaggio ormonale. specie la SOIA, sono essenziali, per mitigare tutti i disturbi legati alla menopausa, alla sindrome premestruale, alle oscillazioni di umore, alle vampate, e sono una valida alternativa e più sicura della terapia ormonale di sintesi, che al contrario presenta molti effetti collaterali

I Fitoestrogeni più utili per un seno sano e bello sono essenzialmente la SOIA, la vitamina E contenuta nel GERME di GRANO, la BORRAGINE, la POLLINE, il CAROTA, il FIENO GRECO, la ROSA CANINA, il GINGKO, il GINSENG, l'ORZO, la GALEGA, ottime le VITAMINE E MINERALI, come antiossidante, per uso esterno la crema alla Galega utile, vedi in schede piante officinalis alla voce Galega.

Queste erbe, regolando la produzione degli estrogeni, sono essenziali sia per lo sviluppo del seno, sia per alleviare i sintomi della menopausa, poiché migliorano la circolazione sanguigna della ghiandola mammaria, aiutano anche nelle sindromi pre - mestruali, hanno proprietà anti ossidanti e aiutano la produzione degli estrogeni buoni.

Se il seno è poco sviluppato, significa che siamo in presenza di una carenza ormonale, e le piante officinalis, altro non sono che una alternativa valida, meno costosa e più sicura rispetto ad una operazione chirurgica con tutti i costi ed i rischi che questa comporta. ed in più migliorano il nostro stato di salute.

Altri fitoestrogeni essenziali per il seno, e anche noti come galattogeni, cioè che favoriscono la produzione del latte, sono il FINOCCHIO, la VERBENA, il LUPPOLO, l'ERBA MEDICA, il CARDO MARIANO

Questi prodotti non garantiscono miracoli, ma se presi con regolarità aiutano a sentirsi meglio e ad avere un seno più bello.

ALIMENTAZIONE NATURALE OBESITA' E SENO

Sembra che l'incidenza dei problemi al seno sia più elevata nelle donne dei paesi occidentali piuttosto che nelle donne di origine asiatica, quindi sembra che i fattori ambientali, lo stile della vita e soprattutto l'alimentazione possano favorire l'insorgenza di malattie al seno

Le malattie al seno sono i tipo ormone - sensibile, e quindi se nella dieta si assumono alimenti a base di fitormoni questi sono in grado di dare una protezione contro queste patologie.

L'alimento per eccellenza protettivo è sicuramente la SOIA. Sia l'OBESITÀ che valori elevati di insulina, dovuti ad un consumo eccessivo di grassi animali e di zuccheri, possono far aumentare il rischio di tumore della mammella,, mentre una dieta ed una alimentazione naturale a base di vegetali è in grado di proteggere da questa patologia. Da tenere conto che gli olii di pesce possono essere protettivi., bisogna anche fare attenzione all'uso di carne e di alcool. E' assolutamente indispensabile perdere peso aumentare il consumo di cereali, fibre, semi, verdura e frutta, che contengono antiossidanti, betacarotene, vitamina C e vitamina E, vitamina A, minerali, rame, zinco, manganese e selenio. Quindi sembra certo da piu fonti che una dieta di tipo vegetariano possa essere protettiva nei confronti del tumore alla prostata, del tumore mammario e di altre patologie degenerative, in quanto specie nella soia, nei cereali e nella frutta secca c'è un'alta concentrazione di fitoestrogeni.

Il consumo delle VERDURE, è assolutamente preventivo anche nei confronti di tumori del cavo orale, della laringe, dell'esofago, dell'apparato respiratorio, dello stomaco, dell'intestino e dei genitali, oltre che del seno. E' indispensabile anche il consumo delle FIBRE, che non possono essere assimilate dall'organismo, ma che comunque sono indispensabili nella prevenzione dei tumori, soprattutto quelli del colon, e anche del seno. Un aumento del consumo di fibre, riduce l'assorbimento del glucosio da parte delle cellule e provoca una ridotta produzione di insulina, e sostanzialmente sono gli estrogeni contenuti nei vegetali che hanno questa funzione protettiva.

Leggende metropolitane e consigli

(a cura di Roberto Franchini)

A) Secondo una recente ricerca australiana, le donne che praticano la **fecondazione in vitro** (Fiv) vanno incontro ad un rischio aumentato di contrarre il tumore al seno. Lo studio è stato portato a termine dai ricercatori della University of Western Australia. I dati, pubblicati *Fertility and Sterility*, si riferiscono all'analisi di oltre 21 mila donne con età compresa tra i 20 e i 40 anni. Tutte si erano sottoposte a terapie contro l'infertilità negli anni che vanno dal 1983 al 2002.

Da una prima analisi, tra le donne che avevano soltanto assunto farmaci l'incidenza dei casi di cancro al seno era dell'1,7%. Quelle che invece erano ricorse alla fecondazione in vitro facevano registrare il 2% dei casi.

Questo dato generale, definito ininfluente dai ricercatori, assume però rilevanza se la lettura dei risultati viene fatta in base all'età.

Le donne di circa 24 anni che si erano sottoposte alla Fiv avevano il 56% di rischio in più di contrarre il tumore al seno rispetto alle altre della stessa età che invece avevano assunto solo farmaci.

Per le donne di età intorno ai 40 anni, invece, non è stato rilevato un rischio maggiore.

La conclusione dei ricercatori è che durante i vari cicli di fecondazione in vitro, sono proprio le donne più giovani ad essere esposte alle maggiori dosi di estrogeni.

C'è infatti una relazione tra il tumore al seno e una prolungata terapia di estrogeni, e sono proprio le più giovani a reagire in minor tempo con una maggiore incidenza di casi.

B) Prevenzione del cancro al seno: il caffè aiuta a prevenire

Uno studio ha recentemente mostrato che per la prevenzione del cancro al seno, in particolare di una sua forma particolarmente aggressiva, potrebbe tornare utile un abituale consumo di caffè.

Infatti coloro che sono soliti bere circa 5 tazze al giorno di caffè hanno il 50% in meno di possibilità di sviluppare un tumore mammario negativo al ricettore degli estrogeni. Questo tipo di cancro non reagisce a un'ampia gamma di farmaci rendendo indispensabili il ricorso alla chemioterapia.

Grazie alla ricerca gli esperti dell'istituto Karolinska di Stoccolma hanno rivelato che tra coloro che bevono caffè regolarmente c'è una minore incidenza della malattia rispetto a coloro che lo bevono raramente o addirittura mai.

Lo studio ha coinvolto oltre 6000 donne che avevano già superato la menopausa ed è stato pubblicato sull'autorevole rivista scientifica **Breast Cancer Research** e dichiara che "è possibile associare una forte assunzione quotidiana di caffè a una riduzione statisticamente significativa della comparsa del tumore mammario negativo al ricettore degli estrogeni nelle donne che hanno superato la menopausa".

Gli autori hanno trovato anche un lieve effetto di prevenzione del cancro al seno di altri tipi, anche se la correlazione non è parsa significativa quando altri fattori come il peso e l'età venivano presi in considerazione. Precedenti ricerche avevano già mostrato come il caffè avesse un ruolo nella prevenzione del cancro alla prostata, al fegato e ad altri organi. Al momento gli esperti sono divisi sui benefici del caffè e alcuni studi hanno suggerito che eccessive dosi potrebbero aumentare il rischio di cancro aiutando le cellule malate a proliferarsi o impedendo a quelle sane di ripararsi. Secondo gli esperti dell'Istituto Karolinska il caffè potrebbe contenere sostanze che svolgono un ruolo diverso a seconda del tipo di cancro. Potrebbe essere possibile che il caffè aumenti il rischio di tumore positivo al ricettore degli estrogeni ma che abbatta quello di sviluppare la variante negativa al ricettore degli estrogeni.

Questo potrebbe confermare la sensazione che il caffè in generale compreso il caffè schekerato possa avere un effetto positivo nella prevenzione del cancro, ma gli esperti ammettono che sono necessarie ulteriori ricerche.

La notizia arriva insieme ai risultati di un altro studio secondo cui il prezzemolo e alcuni tipi di frutta e noci contengono un composto che potrebbe impedire alle cellule del cancro al seno di moltiplicarsi. I **ricercatori dell'Università del Missouri** hanno inoltre scoperto che i topi con cancro al seno a cui è stata somministrata apigenina, che si trova nel prezzemolo, sedano, mele, arance e noci, "hanno sviluppato meno tumori e ritardi significativi nella loro proliferazione" rispetto ai ratti con tumore mammario a cui non era stata data la sostanza. Tutto ciò ci ricorda l'importanza di un'alimentazione sana nella prevenzione del cancro.

C) Il vino può aumentare il rischio del tumore al seno.

Il vino aumenta il rischio di tumore al seno al seno, anche se consumato moderatamente. È questo il risultato di uno studio, pubblicato sulla rivista scientifica *Alcohol and*

Alcoholism dai ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano, che hanno collaborato con l'**Università Milano Bicocca e l'Università tedesca di Heidelberg**. La ricerca rivela che un bicchiere di vino al giorno aumenterebbe il rischio di sviluppare un tumore al seno del 5% che arriverebbe al 50% con tre bicchieri. Le mamme e le donne devono essere consapevoli di questi dati proprio perché l'incidenza di rischio è considerevole anche con l'assunzione di dosi limitate di alcool. La prevenzione del tumore alla mammella è importante, in particolare dopo i 35 anni è bene effettuare con regolarità le visite e gli esami, come la mammografia. L'allattamento è un fattore preventivo importante perché porta a maturazione le cellule del seno rendendole più forti, assieme a un'alimentazione sana ed equilibrata e a una regolare attività fisica. Lo studio ha rivisto e incluso nelle analisi 113 articoli che hanno fornito dati sul tumore alla mammella. Sono stati presi in esame 44.552 casi di non bevitrici e 77.539 casi di bevitrici dimostrando che il tumore alla mammella è diverso dagli altri associati all'alcool proprio per le piccole dosi che aumentano il rischio.

È abbastanza semplice quando si è giovani e si ha una taglia piccola, ma con l'avanzare degli anni un seno troppo pesante potrebbe cominciare a dare qualche segno di cedimento. Avere un seno bello significa averlo alto e sodo, ma non tutti ci riescono ed ecco perché molte donne ricorrono alla chirurgia estetica. Nessuno auspica la perfezione perché è chiaro che con il passare del tempo tutti i tessuti del nostro organismo cominciano a cedere, ma seguendo poche piccole regole e facendo un breve esercizio quotidiano è possibile posticipare l'invecchiamento del vostro seno. Indossate sempre il reggiseno, specialmente durante vostri allenamenti in palestra. Il tessuto del vostro seno è elastico quindi tende a perdere tono e slabbrarsi come un elastico. Quando fate il bagno o la doccia non utilizzate acqua troppo calda, o almeno, prima di uscire dalla vasca, fate qualche impatto con acqua fredda. Le docce fredde sono un vero e proprio toccasana per la tonificazione dei tessuti.

Opinioni diverse riguardano l'uso del reggiseno, ma forse si potrebbe dire che, in linea generale, un seno piuttosto piccolo può farne a meno mentre un petto prosperoso deve essere sorretto per contrastare il rilassamento dei tessuti provocato dal peso stesso. Esistono oggi molti modelli, ma la scelta deve essere fatta tenendo conto che il reggiseno deve seguire la sagoma del seno, sostenerlo senza comprimerlo

né separarlo in modo innaturale. Meglio i tessuti naturali, come il cotone o la seta, solidi ed elastici, permeabili all'aria che permettono la traspirazione della pelle. È meglio dare maggiore importanza alla forma del modello, scegliendo quello più adatto alla forma e alla grandezza del seno, piuttosto che alla bellezza e all'estetica del capo. In situazioni particolari, per esempio quando si pratica sport, è consigliato l'uso del reggiseno per evitare eventuali traumi dovuti al movimento. Quando il seno è sottoposto ad aumenti di volume, come in gravidanza, durante l'allattamento e, talvolta, in concomitanza del ciclo mestruale, è preferibile indossare il reggiseno. Durante il sonno notturno è meglio lasciare il seno libero, per permettere alla pelle di respirare.

E) Reggiseno: sì o no?

Se siete proprio insofferenti all'uso del reggiseno, ma non amate trasgredire troppo le regole dell'estetica, potete provare questo esercizio prima di decidere di farne a meno senza troppi scrupoli.

1. Mettetevi di fronte allo specchio a seno scoperto: prendendo nella mano "a coppa" il seno sinistro "alzate" nella posizione ottimale. Appoggiate la parte finale di una matita poco appuntita e molto morbida (tipo quella per gli occhi) al capezzolo sinistro e, tenendola perfettamente orizzontale, premete la parte "scrivente" sul seno destro, in modo da lasciare un segno visibile sulla pelle;

2. Lasciate ricadere il seno nella sua posizione naturale e misurate la distanza tra il puntino che avete segnato a matita e il capezzolo del seno destro. Se questa distanza è notevole, e' chiaro che avete bisogno di un reggiseno; nessun problema invece se si limita a pochi millimetri.

F) Il seno ama...

- reggiseni ben fatti, preferibilmente in cotone;
- un nuovo reggiseno almeno ogni sei mesi: anche con lavaggi molto delicati, perdono in elasticità;
- un checkup medico almeno una volta a semestre e la regolare autopalpazione;

- spugnature fredde (mai ghiacciate) tutti i giorni, per migliorare la circolazione e tonificare i tessuti;
- un olio leggero da spalmare delicatamente per favorire la circolazione e ammorbidire la pelle.

G) Il seno non ama...

- essere costretto in coppette troppo strette o in reggiseni superaderenti;
- i peletti intorno al capezzolo: se sono pochi eliminarli con una pinzetta, oppure schiariteli con acqua ossigenata ;
- i bagni troppo caldi e prolungati che disidratano la pelle.

Indice

Introduzione	pag.7	La patologia della mammella maschile	28
Tumore alla mammella e mass media (Renata Ortolani – giornalista)	8	Conclusioni	28
Accreditamenti e Ringraziamenti (Prof. Sergio Alessandri)	9	Epidemiologia (estratto da Linee Guida FOMCaM)	30
Testimonianza	11	Test genetico per il cancro della mammella (Dr.ssa Alessia Berti)	35
Glossario	13	Fattori di rischio per il tumore alla mammella	39
Anatomia (Dr. Alvise Pascoli - Dr. Roberto Franchini)	16	Patologie infiammatorie benigne (Prof. Francesco Domenico Rivelli)	40
La mammella dalla pubertà alla menopausa (Dr.ssa Tiziana Bartolotti - ginecologa)	18	Mastite	40
Lo sviluppo delle mammelle	18	Aneddoti storici (Dr. Roberto Franchini)	42
Anomalie numeriche dello sviluppo mammario	19	Patologie maligne (Prof. F. Domenico Rivelli)	45
Anomalie morfologiche dello sviluppo mammario	19	La terapia medica (Prof. F. Domenico Rivelli)	46
Sviluppo mammario precoce	20	La radioterapia	47
Seno, gravidanza, allattamento	20	La stadiazione	48
Composizione del latte materno	21	Esami diagnostici (Dr. Roberto Franchini)	49
Complicanze dell'allattamento al seno	22	Autopalpazione	49
Inibizione dell'allattamento	23	Ecografia	50
Contracezione ed allattamento	24	Mammografia (Dr. Angelo Zanetti)	52
Tumore della mammella e gravidanza	24	Tomosintesi (Dr. Angelo Zanetti)	53
Un figlio dopo il tumore mammario	24	Risonanza Magnetica	54
La preservazione della fertilità	25	Galattografia	55
Mammelle e menopausa	26	Comfort Scan	55
La mammella maschile	28	Agoaspirato	56
La fisiologia della mammella maschile	28	Core biopsy	58

Mammotome	59	Lembo Latissimus Dorsi	69
Agoaspirato del cavo ascellare	59	Simmetrizzazione della mammella contro laterale	69
Chirurgia oncologica (Dr. Cesare Magalotti)	60	Ricostruzione del complesso areola - capezzolo	69
Quadrantectomia mammaria	60	Le mastoplastiche estetiche (Dr. Nicola Arena)	73
Mastectomia sec. Halsted Quadrantectomia	60	La mastoplastica additiva	73
Biopsia radioguidata del linfonodo sentinella	61	Le mastoplastiche riduttive e le mastopessi	75
Dissezione ascellare	62	I sintomi del seno (Dr. Roberto Franchini)	78
Mastectomia sottocutanea	63	I farmaci per il dolore e le altre complicanze (estratto da FONCAM ED. 2001)	82
Mastectomia totale	63	Linee guida per un corretto utilizzo dei farmaci oppioidi	83
Mastectomia radicale modificata sec. Patey	63	Il linfedema del braccio (estratto da FONCAM ED.2001)	87
Follow - up (Prof. Francesco Domenico Rivelli)	64	Psicologia e seno (Dr.ssa Alessandra Bolognesi)	88
La ricostruzione mammaria (Dr.ssa Annalisa Arena)	65	Il tuo ruolo come familiare	91
Tempi della ricostruzione	65	Il tuo coniuge soffre di cancro	92
Possibilità ricostruttive dopo chirurgia oncologica conservativa	65	Il seno la pelle e la cosmesi (Dr.ssa Giulia Penazzi)	93
Dopo chirurgia oncologica demolitiva	65	La pelle, il nostro mantello	93
Ricostruzione mammaria con protesi	65	La pelle è un organo di senso	93
Scelta del tipo di protesi	67	Il tatto	94
Ricostruzione mammaria con tessuti autologhi	67	Approfondiamo la conoscenza sul tessuto cutaneo, esploriamo com'è fatta la pelle	95
Lembo TRAM	68	Epidermide, struttura e funzioni	95
Lembo DIEP	68	Quali sono le cause della disidratazione cutanea?	97
Lembo S - GAP	68	Come avere cura della pelle secca, in particolare della pelle del corpo e del seno	98
Ricostruzione mammaria combinata con protesi e tessuti autologhi	69	Come si modifica l'epidermide nell'invecchiamento	99

Curriculum dei curatori del libro:

Derma, struttura e funzioni	99
Ingredienti cosmetici consigliati per le smagliature	100
Come si modifica il derma nell'invecchiamento	100
Ipoderma, struttura e funzioni	101
Come si modifica l'ipoderma nell'invecchiamento	101
Pelle al sole	101
Il seno nell'arte (Prof.ssa Maura Pozzati)	108
Ettorina Campadelli - Poesia, terapia per riaccendere la vita	116
Il reggiseno (Dr.ssa Barbara Cimmino – Inticom)	120
Un po' di storia...	120
Il reggiseno e la donna...	120
La scelta del reggiseno...	120
Attività fisica nella prevenzione e nella cura di un tumore al seno (Dr.ssa Carlotta Berti)	122
Esercizi di ginnastica per il mantenimento della tonicità e della salute del seno	123
Allungamento del muscolo pettorale	124
Esercizi dopo intervento alla mammella	125
Come migliorarsi a tavola - alimentazione e seno (Dr.ssa Valeria Tarabusi)	126
Consigli dietetici	127
Come mangiare	130
Quando mangiare	130
Leggende metropolitane e consigli (a cura di Roberto Franchini)	132

ESTRATTO DEL CURRICULUM PROFESSIONALE

Dr. Roberto Franchini

Data di nascita: 19/02/1970. Vive a Imola (Bologna)
349 8149799 (Cellulare); E - Mail franchinirob@libero.it
Dottore in Medicina e Chirurgia.

Specialista in Geriatria e Gerontologia

Abilitazione professionale: conseguita presso l'Università di Bologna nella 1a sessione dell'anno 1995.

Diploma Nazionale di Ecografia Clinica (Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia) conseguito il 23.02.2000.
Attualmente:

- Responsabile U.O. di Medicina e Specialistica Ambulatoriale dell'Ospedale Privato Accreditato "Villa Regina" di Bologna
- Servizio di Ecografia clinica ed interventistica presso gli Ospedali Privati Accreditati "Villa Regina" e "Nigrisoli" di Bologna e "Villa Igea" di Forlì.
- Rappresentante A.I.O.P. presso il Gruppo di Codifica Regionale dell'Assessorato Regionale della Sanità Emilia Romagna.
- Attestato di Competenza nel "Corso teorico di Formazione in Ultrasonologia" patrocinato dalla SIUMB, in data 23/27 Ottobre 1999 a Montesilvano – Pescara.
- Diploma conseguito nel "Corso pratico di formazione in Ultrasonologia" patrocinato dalla SIUMB, presso la Scuola SIUMB Osp. Maggiore di Bologna (Dott. V. Arienti).
- Dal 23/02/2000 Diploma Nazionale di Ecografia Clinica, Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia.
- Attestato di competenza nel corso "Ecografia diagnostica ed interventistica della tiroide" conseguito presso il Servizio di Endocrinologia del Prof. Roberto Valcavi, dell'Arcispedale S. Anna di Reggio Emilia nel Settembre 2005.
- Attestato di Competenza nel corso di "Ecografia in Ginecologia" conseguito nell'ambito del Congresso Nazionale SIUMB tenutosi a Roma nel Novembre 2007.
- Attestato di Competenza nel corso di "Mezzi di contrasto in Ecografia" conseguito nell'ambito del Congresso Nazionale SIUMB tenutosi a Roma nel Novembre 2008.
- Attestato di Competenza nel corso di "Ecografia in Pediatria" conseguito nell'ambito del Congresso Nazionale SIUMB tenutosi a Roma nel Novembre 2009.
- Attestato di Competenza nel corso di "Ecografia in Senologia" patrocinato dalla Scuola Italiana in Senologia tenutosi nell'Aprile 2008 a Peschiera del Garda.
- Attestato di Competenza nel corso di "Ecografia Muscolo - scheletrica" conseguito nell'ambito del Congresso Nazionale SIUMB tenutosi a Torino nel Novembre 2010.
- Attestato di Competenza nel corso di "Ecografia Nefro - Urologica" conseguito nell'ambito del Congresso Nazionale SIUMB tenutosi a Roma nel Novembre 2011.
- Attestato di competenza nel corso di Ecografia Muscolo – Scheletrica presso l'Università degli Studi di Ancona (Dir. Prof. Walter Grassi), Luglio 2000.
- Dal 28/10/2000 al 02/11/2000 partecipazione al Corso di Ecografia Reumatologica effettuato durante il "64th Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology" a Philadelphia U.S.A. (insegnante W. Schmidt, MD).
- Relatore al Convegno dell'Associazione Professione Medica, sull'argomento "Ecografia tendinea", tenutosi a Imola il 16/06/2006.
- Relatore al Corso "ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DELLE MALATTIE DELLA MAMMELLA, sull'argomento "Ecografia mammaria", tenutosi a Bologna dal 30/03/2012 al 31/03/2012 (corso accreditato n° 27433)
- Organizzatore e Relatore al Focus Divulgativo "Tumore del Seno: come prevenirlo, come diagnosticarlo, come curarlo"

- Organizzatore e Relatore al Focus Divulgativo “Tumore del Seno: come prevenirlo, come diagnosticarlo, come curarlo” che si terrà a Imola il 13/10/2012 e patrocinato dalla LILT, Fondazione Cassa di Risparmio di Imola, Azienda Sanitaria di Imola, Comune di Imo, a ASCOM di Imola.
- Organizzatore e Relatore del Corso di Senologia tenutosi a Imola il 13 Novembre 2012 patrocinato dalla Sezione di Studio di Senologia della SIUMB.
- Ha partecipato a numerose pubblicazioni in ambito internistico ed ecografico su riviste nazionali ed internazionali.
- Membro della SIUMB (Società Italiana di Ultrasonografia in Medicina e Biologia) dal 01/06/1999.
- Membro dell’Albo Nazionale degli Ecografisti Italiani dal 2005
- Membro della Sezione di Ecografia Senologica della Società Italiana di Ultrasonografia in Medicina e Biologia dal 01/01/2011
- Membro dell’Associazione Nazionale per la Terapia Intra Articolare dell’Anca con Guida Ecografica (ANTIAGE) dal 01/01/2011.

ESTRATTO DEL CURRICULUM PROFESSIONALE

Prof. Francesco Domenico Rivelli

ATTIVITÀ LAVORATIVA

Dal 5/5/1975 al 7/4/1989 Assistente Medico in Oncologia di Ruolo a tempo pieno presso l’Istituto di Oncologia - Ospedale S. Orsola di Bologna.

Dal 8/4/1989 al 30/6/1994 Aiuto Corresponsabile Ospedaliero di Oncologia Medica di Ruolo a tempo pieno. Dal 1/7/1994 al 30/11/2006 Dirigente Medico di Oncologia a tempo indeterminato con incarico Dirigenziale Professionale ad Alta Specializzazione di Responsabile di Articolazione Funzionale denominata Attività Ambulatoriale presso l’Azienda Ospedaliera di Bologna.

ATTIVITÀ DIDATTICHE

Professore a contratto alla scuola di Specialità in Oncologia dell’Università degli Studi di Bologna. VOLONTARIATO
Presidente della Sezione Bolognese della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e Componente del Consiglio Direttivo Nazionale della LILT.

RICONOSCIMENTI ACCADEMICI E SCIENTIFICI

È membro della Società Italiana Tumori (S.I.T.). All’interno di tale Società è Membro del Gruppo di Studio sui Precursori dei Tumori dell’Apparato Gastroenterico e del Comitato Italiano di Senologia Oncologica (C.I.S.O.). Dal 1979, anno di fondazione, fa parte del Gruppo Operativo Italiano per il Cancro Coloretale (G.O.I.C.C.).

Fa parte della Forza Operativa Nazionale sui Carcinomi dell’Apparato Digerente (F.O.N.C.A.D.).

Fa parte della Forza Operativa Nazionale sui Carcinomi della Mammella (F.O.N.C.A.M.).

Fa parte dell’associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM).

Fa parte della Società Italiana di Senologia (S.I.S.).

Fa parte dell’European Society of Mastology.

È membro dell’International Society of Gynecological Endocrinology.

Autore e Couatore di oltre 70 lavori scientifici.

Relatore a numerosi Congressi, Convegni, Seminari Nazionali e Internazionali.

Per domande ed ulteriori consiglia rivolgersi a:

- **Dr. Roberto Franchini** (Senologia – Ecografia clinica ed Interventistica - Ospedale Privato Accreditato Villa Regina, via Castiglione 115, 40136 Bologna e Poliambulatorio Valsalva di Imola. franchinirob2@gmail.com. Cell. 349.81.49.799).
- **Prof. Francesco Domenico Rivelli** (Specialista in Oncologia - Ospedale Privato Accreditato Villa Regina, via Castiglione 115, 40136 Bologna e Poliambulatorio Valsalva di Imola).
- **Dr.ssa Barbara Cimmino** (Gruppo Inticom - Yamamay)
- **Dr. Nicola Arena e Dr.ssa Annalisa Arena** (Specialisti in Chirurgia Plastica - Ospedale Privato Accreditato Villa Regina, Bologna).
- **Dr.ssa Tiziana Bartolotti** (Specialista in Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione - Poliambulatorio Demetra, Lugo di Ravenna)
- **Dr.ssa Alessia Berti** (Dottore in Biologia – Imola)
- **Dr.ssa Carlotta Berti** (Dottoranda in Scienze Motorie – Imola) gyvsea@libero.it
- **Dr.ssa Alessandra Bolognesi** (Psicologia Clinica – Massa Lombarda)
- **Dr. Cesare Magalotti** (Specialista in Chirurgia Generale - Ospedale Umberto I di Lugo)
- **Dr. Alvise Pascoli** (Specialista in Endocrinologia - Ospedale Privato Accreditato Villa Regina, Bologna)
- **Dr.ssa Giulia Penazzi** Specialista in Scienze e Tecnologie Cosmetiche - Cosmetic Chemical Consultant. info@giuliapenazzi.com
- **Prof. Maura Pozzati** (Docente Universitaria di Storia dell'Arte - Bologna) 13.Dr.ssa Valeria Tarabusi (Specialista in Scienze dell'Alimentazione – Imola)
- **Dott.ssa Valeria Tarabusi**, (Dottoranda in Dietistica - c/o Poliambulatorio Valsalva di Imola)



Da sinistra a destra, dall'alto in basso:

Roberto Franchini, Francesco Domenico Rivelli, Giulia Penazzi, Maura Pozzati, Carlotta Berti, Valeria Tarabusi, Alessandra Bolognesi, Angelo Zanetti, Alvisè Pascoli, Cesare Magalotti, Alessia Berti, Annalisa Arena, Tiziana Bartolotti, Nicola Arena, Ettore Campadelli, Barbara Cimmino.