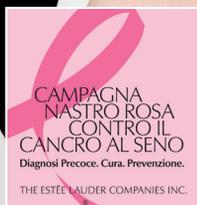


**OBIETTIVO
SCONFIGGERE
IL TUMORE CON
LA PREVENZIONE
SI PUÒ
...PASSAPAROLA
FRANCESCA SENETTE**



NASTRO ROSA



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere



Testo a cura dell'Area Tecnico Scientifica LILT Sede Centrale - Roma

A decorative graphic at the bottom of the page consists of several overlapping, wavy lines in various shades of pink and light red, creating a sense of movement and depth.



INDICE

Perché ci prendiamo cura del seno?	2
La mammella	3
I fattori di rischio	4
Fattori di rischio non modificabili	4
Fattori di rischio modificabili	5
I segni per sospettare la presenza di un tumore al seno	6
<i>L'autoesame</i>	7
La diagnosi	7
Visita clinica senologica	8
Mammografia	8
Ecografia	8
Esame citologico e/o istologico	8
Risonanza Magnetica	9
Cosa può dirci l'esame istologico	9
I tipi istologici di tumore	9
I fattori prognostici	10
<i>Le lesioni precancerose</i>	11
Le cure	11
La chirurgia	11
La radioterapia	12
Le terapie mediche	12
<i>La fine dei trattamenti: menopausa e future gravidanze</i>	13
"Del tumore al seno si dice che" ... miti da sfatare	14
Prevenire il tumore al seno	15
Prevenzione primaria	15
Prevenzione secondaria	16
Prevenzione terziaria	17
La LILT	18
Cos'è la LILT	18
La "mission"	18
Le attività	19
Come sostenere la LILT	20
Sezioni Provinciali della LILT	21



PERCHÉ CI PRENDIAMO CURA DEL SENO?

Il tumore al seno è anche nel nostro Paese il più frequente della popolazione femminile, rappresentando circa un terzo di tutte le neoplasie diagnosticate.

In Italia si registrano oltre 40.000 nuovi casi ogni anno: ciò significa che 1 donna su 8 riceve una diagnosi di tumore al seno. A quest'ultimo inoltre spetta ancora il primato per il maggior numero di vittime: 1 donna su 33 infatti, muore a causa di un carcinoma mammario.

Dai dati raccolti dai Registri Tumori presenti sul nostro territorio relativamente a questa malattia sappiamo che, sebbene negli anni si sia registrata una riduzione della mortalità, l'incidenza del tumore al seno è in aumento, anche per effetto del crescente invecchiamento della popolazione femminile italiana.

A tanto si aggiungono le oltre 400.000 donne in Italia, che hanno avuto in passato una diagnosi di tumore al seno.

Questo opuscolo, quindi, è dedicato a tutte le donne, per aiutarle a meglio comprendere come prevenire, scoprire, trattare e vincere questa malattia. La corretta informazione è parte integrante della prevenzione, della terapia e della guarigione.

Francesco Schittulli

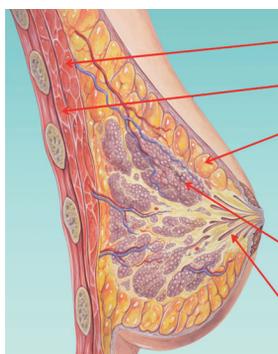
Senologo Chirurgo

Presidente Nazionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori



LA MAMMELLA

La mammella è un organo composto da tessuto ghiandolare, costituito da piccole strutture chiamate *lobuli*, deputate alla produzione del latte. I *dotti mammari* raccolgono il latte prodotto dai lobuli, convogliandolo al centro della ghiandola, attraverso dotti di maggiore dimensioni (*dotti galattofori*) che si aprono all'esterno a livello del capezzolo. Il tessuto ghiandolare, che si presenta bianco alla mammografia o "denso" come lo definiscono i radiologi, è variamente rappresentato nella mammella insieme al tessuto adiposo, ovvero grasso, che al contrario appare scuro alla mammografia, o "radiotrasparente", sempre per utilizzare il linguaggio dei radiologi. Per questo si comprende come le mammelle dense siano più insidiose da studiare con la mammografia rispetto a quelle in cui prevalga il grasso. Lo sviluppo ed i cambiamenti della ghiandola avvengono principalmente sotto lo stimolo degli ormoni femminili, estrogeni e progesterone. Ne consegue che durante le varie fasi della vita ormonale di una donna, la mammella va incontro a modifiche con prevalenza dell'una o dell'altra componente, ghiandolare o adiposa.



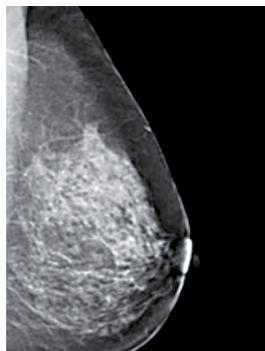
Muscolo grande pettorale

Muscolo piccolo pettorale

Lobuli di grasso

Lobo ghiandolare

Dotto galattoforo



Il tessuto *connettivo* che fa da sostegno al tessuto mammario è ricco di vasi sanguigni, linfatici e nervi. I primi nutrono le cellule, mentre i vasi linfatici drenano la linfa della ghiandola trasportandola principalmente ai linfonodi posti sotto l'ascella o a quelli posti al bordo dello sterno, lungo i *vasi mammari interni*. Da queste stazioni, la linfa può poi raggiungere altri linfonodi posti in sedi più distanti.



I FATTORI DI RISCHIO

Nessuno sa cosa provochi esattamente il tumore al seno. Tuttavia si sa quali sono i fattori che, pur non provocandolo direttamente, aumentano la probabilità di causare la malattia.

Alcuni di questi fattori di rischio non possono essere modificati. E su questi possiamo agire solo attraverso la diagnosi precoce, per esempio l'età. Per altri invece, che riguardano soprattutto il nostro stile di vita, ciascuna donna può direttamente e attivamente intervenire.

Fattori di rischio non modificabili

- **Sesso:** rappresenta il principale fattore di rischio. Anche gli uomini possono sviluppare un tumore della mammella. Tuttavia la malattia è rara nei soggetti di sesso maschile, rappresentando circa l'1% di tutti i tumori mammari diagnosticati.
- **Età:** la probabilità di ammalarsi di un tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età della donna. Ciò è probabilmente legato al fatto che con l'invecchiamento si riducono le capacità di riparazione dei danni del DNA da parte delle nostre cellule. Cosicché aumenta la suscettibilità dei vari agenti cancerogeni cui si è esposti nel corso della vita. La maggior parte dei tumori al seno (oltre il 60%) colpisce le donne di età inferiore ai 60-65 anni.
- **Storia riproduttiva della donna:** lo stimolo, sia pur fisiologico, esercitato dagli ormoni femminili sul seno, può favorire lo sviluppo del tumore. Nei casi in cui l'esposizione agli estrogeni sia più prolungata, come avviene col *menarca precoce* o con la *menopausa tardiva*, il rischio di sviluppare un tumore mammario aumenta. Al contrario, il numero di *gravidanze* portate a termine e l'*allattamento* al seno, in virtù del particolare assetto ormonale della donna in queste condizioni, proteggono dall'eventuale sviluppo di tumore. Purtroppo la società odierna e il diverso ruolo lavorativo ed impegno che oggi le donne rivestono rispetto al passato, impongono che l'*età della prima gravidanza* si sia spostata oltre i 30-35 anni, non rappresentando più un fattore protettivo, ma al contrario un fattore di rischio.
- **Familiarità:** le donne che abbiano un familiare (madre, sorella, nonna) con tumore al seno e/o ovaio hanno un rischio maggiore di poter sviluppare la malattia. Il rischio aumenta con l'aumentare del numero di familiari malati di tumore al seno, sia da parte materna che da parte paterna.



- **Predisposizione genetica:** l'alterazione dei geni BRCA1 e BRCA2 aumenta sensibilmente il rischio di ammalarsi di tumore al seno, anche in giovane età. Una mutazione di questi geni si può dimostrare solo nel 5-10% di tutti i tumori mammari. Il test per sapere se si è portatori di queste alterazioni genetiche è consigliabile esclusivamente dopo opportuno *counseling* genetico. E poiché anche gli uomini possono esserne portatori, eventuali casi in famiglia di tumore della mammella maschile potrebbero essere indicativi della presenza di alterazioni genetiche.
- **Patologie predisponenti:** il rischio di sviluppare un tumore al seno aumenta nelle donne che hanno già avuto un tumore maligno all'altro seno, al corpo dell'utero (endometrio) o all'ovaio. Anche il riscontro ad una biopsia mammaria di una *lesione precancerosa* determina un incremento del rischio di sviluppare tumore mammario.

Fattori di rischio modificabili

- **Terapia ormonale sostitutiva:** i farmaci a base di estrogeni e progesterone, comunemente prescritti dopo la menopausa per alleviarne i disturbi, aumentano il rischio di sviluppare un tumore al seno. Il rischio è proporzionale alla durata del trattamento. Riguardo invece alla pillola anticoncezionale, il rischio sembrerebbe solo lievemente aumentato, in particolare per assunzioni prolungate di oltre 20 anni.
- **Obesità:** il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che dopo la menopausa vadano in sovrappeso. Tanto perché in questa condizione, come anche nella cosiddetta "*sindrome metabolica*" in cui l'obesità può associarsi ad altre malattie (aumento dei livelli di colesterolo, trigliceridi o zuccheri nel sangue ed ipertensione arteriosa), vengono prodotti maggiore quantità di insulina e di estrogeni in grado di stimolare la proliferazione delle cellule.
- **Attività fisica:** il regolare esercizio fisico riduce il rischio di sviluppare un tumore al seno. Esso aiuta infatti a mantenere il peso corporeo, favorisce l'aumento delle difese immunitarie e stimola la produzione da parte del nostro organismo di sostanze anti-ossidanti in grado di neutralizzare i radicali liberi.
- **Alimentazione:** una dieta ad alto apporto calorico, ricca quindi di grassi e di zuccheri raffinati, così come il frequente consumo di carni rosse, sembrano poter aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno. Al contrario la dieta mediterranea e più in generale un elevato consumo di frutta fresca e verdura riducono il rischio.



- **Alcol:** le donne che abitualmente consumano bevande alcoliche hanno un rischio più elevato di sviluppare tumore al seno. Peraltro tale rischio aumenta proporzionalmente al quantitativo di alcol assunto.

I SEGNI PER SOSPETTARE LA PRESENZA DI UN TUMORE AL SENO

La ghiandola mammaria va incontro nel corso della vita di una donna a vari cambiamenti, talvolta percepiti come anomalie. Non tutti però sono indicativi della presenza di un tumore. Il dolore, ad esempio, come il senso di tensione premestruale, sono disturbi molto comuni e non legati alla presenza di un tumore.

A quali segni invece la donna deve prestare attenzione?

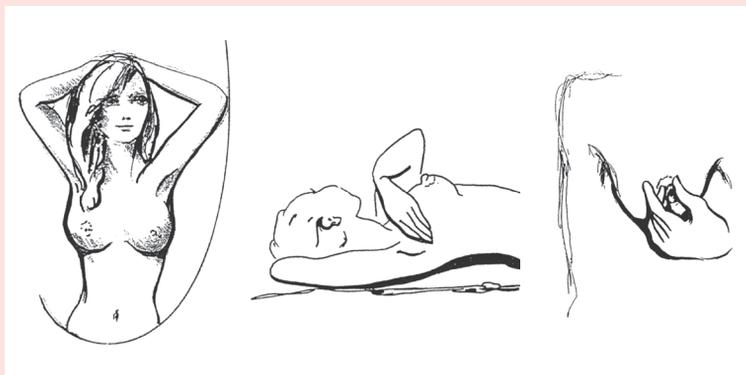
- **Nodulo:** nella maggior parte dei casi il tumore si manifesta con la comparsa di una tumefazione dalla consistenza dura.
- **Alterazioni dell'areola e/o del capezzolo:** talvolta un tumore localizzato vicino al capezzolo, può provocare delle introflessioni o "retrazioni" di quest'ultimo o anche la comparsa di escoriazioni cutanee, che fanno pensare ad un'alterazione della pelle e non della mammella.
- **Secrezioni dal capezzolo, particolarmente se ematiche o sierose:** si verificano quando il tumore cresce distribuendosi lungo i dotti da cui fuoriesce il latte materno.
- **Alterazioni della cute della mammella:** arrossamenti locali o diffusi, affossamenti o al contrario ispessimenti della pelle, che può assumere un aspetto simile a quello della buccia di un'arancia.
- **Alterazioni della forma e del volume della mammella:** talvolta un nodulo può essere visibile già all'ispezione, poiché deforma il normale profilo del seno. Più raramente, in casi più estesi, l'aumento di volume riguarda invece l'intera mammella.
- **Aumento di dimensioni di un linfonodo ascellare:** spesso i linfonodi ascellari si ingrandiscono per processi infiammatori (benigni); tuttavia, in alcuni casi, l'aumento di volume può essere provocato dalla presenza di cellule di un tumore mammario.

Attenzione: Ogni volta che una donna avverte uno o più di questi segni e più in generale una modifica della propria mammella deve rivolgersi al proprio medico o allo specialista: è meglio avere una rassicurazione in più che una diagnosi di tumore!



L'autoesame

*Tutte le donne dovrebbero eseguire ogni mese l'autoesame (auto-palpazione) del proprio seno, secondo le modalità di seguito indicate. È importante, infatti, che le donne comprendano che attraverso alcuni semplici gesti non devono essere in grado di formulare una diagnosi di tumore, ma di imparare a "conoscere" le loro mammelle e ad apprezzarne quindi le eventuali **anomalie, che devono essere segnalate al medico.***



1. Guardare allo specchio se vi sono irregolarità della cute o dei capezzoli

2. Palpare entrambe le mammelle con le dita unite e a piatto avendo cura di non tralasciare la palpazione dell'ascella

3. Evidenziare con una leggera spremitura del capezzolo se sono presenti secrezioni

LA DIAGNOSI

La maggior parte dei tumori al seno non dà segni di sé fino a quando non raggiunge delle dimensioni tali da poter essere apprezzato al tatto. Oggi la diagnosi di tumore al seno può arrivare prima che il tumore risulti palpabile, attraverso esami diagnostico-strumentali semplici e poco invasivi.



Visita clinica senologica

È l'esame principe della mammella svolto da uno specialista esperto in senologia con l'intento di riscontrare l'eventuale presenza di segni clinici sospetti e meritevoli di ulteriori indagini. Quello della visita clinica è inoltre un momento in cui viene valutato il rischio specifico della paziente e, in base a questo, il percorso diagnostico più idoneo.

Mammografia

Rimane ancora oggi l'esame fondamentale per la diagnosi di tumori mammari ancora non palpabili, di piccole dimensioni, e ad esso non si deve mai rinunciare se si sospetta un tumore, qualunque sia l'età della donna. La dose di raggi X impiegata è molto bassa, quindi il rischio di danni alla salute è del tutto trascurabile rispetto ai benefici di una diagnosi precoce. L'uso della tecnica digitale inoltre ha migliorato molto la qualità dell'esame rispetto al passato.

La mammografia rappresenta altresì l'indagine ottimale per individuare la presenza di *microcalcificazioni*, ovvero di depositi di calcio che talora possono essere espressione di precancerose lesioni tumorali.

Ecografia

È un esame che trova una particolare indicazione nelle mammelle dense alla mammografia, come generalmente appaiono quelle delle donne al di sotto dei 40-50 anni d'età. L'ecografia mammaria non viene impiegata come indagine di screening organizzato, ma viene di solito consigliata a donne in giovane età, soprattutto se in possesso di fattori di rischio e sempre, come integrazione alla mammografia, a donne sintomatiche. Con questo esame infatti è possibile distinguere un nodulo solido da una cisti a contenuto fluido. L'uso combinato del *color-doppler*, inoltre, aggiunge importanti informazioni in caso di presenza di nodulo solido.

Esame citologico e/o istologico

Qualora vi sia un sospetto clinico o radiologico di un tumore al seno, la conferma diagnostica si ottiene esclusivamente attraverso prelievi di cellule o di tessuto del nodulo o dell'area in cui sia stata riscontrata un'anomalia. Le modalità con cui possono essere eseguiti tali prelievi sono varie:

- **Agoaspirato:** attraverso un ago sottile, simile a quello utilizzato nelle comuni iniezioni intramuscolo, si prelevano delle cellule che consentono di eseguire un *esame citologico*, cioè una valutazione di eventuali anomalie presenti nelle cellule.



- **Biopsie con ago:** queste procedure utilizzano un ago più grosso e sono infatti precedute da un'anestesia locale. La quantità di tessuto asportato dipende dallo strumento utilizzato: quello meglio noto come *mammotome*, ad esempio, consente di prelevare diversi campioni di tessuto con una singola introduzione di ago. Rispetto al più semplice agoaspirato, tutte le tecniche di ago-biopsia consentono di eseguire un *esame istologico* del tessuto asportato, e quindi formulare una diagnosi più completa.

Tali procedure vengono di regola eseguite in ambulatorio dallo specialista radiologo sotto la guida dell'ecografia o della mammografia e, grazie alla loro minore invasività, vengono praticate sempre più frequentemente al posto della tradizionale biopsia chirurgica eseguita con finalità diagnostiche.

Risonanza Magnetica

La Risonanza Magnetica è un esame che viene impiegato a giudizio del radiologo o dello specialista, ad integrazione della mammografia e dell'ecografia (non come indagine di primo livello) in particolari condizioni, come la sorveglianza diagnostica di pazienti portatrici di alterazioni dei geni BRCA o in giovani donne con forte familiarità.

L'esame può dare degli esiti falsamente sospetti. Esso va pertanto eseguito in centri senologici "dedicati" e, a differenza degli altri test, obbligatoriamente in una determinata fase del ciclo mestruale per ridurre le false positività.

COSA PUÒ DIRCI L'ESAME ISTOLOGICO

Quando una donna al riscontro di un nodulo o di microcalcificazioni si sottopone ad una biopsia o all'intervento chirurgico, il tessuto asportato viene analizzato dall'anatomo-patologo, che oltre all'eventuale diagnosi di tumore fornisce altre informazioni biologicamente utili per indirizzare personali successivi trattamenti.

I tipi istologici di tumore

Circa il 90% dei tumori al seno originano dalle cellule dei dotti, una percentuale inferiore invece dai lobuli mammari. Per questo i tipi più frequenti di carcinoma mammario sono rappresentati da:

- *carcinoma duttale*
- *carcinoma lobulare*



Entrambi questi tipi di tumore possono essere diagnosticati in due diversi stadi di accrescimento all'interno del tessuto mammario:

- **carcinoma in situ**: le cellule neoplastiche sono confinate all'interno dei dotti mammari e dei lobuli e non invadono il tessuto circostante ricco di vasi sanguigni e linfatici. Per tale motivo le **neoplasie in situ non danno metastasi**. Inoltre, il carcinoma lobulare in situ, a differenza di quello duttale non rappresenta un tumore vero e proprio, ma una lesione che aumenta il rischio di poter sviluppare un carcinoma invasivo
- **carcinoma infiltrante**: le cellule tumorali hanno oltrepassato la parete dei dotti e dei lobuli e, venendo a contatto con i vasi linfatici e sanguigni, possono, teoricamente, tramite questi diffondersi ai linfonodi o in organi a distanza.

I fattori prognostici

Non tutti i tumori sono uguali tra loro: al contrario **ogni donna affetta da tumore al seno ha una propria malattia diversa da altre**. I fattori prognostici sono quei parametri ricercati sul tumore, che, alla diagnosi più generica di carcinoma, aggiungono preziose informazioni sull'identikit della malattia, sul rischio di ricaduta (prognosi) e su quali siano i trattamenti più efficaci. Essi sono rappresentati da:

- **recettori per gli ormoni estrogeni e il progesterone**: le cellule tumorali nella maggior parte dei casi hanno delle strutture sulla loro parete, alle quali si legano gli ormoni estrogeni e il progesterone determinandone la crescita. Quando un tumore risulta positivo per gli estrogeni e per il progesterone, la prognosi è migliore, poiché le cellule tumorali hanno conservato questa caratteristica comune alle cellule della mammella sana. Inoltre la crescita tumorale può essere bloccata con farmaci che interferiscono sulla produzione o l'azione ormonale
- **HER2**: si tratta di una proteina presente sulla superficie delle cellule tumorali che ne regola la crescita e contro la quale sono state messe a punto terapie mirate
- **indice di proliferazione**: è espresso da una percentuale che indica quanto sia "attiva" la crescita di quel determinato tumore.

Sono allo studio test genetici che, analogamente all'esame istologico tradizionale, vengono condotti su un campione di tumore, per ricercare la presenza di geni dai quali dipende l'aggressività, la suscettibilità ai trattamenti e in definitiva la prognosi del tumore stesso. Ciò permetterà in futuro di personalizzare sempre di più la cura della malattia.



Le lesioni precancerose

Con il diffondersi dei programmi di screening e di nuovi strumenti diagnostici alle donne vengono sempre più frequentemente comunicate diagnosi di alterazioni del loro seno che, anche se non francamente tumorali, rappresentano comunque un probabile rischio di evoluzione verso il carcinoma. Quelle a cui i senologi oggi prestano più attenzione sono rappresentate da:

- **Iperplasia atipica (ADH)**
- **Neoplasie lobulari intraepiteliali (LIN)**

Si tratta di alterazioni di varia gravità, che vanno da una semplice atipia al carcinoma lobulare in situ. Se evidenziate in una biopsia rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di un tumore mammario e devono pertanto essere monitorizzate nel tempo, secondo modalità suggerite dallo specialista senologo, ovvero rimosse chirurgicamente.

LE CURE

Il trattamento dei tumori al seno differisce a seconda delle dimensioni del tumore, dello stadio e delle caratteristiche isto-biologiche e si avvale di terapie chirurgiche, radioterapiche e farmacologiche.

La chirurgia

La finalità dell'intervento chirurgico è principalmente quella di rimuovere la lesione tumorale e di stabilire se il tumore si sia esteso anche ai linfonodi ascellari. Gli interventi sul seno che il chirurgo può proporre sono i seguenti:

- **intervento chirurgico conservativo:** l'asportazione è limitata ad una parte del seno, quella contenente il tumore e parte del tessuto sano che lo circonda (**resezione ghiandolare; quadrantectomia**)
- **asportazione totale della mammella:** la ghiandola mammaria viene interamente asportata, insieme con il capezzolo, la cute soprastante e tutti i linfonodi



di ascellari (**mastectomia radicale**), oppure risparmiando l'involucro cutaneo esterno e se possibile il capezzolo (**mastectomia skin-nipple sparing**). In tutti i casi di mastectomia la mammella può essere ricostruita già nella stessa seduta operatoria mediante l'inserimento di protesi oppure con tessuti propri (lombi muscolari o di tessuto adiposo).

Poiché la linfa derivante dalla mammella può trasportare cellule tumorali a livello dell'ascella, una parte essenziale del trattamento chirurgico è rappresentata dallo studio di questi linfonodi fondamentalmente attraverso due tipi di procedure:

- **asportazione del linfonodo sentinella**: consiste nell'asportazione di un unico o talvolta più linfonodi che per primi ricevono la linfa proveniente dalla mammella, e sui quali si potrebbero quindi ritrovare cellule tumorali trasportate per via linfatica. Se l'esame istologico del linfonodo sentinella non evidenzia la presenza di cellule neoplastiche, la rimozione degli altri linfonodi può essere con sicurezza evitata, riducendo in tal modo possibili complicanze come il gonfiore del braccio (linfedema)
- **dissezione ascellare**: consiste nell'asportazione completa dei linfonodi ascellari e oggi essa è indicata quando il linfonodo sentinella risulta coinvolto dal tumore o qualora la malattia esordisca già con una localizzazione a livello dell'ascella.

La radioterapia

Il trattamento radioterapico dei tumori mammari ha la finalità di sterilizzare gli eventuali focolai neoplastici che residuano dopo il trattamento chirurgico, per ridurre il rischio di *recidiva locale*.

Esso in genere segue ad un trattamento chirurgico conservativo, ma talvolta, in situazioni più estese è indicato anche dopo una mastectomia, per ridurre il rischio di recidive del tumore sulla parete toracica o sui linfonodi.

Il trattamento standard è rappresentato dalla **radioterapia esterna**, che si esegue dopo il trattamento chirurgico ed è indirizzato a tutta la mammella.

Sono allo studio nuove modalità di radioterapia dopo chirurgia conservativa della mammella, che prevedono che il trattamento radiante venga effettuato al momento dell'intervento chirurgico (**radioterapia intraoperatoria**). Si tratta di un'irradiazione *parziale della ghiandola mammaria*, limitata all'area in cui è insorto il tumore, che attualmente è riservata a casi selezionati nell'ambito di studi clinici controllati.

Le terapie mediche

Nei casi di tumore invasivo, le terapie locali, cioè l'intervento chirurgico e la radioterapia, vengono sempre più integrate da terapie farmacologiche scelte sulla base di



tutte le caratteristiche isto-patologiche descritte precedentemente. I trattamenti medici attualmente disponibili per la cura dei tumori mammari sono:

- **terapia endocrina:** utilizza farmaci che interferiscono con l'azione degli estrogeni o, in alternativa, che ne bloccano la produzione. La condizione essenziale pertanto per il suo impiego è che i test eseguiti sul tumore dimostrino la presenza dei recettori per estrogeni e progesterone
- **chemioterapia:** utilizza farmaci che vengono somministrati ciclicamente dopo l'intervento chirurgico (chemioterapia *adiuvante*), o, in particolari situazioni cliniche, anche prima dell'intervento chirurgico (chemioterapia *neoadiuvante*). Nel caso del tumore mammario, anche negli stadi iniziali può essere necessario sottoporsi ad una chemioterapia, poiché essa può apportare dei benefici in termine di guarigione
- **terapie biologiche:** utilizzano farmaci di più recente impiego che agiscono in modo mirato su proteine bersaglio che regolano la crescita del tumore. Un esempio è rappresentato dai farmaci che agiscono selettivamente sul recettore HER2, indicati quando il tumore presenta questa proteina.

La fine dei trattamenti: menopausa e future gravidanze

- *Quando un tumore al seno colpisce una donna in età fertile, può essere molto vantaggioso mettere a riposo l'attività ormonale inducendo la **menopausa**. Come detto precedentemente, infatti, gli ormoni femminili rappresentano uno stimolo per la crescita delle cellule tumorali. Spesso inoltre la menopausa rappresenta uno degli effetti collaterali provocati dalla chemioterapia. È importante, tuttavia, che le donne in cui ciò si dovesse verificare sappiano che questa condizione non è sempre irreversibile.*
- *Contrariamente a quanto si riteneva in passato, è stato dimostrato che la **gravidanza** non rappresenta nelle donne precedentemente trattate per un tumore al seno un rischio di ripresa di malattia. La maggior parte degli esperti auspica di far trascorrere un periodo di almeno due anni dalla fine dei trattamenti, in considerazione del maggior rischio di ricadute nei primi anni successivi alla diagnosi di cancro. L'oncologo suggerirà in tal caso l'iter e le procedure più idonee per conservare la fertilità anche dopo i trattamenti chemioterapici.*



"Del tumore al seno si dice che"... miti da sfatare

I traumi al seno possono provocare un tumore

FALSO: I traumi alla mammella non favoriscono l'insorgenza del tumore. Ciò che più spesso accade è che, proprio a seguito di un trauma, si presti più attenzione ad una parte del corpo dolorante e ad eventuali anomalie e si scopra un tumore che invece già c'era!

Il dolore al seno è un sintomo di tumore mammario

FALSO: La sintomatologia dolorosa che una donna può accusare al seno è generalmente dovuta a nevralgie e tensioni della mammella, molto frequenti e generalmente non provocate dalla presenza di un nodulo. Uno studio effettuato su quasi mille donne con dolore al seno ha dimostrato che solo lo 0,4% di esse aveva un tumore.

Il volume del seno incide sul rischio di tumore al seno

FALSO: Il rischio di tumore mammario non dipende dalle dimensioni della mammella. Alcuni studi hanno dimostrato che esso è maggiore per mammelle che appaiono dense alla mammografia. Ma questa caratteristica del tessuto ghiandolare è indipendente dal volume mammario, potendosi ritrovare anche nel seno di piccole dimensioni.

Il tumore al seno è uno dei pochi tumori non associati al fumo

FALSO: I dati del rischio del fumo sul tumore al seno sono piuttosto contrastanti. Sembrerebbe tuttavia che il fumo, attivo e passivo, aumenti sia pur di poco il rischio di ammalarsi di carcinoma mammario.

La mastopatia fibro-cistica comporta un maggior rischio di tumore al seno

FALSO: La mastopatia fibro-cistica è una condizione estremamente frequente della mammella, particolarmente in alcune fasce di età (tra i 25 e i 45 anni), caratterizzata clinicamente da una diffusa nodularità, che interessa in genere entrambe le mammelle e che, come dimostrato da numerosi studi, non costituisce alcun rischio di tumore mammario.

Le protesi estetiche per aumentare il volume del seno causano il tumore

FALSO: Semmai, la diagnosi precoce in queste pazienti può essere più difficile per la presenza della protesi stessa, ma egualmente possibile. Non esiste infatti alcuna controindicazione per la donna portatrice di protesi estetiche al seno all'esecuzio-



ne di una mammografia, che rimane l'indagine fondamentale anche in questo caso per la diagnosi di tumori non palpabili. Al momento dell'esame è comunque importante segnalare al radiologo la presenza della protesi.

L'uso di deodoranti o la depilazione ascellare possono alla lunga aumentare il rischio di tumore al seno

FALSO: Non esistono oggi studi attendibili che dimostrino che questi semplici gesti comportamentali della vita quotidiana influiscano in qualche modo sul rischio di sviluppare un tumore al seno.

Il passaggio dell'ago attraverso un nodulo è pericoloso perché dissemina le cellule tumorali

FALSO: Si tratta di un timore molto diffuso che tuttavia è stato smentito da numerosi studi. Nel caso di un tumore mammario questo rischio è più teorico che effettivo. Viceversa le informazioni che si possono ottenere con un agoaspirato o con una microbiopsia sono fondamentali per programmare o escludere un intervento chirurgico.

I marcatori tumorali sono utili nella diagnosi precoce dei tumori mammari

FALSO: I marcatori tumorali (CEA e CA 15-3) sono delle sostanze prodotte dalle cellule tumorali, che tuttavia nel caso di tumore al seno non sono utili per la diagnosi precoce, poiché i loro valori nel sangue aumentano solo in caso di diffusione metastatica, e quindi di malattia avanzata.

PREVENIRE IL TUMORE AL SENO

I progressi compiuti a livello di diagnosi e terapia dei tumori al seno hanno fatto sì che, quella che non più di 20 anni fa era considerata una malattia incurabile oggi, se scoperta in fase iniziale, può **guarire nel 90%** dei casi circa, con terapie meno aggressive di un tempo.

Ma il ruolo principale nella lotta contro il tumore al seno compete ancora alla donna che ha a disposizione un'arma fondamentale: la prevenzione.

Prevenzione Primaria

Prevenzione vuol dire in primo luogo ridurre il rischio di ammalarsi. La maggior parte degli esperti ritiene infatti che **oltre il 20% di tutti i tumori al seno potrebbero essere evitati avendo cura ogni giorno del nostro stile di vita.** Come?



- Scegliendo attentamente gli alimenti
- controllando il proprio peso corporeo
- svolgendo una regolare attività fisica
- limitando l'assunzione di alcolici (preferibilmente vino o birra) ad un bicchiere al giorno distribuito durante i pasti
- valutando attentamente, con il proprio ginecologo, i rischi della terapia ormonale sostitutiva dopo la menopausa, e la possibilità di assumere farmaci alternativi per alleviarne i disturbi.

La dieta preventiva

*Un'alimentazione equilibrata che predilige il consumo di frutta fresca e verdura e limiti il consumo di grassi di origine animale, aiuta a prevenire l'insorgenza di molte malattie, cardiovascolari e tumorali. In particolare, nel caso del tumore al seno, studi condotti su donne operate per carcinoma mammario hanno già dimostrato come la dieta mediterranea, **unitamente ad una moderata e costante attività fisica**, sia efficace nel **ridurre il rischio di recidiva del tumore**. Essa infatti, mantenendo bassi i livelli di insulina nel sangue, è in grado di diminuire il peso corporeo e la disponibilità nel nostro organismo di estrogeni, testosterone ed altre sostanze che esercitano un forte stimolo sulla crescita tumorale, sia nelle donne già trattate per tumore mammario che in quelle sane.*

Prevenzione Secondaria

Scoprire un tumore in fase iniziale rappresenta l'arma più efficace che le donne oggi hanno per sconfiggere la malattia. La diagnosi precoce consente infatti di individuare tumori di piccole dimensioni e con prognosi decisamente migliore.

Gli esami consigliati per la prevenzione dei tumori al seno vengono suggeriti con modalità diverse a seconda dell'età della donna.

- **Età inferiore a 40 anni**

Per le giovani donne sono sufficienti *la corretta informazione, l'insegnamento dell'autoesame (autopalpazione), la visita senologica e l'esame ecografico (a cadenza biennale dai 30 anni)* senza ulteriori indagini strumentali preventive, salvo che non si tratti di donne a rischio, che devono in tal caso rivolgersi allo specia-



lista per personalizzare il proprio programma di sorveglianza diagnostica. Per le donne inoltre che intendano programmare la prima gravidanza oltre i 35 anni è consigliabile eseguire *prima* una mammografia, integrata da un'ecografia mammaria. Le giovani donne "sintomatiche" devono rivolgersi al senologo per la visita clinica e per gli ulteriori approfondimenti diagnostico-strumentali.

- **Età superiore a 40 anni**

La LILT consiglia alle donne a partire dai 40 anni di età di eseguire una mammografia con cadenza possibilmente annuale, in associazione alla visita senologica, eventualmente integrata dall'ecografia specie per le donne con seno radiologicamente denso o nelle donne "sintomatiche". Relativamente a queste ultime, la persistenza di immagini di difficile interpretazione o la presenza di elementi di sospetto renderà necessaria l'effettuazione di un prelievo con ago, che a seconda dei casi potrebbe essere preceduto dalla Risonanza Magnetica.

Per le donne di **età compresa tra i 50 e i 69 anni** (allorquando si registra il picco di incidenza maggiore di cancro mammario) il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, realizza **programmi di screening organizzato**, che garantiscono una volta ogni 2 anni l'esecuzione *gratuita* di una mammografia e, se necessario, degli ulteriori accertamenti di approfondimento diagnostico. L'invito a partecipare ai programmi di screening organizzato avviene mediante una comunicazione individuale che esorta ad entrare e a seguire il percorso offerto dall'ASL.

La LILT raccomanda vivamente di aderire a tale invito e anzi auspica che i programmi di screening organizzato siano estesi a partire dai 40 anni di età con cadenza annuale e per tutta la vita. A tal fine offre la più ampia disponibilità collaborativa per una capillare sensibilizzazione della popolazione femminile, anche attraverso le proprie Sezioni Provinciali.

Prevenzione terziaria

Questo tipo di prevenzione è quello che si applica alle donne che siano state già trattate per un tumore al seno, al fine di ridurre il rischio di ricadute della malattia, le complicanze ed i problemi connessi ai trattamenti (**riabilitazione**), siano essi di natura fisica, psicologica e/o sociale. La guarigione dal tumore al seno non può prescindere infatti dall'attenzione alla qualità della vita della donna e alla sua reintegrazione nell'ambiente familiare, lavorativo e sociale.



LA LILT

Cos'è la LILT

La LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, è l'unico Ente Pubblico su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di vincere il cancro.

La LILT è la più antica organizzazione nazionale del settore. Venne infatti fondata nel 1922 e già nel 1927 ottenne il riconoscimento giuridico e la qualifica di "Ente Morale" con decreto di Vittorio Emanuele III, re d'Italia.

Opera senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale, sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e la vigilanza del Ministero della Salute. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti ed organismi operanti in campo oncologico. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL), dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea. Mantiene rapporti con l'European Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania e Kosovo. Nel 2003 è stata insignita dal Presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, della Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica.

Nell'agosto 2009 la LILT ha aderito al network internazionale European Men's Health Forum (EMHF).

La "mission"

L'obiettivo principale della LILT è sconfiggere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La Prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT - così come ben evidenziato dallo stesso pay-off "Prevenire è vivere" - e rappresenta ancora oggi l'arma più efficace nella lotta contro il cancro. Un dato confermato dalla ridotta mortalità e dall'allungamento e miglioramento della qualità della vita del malato oncologico.



Le attività

La LILT è, da sempre, un punto di riferimento nel panorama della prevenzione oncologica, sia in Italia che all'estero, offrendo numerosi servizi e stimolando, attraverso convenzioni e protocolli d'intesa, uno scambio di informazioni ed esperienze al fine di stabilire e realizzare proficue sinergie. Indubbiamente la promozione e l'attuazione di una cultura della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) come metodo di vita rappresenta l'attività principale della LILT. Per questo è la più grande associazione dedicata alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti.

Prevenzione primaria: corretta alimentazione, attività fisica ed educazione alla salute attraverso la diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, ecc.), realizzazione di eventi a carattere provinciale e regionale; manifestazioni a carattere nazionale; lotta al tabagismo (percorsi per smettere di fumare, campagne informative, linea verde SOS LILT 800 998877).

Prevenzione secondaria: visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce, con l'obiettivo di identificare lesioni tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione, ricorrendo a cure sempre meno aggressive.

Prevenzione terziaria: riabilitazione fisica, psichica, sociale e occupazionale del malato oncologico. È questo un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle Sezioni Provinciali, dei punti Prevenzione (ambulatori) e in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Assistenza domiciliare: preziosa integrazione alle cure ospedaliere, tramite le Sezioni Provinciali LILT, che garantiscono un'assistenza di tipo medico, psicologico, infermieristico e in molti casi anche psico-sociale ed economico. Particolare attenzione verso il malato oncologico, per costruire attorno a lui una rete di solidarietà, di condivisione, di sicurezza e di informazione, per offrirgli la certezza di non essere solo. A tal proposito, la LILT ha contribuito in maniera sostanziale alla redazione e promozione del Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico, che tutela il malato e la sua famiglia sia in ambito lavorativo che sociale, prendendosi cura della sua esistenza.



Come sostenere la LILT

Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- direttamente alla Sede Nazionale;
 - con carta di credito collegandosi al sito www.lilt.it;
 - con un versamento su cc/p 28220002
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002;
 - con un versamento su cc/b Monte dei Paschi di Siena,
Filiale di Roma, Via del Corso 232
Codice IBAN: IT40 A010 3003 2000 0000 9340 323;
- direttamente alla Sezione LILT della propria Provincia, consultando il sito www.lilt.it.

5 per mille per la LILT

È possibile aiutare la LILT devolvendo il 5 per Mille dell'Irpef. È sufficiente firmare nello spazio "Finanziamento della ricerca sanitaria" per la Sede Nazionale e nello spazio "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 460 del 1997" per sostenere la Sezione LILT della propria Provincia.

Quote sociali

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota minima annuale (10 euro, come socio ordinario; 150 euro, come socio sostenitore).



SEZIONI PROVINCIALI DELLA LILT

AGRIGENTO	Tel. 0925.905056	MESSINA	Tel. 090.45452
ALESSANDRIA	Tel. 0131.206369	MILANO	Tel. 02.2662771
ANCONA	Tel. 071.2071203	MODENA	Tel. 059.374217
AOSTA	Tel. 0165.31331	MONZA-BRIANZA	Tel. 039.2333664
AREZZO	Tel. 800.235999	NAPOLI	Tel. 081.5465880
ASCOLI	Tel. 0736.358360	NOVARA	Tel. 0321.35404
ASTI	Tel. 0141.595196	NUORO	Tel. 0784.619249
AVELLINO	Tel. 0825.73550	ORISTANO	Tel. 0783.74368
BARI	Tel. 080.5216157	PADOVA	Tel. 049.8070205
BARLETTA	Tel. 0883.332714	PALERMO	Tel. 091.6165777
BELLUNO	Tel. 0437.944952	PARMA	Tel. 0521.702243
BENEVENTO	Tel. 0824.313799	PAVIA	Tel. 0382.33939
BERGAMO	Tel. 035.242117	PERUGIA	Tel. 075.5004290
BIELLA	Tel. 015.8352111	PESARO	Tel. 0721.364094
BOLOGNA	Tel. 051.4399148	PESCARA	Tel. 085.4252500
BOLZANO	Tel. 0471.402000	PIACENZA	Tel. 0523.384706
BRESCIA	Tel. 030.3775471	PISA	Tel. 050.830684
BRINDISI	Tel. 0831.520366	PISTOIA	Tel. 0573.365280
CAGLIARI	Tel. 070.495558	PORDENONE	Tel. 0434.28586
CALTANISSETTA	Tel. 0934.541873	POTENZA	Tel. 0971.441968
CAMPOBASSO	Tel. 0875.714008	PRATO	Tel. 0574.572798
CASERTA	Tel. 0823.273837/333.2736202	RAGUSA	Tel. 0932.229128
CATANIA	Tel. 095.7598457	RAVENNA	Tel. 0545.214081
CATANZARO	Tel. 0961.725026	REGGIO CALABRIA	Tel. 0965.331563
CHIETI	Tel. 0871.564889	REGGIO EMILIA	Tel. 0522.283844
COMO	Tel. 031.271675	RIETI	Tel. 0746.205577
COSENZA	Tel. 0984.28547	RIMINI	Tel. 0541.394018
CREMONA	Tel. 0372.412341	ROMA	Tel. 06.83602668/9
CROTONE	Tel. 0962.901594	ROVIGO	Tel. 0425.411092
CUNEO	Tel. 0171.697057	SALERNO	Tel. 089.220197
ENNA	Tel. 0935.511755	SASSARI	Tel. 079.214688
FERMO	Tel. 0734.62522582	SAVONA	Tel. 019.812962
FERRARA	Tel. 0532.455214	SIENA	Tel. 0577.285147
FIRENZE	Tel. 055.576939	SIRACUSA	Tel. 0931.461769
FOGGIA	Tel. 0881.661465	SONDRIO	Tel. 0342.219413
FORLI'-CESENA	Tel. 0543.731410	TARANTO	Tel. 099.4587360
FROSINONE	Tel. 0775.841083	TERAMO	Cell. 338.1541142
GENOVA	Tel. 010.2530160	TERNI	Tel. 0744.431220
GORIZIA	Tel. 0481.44007	TORINO	Tel. 011.836626
GROSSETO	Tel. 0564.453261	TRAPANI	Tel. 0923.873655
IMPERIA	Tel. 0184.570030	TRENTO	Tel. 0461.922733
ISERNIA	Tel. 0865.29484	TREVISO	Tel. 0422.321855
LA SPEZIA	Tel. 0187.732912	TRIESTE	Tel. 040.398312
L'AQUILA	Tel. 0862.310117	UDINE	Tel. 0432.481802
LATINA	Tel. 0773.694124	VARESE	Tel. 0331.623002
LECCE	Tel. 0833.512777	VENEZIA	Tel. 041.958443
LECCO	Tel. 039.599623	VERBANIA	Tel. 0323.643668
LIVORNO	Tel. 0586.811921	VERCELLI	Tel. 0161.255517
LODI	Tel. 0371.423052	VERONA	Tel. 045.8303675
LUCCA	Cell. 340.3100213	VIBO VALENTIA	Tel. 0963.44862
MACERATA	Tel. 0737.636748	VICENZA	Tel. 0444.513333
MANTOVA	Tel. 0376.369177	VITERBO	Tel. 0761.325225
MASSA	Tel. 0585.493096		
MATERA	Tel. 0835.332696		

*Per ulteriori informazioni www.lilt.it



Ministero della Salute



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le Pari Opportunità



Ministero del Turismo



Governo Italiano
Ministro della **Gioventù**

*Ottobre, mese dedicato alla prevenzione
del tumore al seno*



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

www.lilt.it

SOS LILT
800-998877

Via A. Tortonia, 15 - 00161 Roma - Tel. 06 4425971 Fax 06 44259732 - E mail: sede.centrale@lilt.it

Douglas
per far
sentire la
bellezza

ESTÉE LAUDER

JO MALONE
LONDON

CLINIQUE
Produced in Italy by L'Oréal Paris S.p.A.

AVEDA
THE ART AND SCIENCE OF PURE ESSENCE AND PLANT STRENGTH

LA MER

LAB
SERIES
LABORATOIRES