FORZA.

Credi in un mondo senza più tumore al seno.
Fino ad allora noi ci saremo.

Foto: Smallfoto
Cristina Chiabotto per LILT

NASTRO ROSA

LILT
1922 90 anni di PREVENZIONE 2012
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

THE ESTÉE LAUDER COMPANIES
BREAST CANCER AWARENESS CAMPAIGN

Indice

Lettera del Presidente	**4**
La mammella	**5**
Conoscere il tumore al seno	**6**
Le lesioni preneoplastiche	**8**
Prevenzione del tumore al seno: come ridurre il rischio	**8**
C'è qualcos'altro che puoi fare per ridurre il tuo rischio?	**10**
L'autoesame nell'era dello screening	**10**
Screening organizzato	**12**
Screening spontaneo	**12**
Mammografia o ecografia mammaria?	**13**
Quali altri accertamenti può suggerirti il tuo medico?	**14**
Esame citologico ed esame istologico	**14**
Risonanza magnetica	**15**
Altri esami clinico-diagnostici	**15**
Quali terapie affrontare?	**16**
Chirurgia	**17**
Radioterapia	**17**
Terapie farmacologiche	**18**
Dopo le terapie	**19**
La LILT	**20**
Una testimonianza di solidarietà	**22**

Lettera del Presidente

Il tumore della mammella è ancora il big killer numero uno nelle donne e, sebbene negli ultimi anni si sia registrata una sia pur lenta ma costante e progressiva diminuzione della mortalità, la sua incidenza è anche nel nostro Paese in aumento. Per il 2012 si prevedono, infatti, circa 42 mila nuovi casi di cancro al seno.

Inoltre lo sviluppo e la presenza del tumore alla mammella in Italia si scopre sempre più in donne giovani. Infatti negli ultimi anni si è registrato un incremento di circa il 30% nella fascia di età compresa tra i 25 e i 49 anni. Tanto è certamente dovuto all'evoluzione dell'"imaging", alla diagnostica tecnologicamente più avanzata, sofisticata, puntuale, precisa.

Peraltro un alto numero di donne, attualmente escluso dai programmi di screening previsti dal SSN per le donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, non ha accesso gratuito ad esami diagnostici di "prevenzione".

L'importanza della diagnosi precoce del cancro della mammella è quanto mai fondamentale e strategico per vincere questa patologia.

L'individuazione di un tumore impalpabile e rilevabile soltanto con gli esami strumentali, vale a dire di pochi millimetri, determina infatti una elevata percentuale di guaribilità che supera ormai il 90%.

Ecco l'importanza della diagnosi precoce che per tutte le donne rappresenta un'opportunità concreta di "salvavita".

Prevenzione e informazione corretta, conoscenza della problematica per meglio saperla affrontare e risolvere. Di qui la necessità da parte della LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - di promuovere la cultura della prevenzione come metodo di vita ed una sempre maggiore capillare sensibilizzazione nei confronti della diagnosi precoce.

Per tutto il mese di ottobre la LILT, d'intesa con Estée Lauder, attiva i suoi 397 Punti Prevenzione/Ambulatori per offrire alle donne l'opportunità di meglio accostarsi alla diagnosi precoce, distribuendo materiale divulgativo -informativo, effettuando consulti, visite, esami.

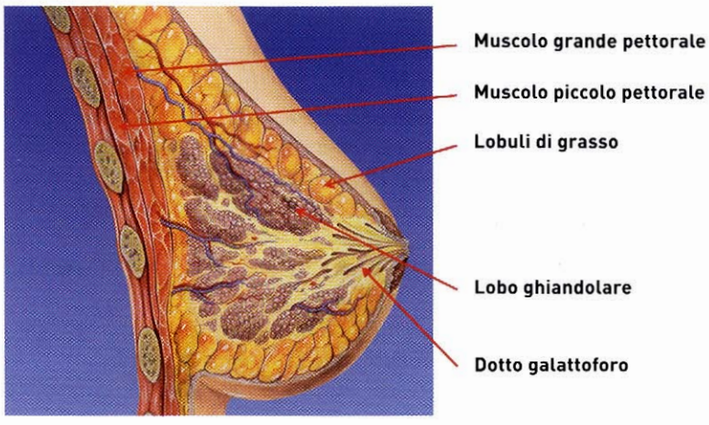
Si tratta in definitiva di una battaglia che potremmo, insieme, considerare vinta se tutte le donne si sottoponessero a periodici e regolari controlli clinico-strumentali.

Ed è questo l'invito che di cuore rivolgo ad ogni donna del nostro Pianeta.

Francesco Schittulli
Senologo-chirurgo

La mammella

La mammella è un organo che svolge tre nobili funzioni, estetica, sessuale e materna. E' costituita da tessuto ghiandolare, adiposo ("grasso") e fibroso. Quest'ultimo fa da impalcatura alla ghiandola, ricca di vasi sanguigni, linfatici e nervi. La ghiandola mammaria così costituita è rivestita esternamente dalla cute, sostenuta posteriormente dal muscolo pettorale. Il latte viene prodotto a livello di piccole strutture ghiandolari chiamate lobuli e trasportato al capezzolo attraverso i dotti mammari. Lo sviluppo ed i cambiamenti della ghiandola avvengono principalmente dallo stimolo degli ormoni femminili, estrogeno e progesterone, a seconda della fase ormonale e dell'età della donna.
Generalmente la componente ghiandolare è molto rappresentata nelle donne giovani ed in pre-menopausa; al contrario in post-menopausa e con l'avanzare dell'età, il tessuto adiposo della mammella tende ad aumentare. Ecco perchè la mammografia nelle giovani donne, e più in generale nelle donne con seno denso, è più difficile da interpretare, rendendo così necessaria l'integrazione con l'ecografia mammaria e/o la risonanza magnetica.
Anche l'uomo ha una minima componente di tessuto ghiandolare mammario che, sia pure raramente, può andare incontro allo sviluppo di un tumore (1% rispetto alle donne).



Conoscere il tumore al seno

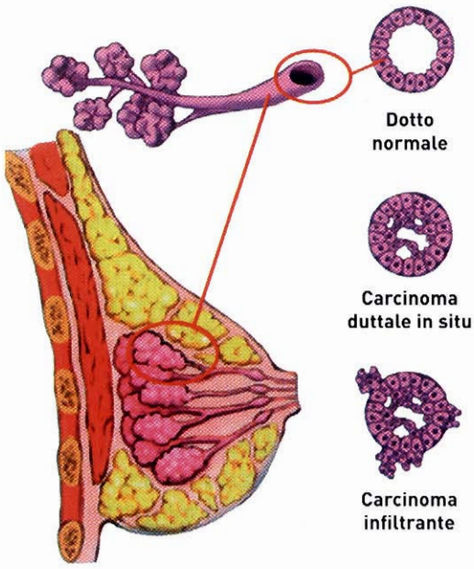
Le cellule che costituiscono la ghiandola mammaria si riproducono continuamente, sia per generare il ricambio con nuove cellule, sia per riparare quelle danneggiate. Il processo di riproduzione e crescita cellulare è un processo molto sofisticato e regolato da alcuni geni. In condizioni di normalità tale processo avviene secondo un preciso fisiologico programma, in modo ordinato e regolare.
Tuttavia l'invecchiamento ed eventuali fattori ambientali possono provocare delle alterazioni (mutazioni, cambiamenti) di questi geni, determinando così una crescita incontrollata delle cellule ed il conseguente sviluppo di un tumore. Il processo di cancerogenesi avviene lentamente nel corso degli anni fino a quando il tumore dà segno di sé con la formazione di una lesione dapprima visibile agli esami radiologici e successivamente anche palpabile. Gli esami strumentali oggi disponibili per l'anticipazione diagnostica consentono di cogliere il processo di crescita tumorale in una fase molto precoce, quando il tumore non è palpabile e non dà segni di sé o addirittura in una fase che precede lo stesso sviluppo del carcinoma (lesione preneoplastica).
La maggior parte (oltre il 70%) 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. Per tale motivo le neoplasie in situ non danno metastasi.
- **carcinoma infiltrante**: le cellule tumorali hanno oltrepassato la parete dei dotti e dei lobuli e, venendo a contatto con i vasi linfatici e sanguigni presenti nel tessuto connettivo di sostegno, potrebbero diffondersi ai linfonodi o in altri organi e/o apparati.

Quella tra carcinoma in situ e carcinoma invasivo è la prima importante distinzione da considerare per l'andamento dei tumori al seno.
Per definizione infatti, i tumori in situ, non avendo un potenziale



metastatico, non necessitano di terapie sistemiche, e quindi di chemioterapia.
Tra le altre caratteristiche ricercate per meglio definire la malattia, la prognosi ed i trattamenti più efficaci vi sono i cosiddetti fattori prognostici rappresentati da:

- **recettori per gli ormoni estrogeni e progesterone**: le cellule tumorali nella maggior parte dei casi hanno delle strutture sulla loro parete alle quali si legano gli ormoni estrogeni ed il progesterone, determinandone la crescita. La presenza dei recettori ormonali è considerata un elemento prognosticamente favorevole, poiché le cellule tumorali conservano la caratteristica comune alle cellule della mammella sana. Tutti i tumori con recettori per estrogeni e progesterone possono essere efficacemente trattati con farmaci che interferiscono sulla produzione o l'azione ormonale (terapia ormonale).
- **indice di proliferazione**: è espresso da una percentuale che indica quanto "attiva" sia la crescita di quel determinato tumore.
- **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 (terapie biologiche).
  La presenza del recettore HER2 sul tumore è considerata espressione di una eventuale maggiore aggressività della malattia e pertanto ad oggi viene considerata come uno dei criteri di scelta per l'esecuzione di specifica chemioterapia.

Le caratteristiche sopradescritte sono quelle meglio note in oncologia. Ma la ricerca scientifica costantemente scopre nuovi geni e proteine che

possono svolgere dei ruoli chiave nei processi di trasformazione tumorale. Una migliore comprensione della biologia dei tumori mammari consentirà di caratterizzare meglio la malattia, la sua suscettibilità ai trattamenti e di personalizzare sempre di più cure efficaci.

Le lesioni preneoplastiche

Il diffondersi dei programmi di screening e di nuovi ed accurati mezzi diagnostici ha fatto si che sempre più frequentemente siano individuate lesioni che non indicano la presenza di un carcinoma, ma di un'alterazione iniziale delle cellule mammarie. Si tratta pertanto di forme patologiche da considerare preneoplastiche, le quali, essendo frequentemente riscontrate vicino al tessuto tumorale asportato delle pazienti operate per carcinoma, si ritiene possano precedere il tumore mammario. Da un punto di vista radiologico spesso si manifestano con la comparsa di microcalcificazioni o di lesioni comunque non palpabili che richiedono un approfondimento diagnostico con microbiopsia.
Quelle a cui oggi si presta più attenzione sono rappresentate da:

- **Iperplasia duttale atipica**
- **Neoplasie lobulari intraepitali (LIN)**

Le lesioni preneoplastiche rappresentano una condizione di rischio per lo sviluppo di un tumore o, in una minoranza di casi, possono essere spia della presenza di un carcinoma nel tessuto circostante. Per tale motivo quando riscontrate ad esame microbioptico, può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica dell'area interessata o più semplicemente un ravvicinato monitoraggio nel tempo, secondo modalità suggerite dallo specialista senologo.

Prevenzione del tumore al seno: come ridurre il rischio

FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI

- **Sesso**: quasi esclusivamente di genere.
- **Età**: la probabilità di ammalarsi di un tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età della donna, sebbene la maggior parte dei tumori al seno (circa il 60%) colpisca le donne di età inferiore ai 55/60 anni.
- **Storia riproduttiva della donna**: prolungata esposizione agli

estrogeni e progesterone, quale si registra nel menarca precoce o nella menopausa tardiva; nulliparità (nessuna gravidanza) o prima gravidanza oltre i 35 anni; mancanza di allattamento.

- **Familiarità**: presenza nella famiglia di componenti (madre, sorella, zia, nonna etc.) con tumore al seno e/o ovaio.
- **Predisposizione genetica**: alterazione dei geni BRCA1 e BRCA2*, responsabile del 8-10% di tutti i carcinomi mammari, anche in giovane età.
- **Patologie predisponenti**: tumore all'altro seno, all'utero (endometrio) o all'ovaio, lesioni preneoplastiche della mammella, precedente radioterapia della parete toracica (es. linfomi in età giovanile).

** Il test per sapere se si è portatori di queste alterazioni genetiche è consigliabile esclusivamente dopo opportuno counseling genetico.*

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI E STILI DI VITA

- **Terapia ormonale sostitutiva**: i farmaci a base di estrogeni e progesterone, assunti dopo la menopausa per alleviarne i disturbi, possono lievemente aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno. Il rischio è proporzionale alla durata del trattamento.
- **Obesità**: il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che dopo la menopausa vadano incontro ad un sovrappeso. Nel tessuto adiposo in eccesso infatti vengono prodotte maggiori quantità di insulina e di estrogeni in grado di stimolare la proliferazione cellulare.
- **Scarsa 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 dell' organismo di sostanze anti-ossidanti in grado di neutralizzare i radicali liberi.
- **Scarso consumo di frutta fresca e verdura**: una dieta ad alto apporto calorico, ricca di grassi e di zuccheri raffinati o con frequente consumo di carni rosse, aumenta il rischio di sviluppare un tumore al seno. Al contrario la dieta mediterranea, e più in generale il consumo di frutta fresca e verdura, olio extra vergine di oliva, riducono il rischio.

- **Alcol**: il rischio di tumore al seno aumenta proporzionalmente al quantitativo di alcol assunto.
- **Fumo**: anche il tumore al seno sembra aumentare nelle fumatrici.

Modificare gli stili di vita significa eliminare quei fattori di rischio da cui dipendono oltre il 20% dei tumori al seno. Per tale ragione, il mondo scientifico considera il controllo dello stile di vita – praticare una regolare attività fisica, controllare il peso corporeo, limitare il consumo di alcol, scegliere con cura la propria alimentazione e regolamentare l'assunzione di terapia ormonale dopo la menopausa – uno strumento valido per la prevenzione del carcinoma mammario, efficace e raccomandabile al pari degli esami e delle terapie comunemente utilizzati per la diagnosi e la cura della malattia.

C'è qualcos'altro che puoi fare per ridurre il tuo rischio?

Molte donne sanno che un tumore al seno può manifestarsi anche se non si è in presenza di specifici fattori di rischio, per cause che ancora non si conoscono completamente. Ciò nonostante ancora molto si può fare per vincere la malattia e limitarne le conseguenze, attraverso la diagnosi precoce, prestando attenzione agli eventuali cambiamenti della mammella, partecipando ai programmi di screening mammografico e sottoponendosi a periodici controlli clinico-strumentali.

L'autoesame nell'era dello screening

Il miglioramento delle indagini diagnostiche impiegate per una diagnosi sempre più precoce del tumore al seno ha fatto sì che possano essere rilevati tumori molto piccoli, non apprezzabili alla palpazione o addirittura alterazioni che precedono lo sviluppo stesso della neoplasia. Qual'é allora il ruolo dell'autopalpazione nella prevenzione del tumore al seno? Eseguire periodicamente un auto-esame del seno consente a ciascuna donna di conoscere "confidenzialmente" la propria mammella e di apprezzarne gli eventuali cambiamenti che dovessero manifestarsi nel periodo di intervallo tra un esame ed il controllo successivo. Può generare

spesso delle preoccupazioni o dei falsi allarmi, ma sensibilizzare le donne all'autopalpazione significa incoraggiarle a non aver paura di conoscere e scoprire un nodulo, rivolgersi al proprio medico o senologo per qualsiasi dubbio e concedersi un momento per riflettere sull'importanza della prevenzione.

1. **Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite e a piatto**

2. **Non tralasciare la palpazione dell'ascella o dei capezzoli**

3. **Guardare allo specchio se vi sono irregolarità sulla cute**

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

In particolare fare attenzione se:

1. *La cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita o retratta.*
2. *Il capezzolo appare retratto, soprattutto se la rientranza del capezzolo è di recente comparsa e se sulla cute dell'areola compaiono delle piccole eruzioni cutanee o delle crosticine.*
3. *Comparsa spontanea di secrezioni dal capezzolo, soprattutto se sierosa o ematica.*
4. *Alla palpazione della mammella o del cavo ascellare noti la comparsa di una tumefazione.*
5. *La mammella ti sembra arrossata ed aumentata di volume.*

Non preoccuparti invece se periodicamente accusi dolore o senso di tensione al seno, soprattutto in corrispondenza del ciclo mestruale, perchè tali sintomi sono molto frequenti in tutte le donne ed indipendenti dallo sviluppo di un tumore.

Screening organizzato

Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, offre a tutte le donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni la possibilità di eseguire ogni due anni una mammografia, attraverso una lettera di invito in cui figura la data, l'orario ed il luogo dell'esame.
L'eventuale riscontro di un nodulo o di reperti dubbi sarà seguito da un ulteriore invito a sottoporsi ad altri eventuali esami di approfondimento (anche in questo caso gratuiti), che possono andare dalla semplice integrazione con altre immagini mammografiche, all'ecografia con eventuale agoaspirato in presenza di nodulo, alla risonanza magnetica.
I risultati di uno studio finanziato dalla LILT e dal Ministero della Salute e del Welfare – Progetto IMPATTO – hanno dimostrato che lo screening mammografico realizzato nel nostro Paese ha portato:

- una riduzione della mortalità per carcinoma mammario;
- una riduzione del numero di interventi demolitivi, poiché il tumore è ancora di piccole dimensioni;
- una migliore prognosi, dovuta appunto alla diagnosi precoce.

Screening spontaneo

Lo screening mammografico offerto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale è quindi uno strumento molto efficace per la diagnosi precoce dei tumori al seno, che per motivi di costi sanitari non copre tutte le fasce di età e che prevede solo l'esecuzione della mammografia.
Bisogna tener presente che il tumore al seno colpisce in circa il 30% dei casi donne al di sotto dei 50 anni, non coperte quindi dallo screening mammografico.
Esiste inoltre la possibilità che il tumore possa comparire nel periodo di intervallo tra una mammografia di screening negativa e quella successiva, o che in un seno denso possa non rendersi evidenziabile un nodulo che, al contrario, viene meglio caratterizzato da un'ecografia mammaria.
Per tale motivo le donne devono sapere che anche a loro è affidata una responsabilità per la diagnosi precoce del tumore, attraverso l'autopalpazione e l'esecuzione regolare e periodica di controlli clinici in cui il senologo, sulla base dell'età e del rischio individuale, oltre ad

effettuare una visita specialistica, suggerirà strategie di prevenzione più idonee (tipologia di esame e frequenza di esecuzione). La LILT, in sintonia con le principali Società Scientifiche, consiglia l'esecuzione ogni anno della mammografia, a partire dai 40 anni, integrata dall'ecografia mammaria e dalla visita clinica.

Mammografia o ecografia mammaria?

La mammografia infatti è l'esame di elezione per la ricerca dei tumori al seno soprattutto nelle donne al di sopra dei 40 anni. Rappresenta l'indagine ottimale per individuare la presenza di microcalcificazioni, che talora possono essere espressione di lesioni tumorali o preneoplastiche. L'uso della tecnica digitale è oggi preferibile a quella tradizionale perché la qualità dell'immagine è migliore e l'impiego di raggi X ulteriormente ridotto. La mammografia, tuttavia, può avere dei limiti diagnostici per la densità della mammella, caratteristica nelle giovani donne e più in generale in età fertile. In questi casi lo studio viene completato con l'esecuzione di un'ecografia mammaria e, a volte, di una risonanza magnetica. L'ecografia rappresenta l'esame più utile per distinguere un nodulo solido da una cisti a contenuto fluido e consente una migliore caratterizzazione del nodulo e della sua vascolarizzazione attraverso la valutazione color-doppler.

Quali altri accertamenti può suggerirti il tuo medico?

Esame citologico ed esame istologico

La donna sintomatica (a rischio), in cui venga riscontrata un'anomalia alla mammografia o all'ecografia mammaria, deve sottoporsi, indipendentemente dall'età, al completamento dell'uno o dell'altro esame se non eseguito, alla visita clinica specialistica e, se necessario, agli ulteriori approfondimenti diagnostici per confermare o escludere la presenza di un carcinoma. Se un tempo per acquisire queste informazioni era necessario ricorrere ad un intervento chirurgico, oggi è possibile avere una conferma diagnostica attraverso procedure sicure, affidabili e minimamente invasive.

- **Agoaspirato**: attraverso un ago sottile, simile a quello utilizzato nelle comuni iniezioni intramuscolo, si esegue un'aspirazione di cellule di lesioni solide o del contenuto di una cisti che consente di eseguire un esame citologico, cioè una valutazione di eventuali anomalie presenti nelle cellule.
  Anche nel caso di comparsa di una secrezione sospetta del capezzolo, l'esame citologico, in questo caso eseguito con l'apposizione di un vetrino sul capezzolo senza introduzione di ago, fornisce indicazioni sulla presenza di eventuali alterazioni all'interno dei dotti mammari.
- **Agobiopsia**: il prelievo, in questo caso con un ago leggermente più grosso, è preceduto da un'anestesia locale e consente di ottenere un piccolo frammento di tessuto su cui eseguire l'esame istologico.
- **Biopsia vacuum assisted**: anche questa è un tipo di biopsia mininvasiva, eseguita in anestesia locale, che a differenza della precedente permette di prelevare più frustoli di tessuto e di avere una migliore caratterizzazione istologica con una singola introduzione di ago. La procedura è ambulatoriale, non richiede una sedazione ma solo una semplice anestesia locale, e si esegue mediante uno strumento dedicato – quello più noto è il Mammotome® – con l'ausilio dell'ecografo o del mammografo.
  Questo tipo di accertamento diagnostico è quello più largamente impiegato per lo studio delle microcalcificazioni.

Tutte le procedure sopradescritte sono oncologicamente sicure – non è scientificamente dimostrato alcun pericolo di disseminazione di cellule

tumorali – ed hanno una funzione esclusivamente diagnostica.
Ciò significa che in caso si riscontri una lesione tumorale o preneoplastica è necessario procedere comunque ad un limitato intervento chirurgico.

Risonanza Magnetica

Il ruolo della RM delle mammelle nella diagnosi precoce del carcinoma mammario è oggi limitato alla sorveglianza diagnostica di donne portatrici di alterazioni dei geni BRCA o in giovani donne con forte familiarità. Con eccezione quindi di queste particolari situazioni, che rappresentano una minoranza di casi, la Risonanza Magnetica delle mammelle è un esame che viene impiegato a giudizio del radiologo o dello specialista senologo, ad integrazione della mammografia e dell'ecografia nei casi in cui vi sia una discrepanza tra questi esami precedenti o in presenza di un carcinoma accertato, per una migliore stadiazione locale.

L'esame può tuttavia 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.

Altri esami clinico-diagnostici

Una volta posta la diagnosi di carcinoma della mammella, il senologo-chirurgo-oncologo, prima o dopo l'intervento chirurgico potranno suggerire l'esecuzione di altri esami utili per la stadiazione della malattia e per il monitoraggio delle terapie, tra cui una radiografia del torace, un'ecografia addominale, una scintigrafia ossea ed il dosaggio dei

markers tumorali nel sangue (CEA e CA 15-3).
Questi ultimi non sono di utilità per la diagnosi precoce del tumore, perché il loro valore nel sangue non si modifica negli stadi iniziali ma solo, e non sempre, in caso di comparsa di metastasi in organi a distanza.

Quali terapie dovrai affrontare?

I tumori al seno sono un gruppo eterogeneo di malattie per le quali oggi abbiamo a disposizione un ampio ventaglio di opzioni terapeutiche complementari e variamente integrate tra loro, che vanno dalla chirurgia alla radioterapia, dalla ormonoterapia alla chemioterapia.
La paziente che riceve una diagnosi di carcinoma della mammella sarà seguita da un team di medici specialisti composto dal radiologo, chirurgo senologo, anatomo-patologo, oncologo, radioterapista e chirurgo plastico che valuterà dettagliatamente sulla base delle dimensioni e caratteristiche biologiche del tumore e delle condizioni di salute della paziente, quale sia la strategia più efficace in termini di guarigione e migliore qualità di vita.

Chirurgia

- **Intervento chirurgico conservativo**: asportazione limitata ad una parte del seno, quella contenente il tumore e parte del tessuto sano che lo circonda (resezione ghiandolare; quadrantectomia), generalmente seguito da una radioterapia.
- **Mastectomia**: asportazione completa della ghiandola mammaria insieme con il capezzolo, la cute soprastante e i linfonodi ascellari (mastectomia radicale), o con conservazione dell'involucro cutaneo esterno e se possibile dell'areola e del capezzolo (mastectomia skin-nipple sparing).
- **Biopsia del linfonodo sentinella**: asportazione del linfonodo o dei linfonodi che per primi ricevono la linfa proveniente dal tumore e sui quali si potrebbero quindi ritrovare cellule coinvolte per via linfatica. Se l'esame istologico del linfonodo sentinella non evidenzia la presenza di cellule neoplastiche, la rimozione degli altri linfonodi può essere evitata, riducendo in tal modo eventuali complicanze come il gonfiore del braccio (linfedema).
- **Dissezione ascellare**: asportazione completa dei linfonodi ascellari, necessaria in caso di metastasi ascellari accertate o evidenti all'esame clinico e radiologico preoperatorio.
- **Ricostruzione mammaria**: intervento di chirurgia plastica eseguito con la finalità di ripristinare la forma ed il volume della mammella asportata dopo mastectomia. Può essere effettuata nella stessa seduta operatoria (ricostruzione immediata) o dopo la fine dei trattamenti, mediante l'inserimento di protesi oppure con tessuti propri (lembi muscolari).

  La scelta dell'intervento dipende dalla situazione clinica, dalle terapie necessarie nel post-operatorio, dalle caratteristiche psico-fisiche e costituzionali della paziente.

Radioterapia

- **Radioterapia a fasci esterni**: trattamento standard che completa la terapia locale dei carcinomi mammari dopo un intervento chirurgico

conservativo, per ridurre il rischio di recidiva di malattia nel tessuto mammario residuo. La mammella viene irradiata dall'esterno e la dose totale di radiazioni viene suddivisa, per una durata massima complessiva di 4-6 settimane.

- **Radioterapia parziale della mammella**: trattamento sperimentale che prevede la sola irradiazione dell'area contenente la neoplasia (di piccole dimensioni) e non dell'intera mammella e della cute come nella radioterapia a fasci esterni. Ciò implica una durata minore del trattamento fino alla possibilità di concluderlo nello stesso tempo dell'intervento chirurgico come nel caso della radioterapia intraoperatoria. Questo tipo di radioterapia è di recente introduzione ed i risultati in termini di sicurezza oncologica, sia pur promettenti, devono essere confrontati nel tempo con la radioterapia tradizionale. Per questo viene attualmente eseguita solo nell'ambito di studi clinici.
- **Radioterapia dopo mastectomia**: radioterapia esterna necessaria in casi selezionati per ridurre il rischio di recidive del tumore sulla parete toracica o sui linfonodi (specie della mammaria interna).

In tutti i casi, la radioterapia non provoca particolari disturbi, né caduta dei capelli. I suoi effetti collaterali sono soprattutto locali e per lo più caratterizzati da un ispessimento ed arrossamento della cute della mammella.

Terapie farmacologiche

- **Terapia ormonale**: utilizza farmaci che bloccano l'azione o produzione degli estrogeni. Si usa come trattamento o in associazione alla chemioterapia nei casi in cui i test eseguiti sul tumore dimostrino la presenza dei recettori per estrogeni e progesterone. Le terapie ormonali sono generalmente ben tollerate e prive degli effetti collaterali classicamente descritti per la chemioterapia.
- **Chemioterapia**: utilizza farmaci che vengono somministrati ciclicamente dopo l'intervento chirurgico (chemioterapia adiuvante) ovvero prima di questo (chemioterapia neoadiuvante) nei casi localmente avanzati o per ridurre le dimensioni del tumore. Il

beneficio apportato dalla chemioterapia sulla guarigione può essere significativo anche negli stadi iniziali della malattia, in funzione delle caratteristiche biologiche evidenziate dal tumore.

- **Terapie biologiche**: utilizzano farmaci che agiscono in modo mirato, selettivo, interferendo solo con i meccanismi che regolano la crescita del tumore, senza intaccare le cellule sane. Per tale motivo la tossicità di questi farmaci rispetto ai più comuni chemioterapici è generalmente ridotta, pur conservando il massimo beneficio terapeutico. Un esempio è rappresentato dai farmaci che agiscono selettivamente sul recettore HER2, indicati quando il tumore presenta questa specifica proteina.

Dopo le terapie

Guarire di tumore al seno si può.
E oggi si deve! Sono sempre di più infatti le donne che dopo aver superato la malattia riprendono il loro ruolo di donne, compagne, madri, lavoratrici. A tutte loro va indirizzata un altro tipo di prevenzione, che tenga conto delle specifiche problematiche generate dalla "vissuta" malattia. Una delle preoccupazioni maggiori di chi è stata trattata per un tumore al seno è che la malattia possa ritornare. Ma anche per la prevenzione della recidiva si può fare qualcosa:

- controllare il peso corporeo
- prediligere una dieta ricca di frutta fresca e verdura
- eseguire un'attività fisica costante e regolare
- limitare il consumo di alcol
- evitare di fumare

Queste poche regole miglioreranno la prognosi della malattia e aiuteranno a vivere meglio. Come per

il tumore primitivo, anche la prevenzione della recidiva di malattia passa attraverso la diagnosi precoce: le donne operate per un tumore al seno devono rivolgersi al proprio medico per eseguire periodici controlli clinico-strumentali e per contrastare i possibili effetti collaterali dei trattamenti medici e chirurgici. La riabilitazione non è solo fisica, ma anche sociale, occupazionale e psicologica. Non bisogna avere paura infatti di ricorrere ad un supporto psicologico per superare un evento così sconvolgente: sconfiggere un cancro significa soprattutto infrangere dei tabù!

La LILT

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) è l'unico Ente Pubblico su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di combattere il cancro attraverso la prevenzione. Costituita nel lontano 1922, opera senza fine di lucro su tutto il territorio nazionale, sotto la vigilanza del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia ed il controllo della Corte dei Conti.
Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e con le principali organizzazioni operanti in campo oncologico nazionale ed internazionale. E' membro dell'European Cancer Leagues (ECL), dell'Union International Cancer Control (UICC), dell'European Men's Health Forum (EMHF). Ha rapporti con l'American Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania, Kosovo. La LILT è estesa capillarmente sull'intera penisola: oltre alla Sede Centrale in Roma è, infatti, articolata in 106 Sezioni Provinciali con oltre 800 Delegazioni Comunali che raccolgono quasi 250.000 soci e principalmente 397 Spazi Prevenzione (ambulatori) e 15 hospice, attraverso i quali riesce a diffondere la cultura della prevenzione come metodo di vita e garantire una presenza costante a fianco del cittadino, prendendosi cura del malato e della sua famiglia, con una funzione integrativa, complementare e di supporto al Servizio Sanitario Nazionale. Tale delicata missione è affidata ad un ristretto numero di collaboratori diretti, affiancati dal contributo generoso di un corpo di 5.000 volontari permanenti, che riescono a moltiplicarsi fino a 25.000 in occasione delle campagne nazionali. Per il conseguimento dei propri obiettivi primari la LILT è impegnata in molteplici attività accessorie, finalizzate all'offerta di una pluralità di servizi. Tra i più rimarchevoli vi è, senza dubbio, la

Linea Verde SOS LILT: un team di esperti, composto da medici, psicologi e giuristi che offre quotidianamente, in forma gratuita ed anonima, aiuto ed assistenza, in particolare a chi desideri smettere di fumare. L'attività antitabagismo, per la quale la LILT è la referente italiana dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) non si limita alla Linea Verde. Essa prevede, infatti, anche corsi di disassuefazione dal fumo, di elevato positivo riscontro. Nell'ambito dei servizi offerti, la LILT dedica ampio spazio anche ad un'attività di tipo prettamente scientifico: finanzia, infatti, borse di studio e progetti di ricerca (l'importo dei progetti finanziati nell'ultimo decennio ammonta ad oltre 10 milioni di Euro), fornisce formazione al personale medico e paramedico, cura la pubblicazione di opuscoli e monografie a carattere divulgativo-scientifico. La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori provvede agli scopi statutari in minima parte con i contributi dello Stato, ma principalmente con le liberalità, donazioni ed oblazioni di cittadini.
L'impegno quotidiano, per novanta anni di attività, è stato, premiato con numerosi riconoscimenti, di seguito brevemente menzionati:

- **1927**: riconoscimento giuridico e qualifica di "Ente Morale";
- **1953**: prima iniziativa di piazza per la raccolta fondi a favore dei malati di cancro meno abbienti;
- **1975**: trasformazione in Ente Pubblico;
- **1986**: prima Giornata Mondiale senza Tabacco, come referente OMS;
- **1994**: approvazione dello Statuto che conferisce alle Sezioni Provinciali autonomia gestionale-patrimoniale ed amministrativa;
- **1997**: nascita della Linea Verde;
- **2001**: revisione dello Statuto. La Linea Verde, per i risultati conseguiti, entra a far parte, quale unica realtà italiana, dell'European Network of Quitlines;
- **2003**: la LILT viene insignita dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi della Medaglia d'Oro al Merito della Salute Pubblica;
- **2008**: con D.P.C.M. la LILT viene confermata quale Ente Pubblico;
- **2010**: la LILT, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, viene riclassificata quale Ente Pubblico di "notevole rilievo".

La LILT: una testimonianza di solidarietà

CON UNA DONAZIONE

Le donazioni possono essere effettuate:

- direttamente alla Sede Nazionale;
  - con carta di credito collegandosi al sito www.lilt.it;
  - sul conto corrente postale n° 28220002
    Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
  - con bonifico bancario intestato a Lega Italiana Lotta Tumori su c/c 2035 - ABI 01005- CAB 03203
    BNL BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A. - AG. 3 ROMA
    Codice IBAN: IT 35 Y 01005 03203 000000002035
- direttamente alla Sezione LILT della propria Provincia, consultando il sito www.lilt.it

5 PER MILLE ALLA 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, C.F. 80118410580 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, che si trova su www.lilt.it cliccando alla voce "La LILT in Italia" e selezionando la vostra regione.

QUOTE SOCIALI

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota minima annuale di 10 euro.

DIVENTA VOLONTARIO LILT

Diventare volontario LILT vuol dire dare valore al proprio tempo. Il volontario LILT è una risorsa preziosa per la società, il cittadino ed il malato oncologico in particolare. Vi sono molti modi per essere volontario LILT: dall'assistenza al malato, alle attività di sensibilizzazione e raccolta fondi. Visita il sito www.lilt.it o rivolgiti alla Sezione LILT della Tua Provincia per scoprire come diventare volontario LILT.
Unico requisito: avere un cuore grande!

Sezioni Provinciali della LILT

Sede Centrale	Tel. 06.4425971
Agrigento	Tel. 0925.905056
Alessandria	Tel. 0131.206369 -41301
Ancona	Tel. 071.2071203
Aosta	Tel. 0165.31331
Arezzo	Tel. 800.235999
Ascoli Piceno	Tel. 0736.358360
Asti	Tel. 0141.595196
Avellino	Tel. 0825.73550
Bari	Tel. 080.5216157
Barletta	Tel. 0883.332714
Belluno	Tel. 0437.944952
Benevento	Tel. 0824.313799
Bergamo	Tel. 035.242117
Biella	Tel. 015.8352111
Bologna	Tel. 051.4399148
Bolzano	Tel. 0471.402000
Brescia	Tel. 030.3775471
Brindisi	Tel. 0831.520366
Cagliari	Tel. 070.495558
Caltanissetta	Tel. 0934.541873
Campobasso	Tel. 0875.714008
Caserta	Tel. 333.2736202
Catania	Tel. 095.7598457
Catanzaro	Tel. 0961.725026
Chieti	Tel. 0871.564889
Como	Tel. 031.271675
Cosenza	Tel. 0984.28547
Cremona	Tel. 0372.412341
Crotone	Tel. 0962.901594
Cuneo	Tel. 0171.697057
Enna	Tel. 0935.511755
Fermo	Tel. 0734.963949
Ferrara	Tel. 329-4308789
Firenze	Tel. 055.576939
Foggia	Tel. 0881.661465
Forlì-Cesena	Tel. 0543.731410
Frosinone	Tel. 0775.207374/5 333.2568341
Genova	Tel. 010.2530160
Gorizia	Tel. 0481.44007
Grosseto	Tel. 0564.453261
Imperia	Tel. 0184.570030-506800
Isernia	Tel. 0865.29484
L'aquila	Tel. 0862.310117
La Spezia	Tel. 0187.733996
Latina	Tel. 0773.694124
Lecce	Tel. 0833.512777
Lecco	Tel 039.599623
Livorno	Tel. 0586.811921-444034
Lodi	Tel. 0371.423052
Lucca	Cell. 340.3100213
Macerata	Tel. 0737.636748
Mantova	Tel. 0376.369177/8
Massa Carrara	Tel. 0585/493036
Matera	Tel. 0835.332696
Messina	Tel. 090.3690211
Milano	Tel. 02.49521
Modena	Tel. 059.374217
Monza	Tel. 02.49521
Napoli	Tel. 081.5465880/ 5462900
Novara	Tel. 0321.35404
Nuoro	Tel. 0784.619249
Oristano	Tel. 0783.74368
Padova	Tel. 049.8070205
Palermo	Tel. 091.6165777
Parma	Tel. 0521.702243-988886
Pavia	Tel. 0382.27167-33939
Perugia	Tel. 075.5004290
Pesaro	Tel. 0721.364094
Pescara	Tel. 328.0235511/ 3385885788
Piacenza	Tel. 0523.384706
Pisa	Tel. 050.830684
Pistoia	Tel. 0573.365280
Pordenone	Tel. 0434.28586
Potenza	Tel. 0971.441968
Prato	Tel. 0574.572798
Ragusa	Tel. 0932.229128
Ravenna	Tel. 0545.214081
Reggio Calabria	Tel. 0965.331563
Reggio Emilia	Tel. 0522.283844
Rieti	Tel. 0746.205577
Rimini	Tel. 0541.394018
Roma	Tel. 06.4425971
Rovigo	Tel. 0425.411092
Salerno	Tel. 089.220197
Sassari	Tel. 079.214688
Savona	Tel. 019.812962
Siena	Tel. 0577.285147
Siracusa	Tel. 0931.461769
Sondrio	Tel. 0342.219413
Taranto	Tel. 099.4528021
Teramo	Cell. 338.1541142
Terni	Tel. 0744.431220
Torino	Tel. 011.836626
Trapani	Tel. 0923.873655
Trento	Tel. 0461.922733
Treviso	Tel. 0422.321855-335.1212509
Trieste	Tel. 040.398312
Udine	Tel. 0432. 481802
Varese	Tel. 0331.623002
Venezia	Tel. 041.958443
Verbano Cusio Ossola	Tel. 0323.643668
Vercelli	Tel. 0161.255517
Verona	Tel. 045.8303675
Vibo Valentia	Tel. 0963.44862
Vicenza	Tel. 0444.513333/513881
Viterbo	Tel. 0761.325225

***Per ulteriori informazioni www.lilt.it**

LILT
1922 90 anni di PREVENZIONE 2012
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

Grafica & Stampa: www.gemmagraf.it

Ottobre, mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno

CON IL PATROCINIO DI:

Presidenza del Consiglio dei Ministri

www.lilt.it lilt nazionale SOS LILT 800-998877 SOS LILT

Via A. Torlonia, 15 00161 Roma Tel. 06 4425971 Fax 06 44259734 - E-mail: sede.centrale@lilt.it