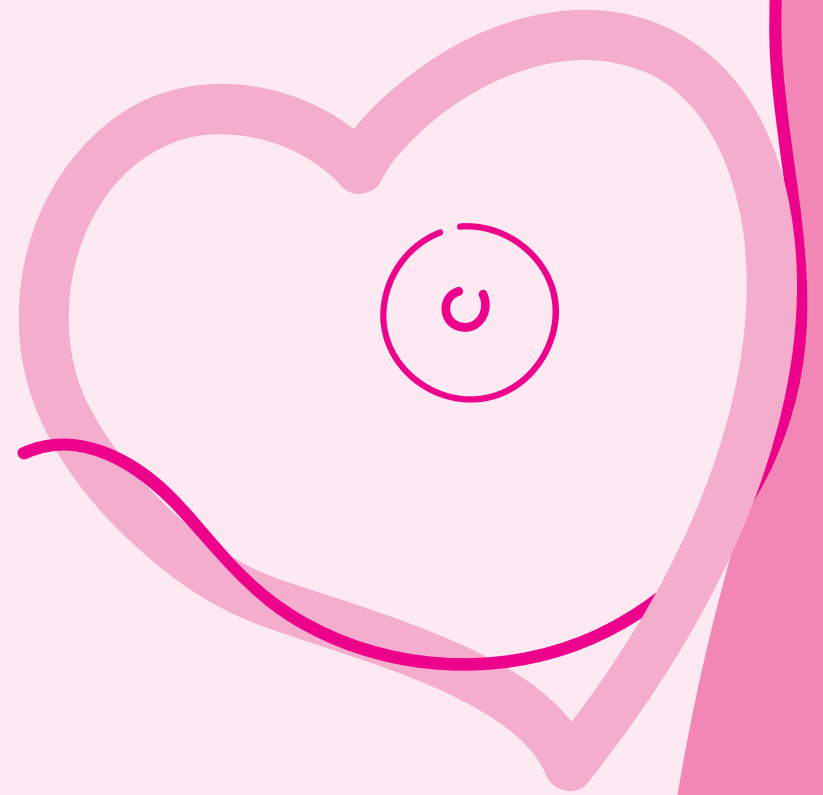


Estratto dall'opuscolo "Insieme a te: il percorso diagnostico terapeutico del carcinoma della mammella". Di prossima diffusione.

Realizzato con il contributo della



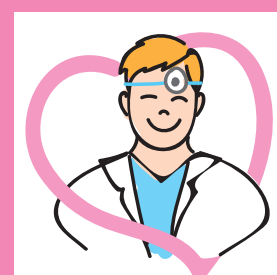
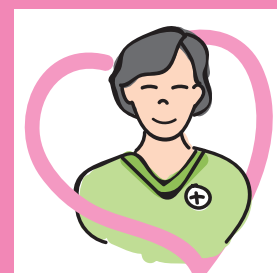
Insieme a te...

LA CHIRURGIA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA



Insieme a te...

LA CHIRURGIA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA



Estratto dall'opuscolo "Insieme a te: il percorso diagnostico terapeutico del carcinoma della mammella".
Di prossima diffusione.

prefazione **A cosa serve questo opuscolo?**

Il tumore della mammella è la principale neoplasia maligna nel sesso femminile. Nonostante questa triste fama, la sua curabilità è migliorata costantemente dall'inizio degli anni '90 e continuerà a migliorare sempre di più in futuro. Questo si sta realizzando grazie alla sempre maggiore diffusione dei programmi di **screening mammografico** e grazie al progresso scientifico che sta mettendo a disposizione dei medici strumenti sempre più efficaci (chemioterapia, terapia ormonale, farmaci a bersaglio molecolare, nuove tecniche radioterapiche). In più, la chirurgia, che mantiene un ruolo primario nella terapia del tumore della mammella, è sempre meno invasiva e volta a rispettare quanto più possibile l'integrità fisica alla donna.

Ma nessuna di queste motivazioni, da sola, potrebbe spiegare la costante riduzione di mortalità legata a questa malattia, se non si tenesse conto di quella che, forse, è la componente più importante: il lavoro coordinato dei vari specialisti intorno a ciascuna donna. Termini come Centri di Senologia, o "Breast Unit" come dicono gli anglosassoni, indicano il modello organizzativo ideale per il conseguimento di questi importanti successi. L'elevata interazione tra specialisti di discipline diverse che collaborano all'interno dei "gruppi interdisciplinari di cura" (GIC) ha lo scopo di assicurare alla donna che riceve la diagnosi di tumore della mammella un percorso terapeutico personalizzato ottimale, non solo per guarire, ma anche per salvaguardare il suo benessere durante il trattamento e negli anni successivi alla diagnosi.

"Insieme a te...", è scritto da specialisti che da anni si dedicano alla cura di questa malattia; vuole essere un ulteriore ausilio alle informazioni che vengono discusse durante il percorso diagnostico e terapeutico. Siamo ben consci che, spesso, il trauma associato ad una diagnosi di tumore della mammella fa sì che ciò che viene detto durante i colloqui susciti molti interrogativi, perplessità e angosce nella donna, che si può anche trovare a dover affrontare delle scelte terapeutiche, quando si prevedono più alternative di cura, senza avere una sufficiente conoscenza dei pro e contro. In conclusione un doveroso "mea culpa": dobbiamo ammettere che non sempre la nostra percezione, come operatori, di aver fornito "adeguata informazione" corrisponde al vero.

Abbiamo pensato quindi che un opuscolo che racconti in modo semplice ma accurato quello che normalmente viene condiviso, dal risultato delle indagini diagnostiche alle proposte di terapia, possa consentire alla donna di "ritornarci su" e farne un attore consapevole e sereno nella sua battaglia contro la malattia.

Prefazione a cura di:

*Dr. FILIPPO MONTEMURRO
referente GIC mammella
Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS*

*Dr. OSCAR BERTETTO,
Direttore Dipartimento Interaziendale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta*



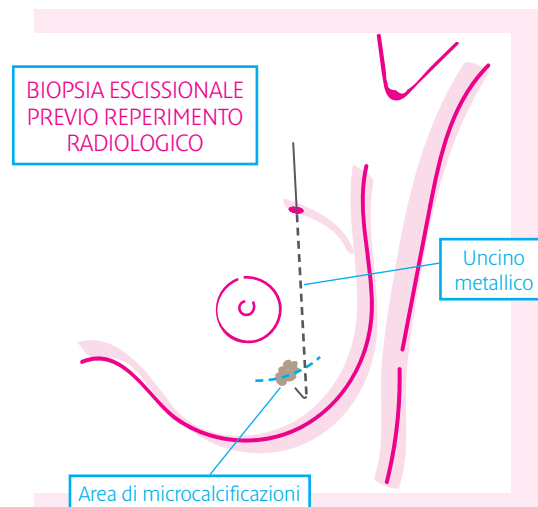
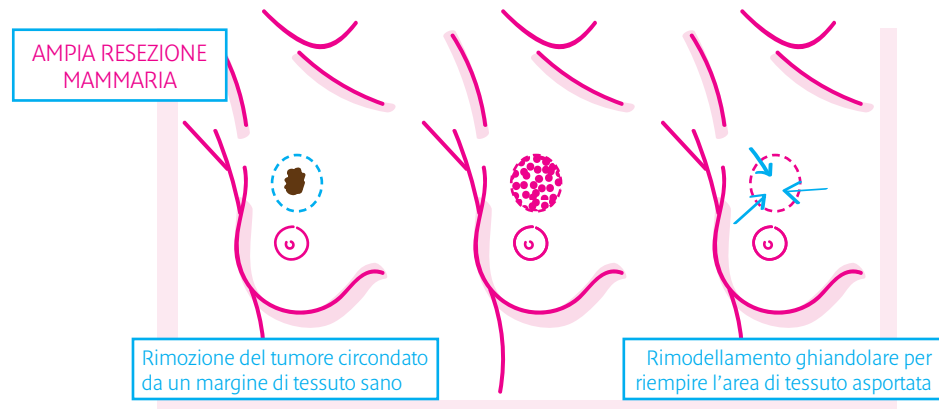
chirurgia

Cosa succede dopo la diagnosi di tumore al seno?

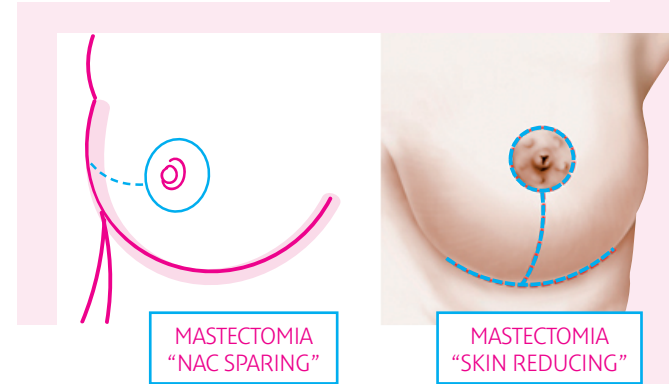
Anche se, come vedremo, le terapie mediche, radioterapiche giocano un ruolo importante nella cura del carcinoma della mammella, la sua asportazione da parte del chirurgo rappresenta un momento fondamentale del trattamento. La chirurgia del tumore della mammella si compone di due tempi fondamentali: la chirurgia mammaria e la chirurgia ascellare.

CHIRURGIA MAMMARIA

È ampiamente dimostrato come la chirurgia mammaria conservativa (quadrantectomia, tumorectomia o ampia escissione mammaria) sia equivalente in termini di prognosi ad approcci più demolitivi (asportazione completa della ghiandola mammaria o mastectomia) se i margini chirurgici sono indenni e se viene seguita dalla radioterapia sulla mammella residua.



Per l'asportazione di tumori di piccole dimensioni, non palpabili, è necessario localizzare preoperatoriamente le lesioni sulla guida delle immagini radiologiche mediante diverse tecniche (uncino metallico, traccia di carbone vegetale, radionuclide)



Qualora sussistano controindicazioni al trattamento chirurgico conservativo (tumori multifocali, tumori di grosso volume rispetto alle dimensioni della ghiandola mammaria, impossibilità ad effettuare la radioterapia postoperatoria) è indicato un intervento di mastectomia totale (asportazione completa della ghiandola mammaria).

In tutti questi casi è previsto un consulto multidisciplinare che include il chirurgo plastico per decidere se associare alla mastectomia una ricostruzione immediata della mammella. Quando la Paziente non è interessata alla chirurgia ricostruttiva o vi sono controindicazioni mediche, viene effettuata una mastectomia totale con asportazione di cute e del complesso areola-capezzolo senza ricostruzione protesica. In tutti gli altri casi si effettua una mastectomia con preservazione del complesso areola-capezzolo, se non interessato dalla neoplasia, associata alla ricostruzione immediata della mammella mediante espansore tissutale o protesi definitiva in silicone (si veda il capitolo di chirurgia plastica ricostruttiva per la definizione dei vari tipi di ricostruzione della mammella)

è utile sapere...

SULLA BASE DEL RAPPORTO TRA DIMENSIONI DEL TUMORE E DIMENSIONI DELLA GHIANDOLA MAMMARIA, DELL'EVENTUALE MULTIFOCALITÀ, ED INTERESSAMENTO CUTANEO, DELLA FATTIBILITÀ DEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO POSTOPERATORIO E DEI DESIDERI DELLA PAZIENTE, INDICATO UN INTERVENTO CONSERVATIVO. NEL CASO IN CUI LA LESIONE NON SIA PALPABILE INDICATO UN INTERVENTO DI ESCISSIONE PREVIO REPERIMENTO RADIOLOGICO E CON CONTROLLO RADIOLOGICO INTRAOPERATORIO. I PRIMI INTERVENTI CONSERVATIVI PER NEOPLASIE MAMMARIE SONO STATI

EFFETTUATI NEGLI ANNI '40. MA È TRA GLI ANNI '70 E '80 CHE CINQUE STUDI RANDOMIZZATI HANNO DIMOSTRATO L'EQUIVALENZA IN TERMINI DI SOPRAVVIVENZA TRA CHIRURGIA CONSERVATIVA SEGUITA DA RADIOTERAPIA E CHIRURGIA RADICALE PER I TUMORI MAMMARI DI PICCOLE DIMENSIONI.

DAGLI ANNI NOVANTA E DAI PRIMI ANNI DEL NUOVO MILLENNIO SONO STATI INTRODOTTI VARI TIPI DI "MASTECTOMIE CONSERVATIVE" CHE HANNO SOSTITUITO LE MASTECTOMIE RADICALI E ALLARGATE CHE COMPORTAVANO GRAVI MUTILAZIONI E RISULTATI ESTETICI ESTREMAMENTE SCADENTI. LA SICUREZZA ONCOLOGICA DI TALI PROCEDURE È STATA DIMOSTRATA NEL CORSO DEGLI ANNI DA VARI STUDI CLINICI.

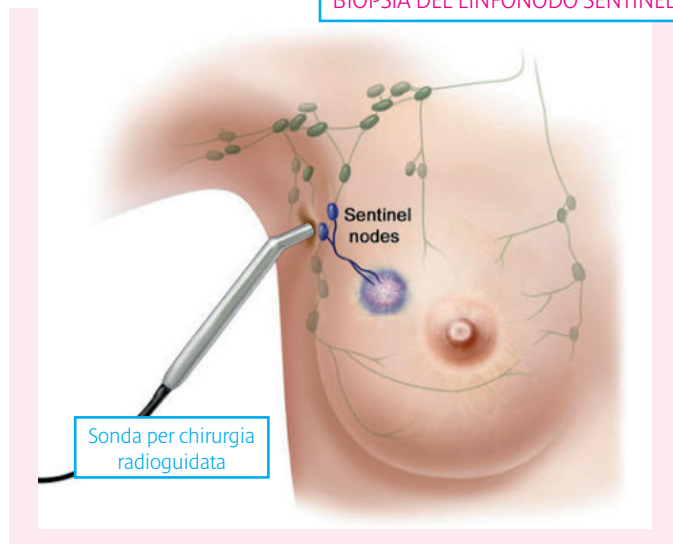
OGGI, A SECONDA DELL'INTERESSAMENTO CUTANEO O DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO DA PARTE DELLA NEOPLASIA E A SECONDA DELLE DIMENSIONI E MORFOLOGIA DELLA GHIANDOLA MAMMARIA, SI SCEGLIERÀ TRA UNA MASTECTOMIA CON RISPARMIO DI CUTE ("SKIN SPARING"), UNA MASTECTOMIA CON RISPARMIO DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO ("NAC SPARING"), UNA MASTECTOMIA CON RIDUZIONE DELL'ECESSO CUTANEO ("SKIN REDUCING") E UNA MASTECTOMIA TOTALE CON AMPIA ASPORTAZIONE CUTANEA. LA RICOSTRUZIONE POTRÀ ESSERE IMMEDIATA O SUCCESSIVA, IN UNO O PIÙ TEMPI CHIRURGICI, MEDIANTE IMPIANTO DI PROTESI ED ESPANSORI OPPURE MEDIANTE LEMBI MIOCUTANEI PEDUNCOLATI O MICROCHIRURGICI (VEDASI CAPITOLO DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA)

CHIRURGIA ASCELLARE

I linfonodi ascellari sono la prima stazione di drenaggio linfatico della mammella: dunque la chirurgia ascellare è un momento importante della chirurgia del tumore mammario.

Quando i linfonodi dell'ascella risultano preoperatoriamente interessati da cellule neoplastiche, è indicata la dissezione ascellare radicale, cioè l'asportazione completa dei linfonodi ascellari omolaterali rispetto al tumore. Quando invece i linfonodi sono clinicamente sani, è indicata l'asportazione del linfonodo sentinella. Il concetto alla base di questa tecnica è che lo stato del primo linfonodo di drenaggio linfatico del tumore primitivo o "linfonodo sentinella" (LS) sia in grado di predire in modo accurato lo stato degli altri linfonodi locoregionali. Ne consegue che se il LS risulta privo di cellule tumorali, è possibile evitare l'asportazione degli altri linfonodi, riservando questo intervento solo alle pazienti realmente affette da un coinvolgimento metastatico linfonodale. È una tecnica meno invasiva rispetto alla dissezione ascellare, permette di ridurre il tempo di degenza e le complicanze quali dolore, gonfiore, infezioni, limitazioni nel movimento dell'articolazione scapolo-omero e, soprattutto, linfedema del braccio. Inoltre, studi più recenti hanno dimostrato che la dissezione ascellare può essere omessa anche in molti casi in cui il linfonodo sentinella risulti metastatico all'esame istologico definitivo, ed in particolare, quando le pazienti vengano sottoposte a chirurgia conservativa seguita da radioterapia sulla mammella residua.

BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA



CHIRURGIA MAMMARIA E ASCELLARE:

INDICAZIONI ASSISTENZIALI

PREVENZIONE DEL LINFEDEMA

L'intervento chirurgico effettuato per l'asportazione del carcinoma mammario e dei linfonodi ascellari può presentare delle complicanze che non devono essere trascurate. L'esito a distanza più importante collegato all'asportazione dei linfonodi ascellari è la comparsa del linfedema dell'arto superiore omolaterale.

Il linfedema viene classificato in quattro stadi evolutivi:

STADIO 0:

edema latente, non ci sono segni visibili di malattia;

STADIO 1:

edema di consistenza morbida, spontaneamente reversibile;

STADIO 2:

edema di consistenza dura, irreversibile;

STADIO 3:

presenza di grave deformazione dell'arto, con alterazioni della cute.

Tale complicanza può causare inabilità di vario grado, per cui dopo l'intervento chirurgico è importante adottare regole e stili di vita che ne possono significativamente ridurre l'insorgenza. In particolare, la prevenzione del linfedema deve iniziare nel periodo post-operatorio con alcuni semplici accorgimenti da adottare nella quotidianità:

- evitare attività faticose e movimenti ripetitivi eseguiti con sforzo. Evitare di sollevare pesi, ma compiere solo movimenti semplici per il primo mese dopo l'intervento;
- evitare di portare manici e tracolle di borse dal lato dell'intervento;
- non indossare anelli o braccialetti che stringano l'arto del lato dell'intervento;
- non indossare un reggiseno troppo stretto o con ferretti, né sulle spalle né sul torace;
- evitare di praticare iniezioni, prelievi, fleboclisi, misurazioni della pressione arteriosa sul braccio dal lato dell'intervento per evitare il rischio di infezioni e/o infiammazione. Sebbene, studi recenti non supportino interamente tali raccomandazioni, sono tuttavia necessari ulteriori dati di conferma prima che possano venire abbandonate;

è utile sapere...

FINO AGLI ANNI NOVANTA LA DISSEZIONE ASCELLARE RADICALE ERA IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DI SCELTA PER TUTTI I TUMORI MAMMARI INFILTRANTI. SUCCESSIVAMENTE, VARI STUDI HANNO MOSTRATO LA SICUREZZA DELLA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA PER I TUMORI MAMMARI CON LINFONODI CLINICAMENTE SANI.

SINO AL 2011 IL RISCONTRO DI METASTASI O MICROMETASTASI NEL LINFONODO SENTINELLA IMPONEVA LA DISSEZIONE ASCELLARE RADICALE. IN SEGUITO, ALCUNI STUDI CONTROLLATI HANNO DIMOSTRATO LA POSSIBILITÀ DI OMETTERE LA DISSEZIONE ASCELLARE, ANCHE QUALORA IL SENTINELLA RISULTI METASTATICO, IN CASI SELEZIONATI (PAZIENTI CON TUMORE MAMMARIO CLINICAMENTE A LINFONODI NEGATIVI, SOTTOPOSTE A CHIRURGIA MAMMARIA CONSERVATIVA E CON IN PROGRAMMA RT COMPLEMENTARE SULLA MAMMELLA, SOTTOPOSTE A BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA CON METASTASI IN UNO O DUE LINFONODI SENTINELLA, PAZIENTI NON SOTTOPOSTE A CHEMIOTERAPIA O ORMONOTERAPIA NEOADIUVANTE).

IL LINFEDEMA DEL BRACCIO È CAUSATO ALL'ASPORTAZIONE DEI LINFONODI DEL CAVO ASCELLARE CHE HANNO IL COMPITO DI FILTRARE LA LINFA DEL BRACCIO, DEL TORACE E DELLA MAMMELLA. LA LINFA TROVA DI SITO VIE SECONDARIE ATTRAVERSO CUI DEFUIRE; TUTTAVIA VI PUÒ ESSERE UNA TENDENZA AL RISTAGNO NEI TESSUTI DELL'ARTO, CON LA COMPARSA DI GONFIORE A LIVELLO DELLA MANO, DELL'AVAMBRACCIO, DEL GOMITO O DELL'ARTO NELLA SUA INTEREZZA

L'INFERMIERE HA UN RUOLO FONDAMENTALE NELLA PREVENZIONE E CURA DEL LINFEDEMA, ATTRAVERSO LE SUE COMPETENZE SPECIFICHE EDUCATIVE. E' DIMOSTRATO COME I PAZIENTI RICEVANO UN SIGNIFICATIVO BENEFICIO DAL RICEVERE INFORMAZIONI E EDUCAZIONE SUL RISCHIO DI SVILUPPARE QUESTA COMPLICANZA, POICHÉ NON VI SONO, AD OGGI, STRUMENTI EFFICACI PER UN TRATTAMENTO RISOLUTIVO DEL LINFEDEMA, L'OBIETTIVO PRINCIPALE È LEGATO ALLA PREVENZIONE DELLA SUA INSORGENZA, AL CONTROLLO DELLA SUA EVOLUZIONE ED ALLA POSSIBILITÀ DI SUBIRE IL MINOR DANNO POSSIBILE RIGUARDO LA QUALITÀ DELLA VITA.



- mantenere la cute idratata applicando creme idratanti neutre senza profumazioni a distanza di circa 20 giorni dall'intervento. La cura della cute è molto importante per ridurre il rischio di infiammazione o infezione;
- evitare di tagliare le cuticole delle unghie durante la manicure, fare attenzione ad utilizzare strumenti ben puliti, ed usare le tronchesine per evitare di ferirsi;
- usare preferibilmente il rasoio elettrico per la depilazione del braccio e dell'ascella rispetto a cerette e creme depilatorie che possono causare microlesioni cutanee;
- non usare deodoranti fino a che non siano stati rimossi i punti di sutura. È molto importante una corretta igiene dell'area intorno alla medicazione;
- usare il ditale per cucire per evitare di ferirsi con l'ago;
- usare i guanti per le attività domestiche o di giardinaggio, per il 'fai-da-te', o per accudire animali. Non usare detersivi a contatto diretto con la pelle;
- porre attenzione alle punture di insetti, ai tagli, alle ferite e alle ustioni: in questi casi occorre disinfettare accuratamente l'area cutanea;
- controllare il peso, poiché il grasso si deposita maggiormente nel braccio determinando un deficit circolatorio;
- evitare fonti di calore troppo elevate sul braccio come fanghi, sabbiature e tutto ciò che è termoterapia. Non esporsi al sole nelle ore più calde ed utilizzare una crema solare con foto-protezione a schermo totale. Dopo un paio di mesi si può prendere normalmente il sole evitando di esporre le cicatrici. Il mare o la piscina non sono controindicati a meno che le ferite dell'intervento non siano ancora del tutto rimarginate.
- riprendere gli sport a distanza di circa 1 mese dall'intervento (per la ripresa di attività sportive agonistiche concordare con il medico il periodo di ripresa) perché un'attività fisica regolare è uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute.

Una possibile complicanza del linfedema è la linfangite, ovvero un'infezione dei vasi linfatici. La cute dell'arto appare rossa, calda e dolente al tatto con evidenti striature lungo il decorso dei vasi linfatici. Si può verificare un rialzo febbrile associato.

Un altro sintomo da non sottovalutare è l'erisipela, un'infezione acuta della pelle causata da batteri (di solito streptococchi). La cute colpita appare liscia, lucida, tesa e calda al tatto; possono presentarsi febbre con brivido, malessere generalizzato, presenza di chiazze arrossate con margini marcati. In questi casi, è necessario rivolgersi al medico per impostare una corretta terapia farmacologica.

RECUPERO FUNZIONALE DOPO UNA DISSEZIONE DEL CAVO ASCELLARE

Nell'immediato post-operatorio in reparto è consigliato:

- tenere il braccio su un cuscino per favorire il defluire della linfa
- cominciare a muovere il braccio subito facendolo scorrere sul piano del letto ed innalzandolo in modo graduale al di sopra della testa, per mantenere una buona escursione articolare e ripristinare la funzione motoria
- per aiutare e alleviare lo stress e la tensione muscolare del braccio, usare una pallina antistress, che stretta nella mano e manipolata con le dita, permette di esercitare i muscoli della mano riducendone lo stress e rafforzando i muscoli stessi della mano e del polso.

Una volta a domicilio è consigliabile svolgere una regolare attività fisica, che non richiede molto tempo né molte energie: può essere sufficiente fare delle passeggiate, andare con maggior frequenza in bicicletta, prendere le scale più spesso.

Alcuni esercizi specifici possono essere utili al fine di favorire la circolazione linfo-venosa attraverso il potenziamento del tono muscolare e, quindi prevenire il linfedema. Qui di seguito vengono indicati quelli più semplici da eseguire anche autonomamente a domicilio.

- flettere ed estendere l'avambraccio sul braccio in avanti (posizione del corpo seduta sulla sedia flettere il braccio sulla spalla e poi distendere);
- flettere ed estendere l'avambraccio sul braccio a spalla abdotta a 90° lateralmente (posizione del corpo eretta appoggiata al muro, o seduta sulla sedia);
- pronare e supinare velocemente l'avambraccio (posizione del corpo seduta sulla sedia giravolta della mano);
- aprire e chiudere la mano a pugno portando il braccio in avanti (eseguire una contrazione muscolare molto intensa che coinvolga tutti i muscoli del braccio).
- sollevare ed abbassare le spalle (posizione eretta, corpo contro il muro, braccia tese lungo il corpo);
- portare in avanti e indietro le spalle (posizione eretta, corpo contro il muro, braccia tese lungo il corpo);
- portare le braccia in avanti e ritorno, fino all'altezza spalle (posizione eretta, corpo contro il muro, braccia tese lungo il corpo);
- addurre e abduurre il braccio a gomito esteso (sollevare il braccio teso lateralmente fino all'altezza spalle con posizione eretta, corpo contro il muro, braccia tese lungo il corpo);
- mani alle spalle: descrivere dei cerchi con i gomiti a partire da davanti, laterale ed indietro;
- mani ad altezza fianchi: far arrampicare le dita sul muro fino a che non si sente dolore; a quel punto tornare in basso. Posizione eretta di fronte al muro.

N.B.

Ogni esercizio va ripetuto per almeno 10 volte, come minimo fare 20 minuti di esercizi.

Secondo il Ministero della Salute, almeno 15-20 minuti di una vigorosa attività fisica contribuiscono a mantenere la salute psicofisica e possono ridurre il rischio di sviluppare un tumore mammario ed il rischio di recidiva nelle donne che ne sono state affette.

è utile sapere...

L'ATTIVITÀ FISICA RIVESTE, UNA NOTEVOLE IMPORTANZA PER IL RECUPERO FUNZIONALE NELLA FASE IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVA ALL'INTERVENTO DI DISSEZIONE DEL CAVO ASCELLARE. IN SEGUITO ALL'INTERVENTO, IL RECUPERO DEI MOVIMENTI DOVREBBE ESSERE AVVIATO PRECOCEMENTE, AL LETTO DELLA PAZIENTE, AL FINE DI EVITARE I DANNI DOVUTI ALL'IPOMOBILITÀ, DI OTTENERE UN RECUPERO COMPLETO E QUINDI DI PREVENIRE IL LINFEDEMA DEL BRACCIO.

INOLTRE NUMEROSI STUDI INDICANO CHE UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA RIDUCE NON SOLO IL RISCHIO D'INSORGENZA DI CANCRO MAMMARIO, MA ANCHE IL RISCHIO DI RECIDIVA E LA MORTALITÀ IN DONNE OPERATE DI CANCRO MAMMARIO (BALLARD-BARDASH ET AL, JNATLCANCERINS 2012)

IL BENESSERE PSICOLOGICO È STRETTAMENTE COLLEGATO A QUELLO FISICO ED È PERCIÒ ASSOLUTAMENTE NATURALE CHE, DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO, SI POSSANO INCONTRARE DIFFICOLTÀ A RITROVARE UNA SITUAZIONE DI EQUILIBRIO. OGNUNA DI VOI POTRÀ VIVERE IN MODO DIFFERENTE QUESTA CONDIZIONE SECONDO QUELLE CHE SONO LE PERSONALI ESPERIENZE, INFLUENZATE DALLA SITUAZIONE SOCIO-FAMIGLIARE E CULTURALE. IN UN PRIMO MOMENTO ACCETTARE LA PERDITA DI UN SENO PUÒ SEMBRARE DAVVERO DIFFICILE: IL TEMPO, L'AUTO DEL PERSONALE ESPERTO (L'INFERMIERA DI SENOLOGIA, IL MEDICO SENOLOGO, LO PSICOLOGO), L'AFFETTO DEI FAMIGLIARI, VI AIUTERANNO A RECUPERARE LA FIDUCIA IN VOI STESSA, VIVENDO IN SINTONIA COL VOSTRO CORPO. TUTTO QUESTO SARÀ POSSIBILE NEL MOMENTO IN CUI SARETE IN GRADO DI ACCETTARE LA VOSTRA NUOVA IMMAGINE.



UTILIZZO DI PROTESI MAMMARIE ESTERNE

Queste informazioni sono dedicate a tutte le donne operate al seno sottoposte ad una mastectomia senza ricostruzione immediata della mammella per le quali è consigliabile l'utilizzo di protesi mammarie esterne.

È opportuno collocare nel reggiseno una protesi mammaria di peso, circonferenza e forma simili a quelli della mammella non operata. La protesi potrà essere scelta presso un negozio di articoli sanitari e/o ortopedici. In commercio esistono varie tipologie di protesi e numerose taglie da scegliere in base al tipo di intervento subito ed alla conformazione della mammella non operata.

In commercio esistono anche protesi mammarie provvisorie: si tratta delle cosiddette protesi post-operatorie in tessuto di cotone ed imbottite di materiale anallergico. La loro leggerezza evita ogni traumatismo sulla zona operata e sono facilmente lavabili in casa. Il loro scopo principale è di aiutare le pazienti a superare il trauma della mutilazione.

Appena la ferita chirurgica è guarita possono essere indossate le protesi mammarie definitive: questo tipo di protesi rappresentano una buona modalità correttiva, simulando il volume e la consistenza della mammella grazie al materiale morbido ed adattabile (silicone) di cui sono costituite. Si adattano perfettamente a reggiseno e costumi da bagno, conferendo praticità e discrezione e favorendo il recupero della propria femminilità. Anche questo tipo di protesi può essere reperita in qualsiasi negozio di articoli sanitari e/o ortopedici e viene fornita in modo gratuito dal SSN.

MODALITÀ PER LA FORNITURA DI PROTESI/AUSILI

L'ASL fornisce gratuitamente protesi mammarie totali o parziali e ausili, tipo i tutori elastici a bracciale in caso di linfedema. Per la fornitura di tale materiale basta avere la richiesta del Medico Specialista. Non è necessaria la preventiva richiesta di invalidità civile. Tale modulistica viene fornita dal personale del reparto alla dimissione o durante le medicazioni post-dimissione. Poi la Paziente deve recarsi presso un negozio di articoli sanitari per l'ordine e il preventivo e quindi rivolgersi all'ufficio protesi della propria ASL di residenza. Una volta in possesso della protesi o dell'ausilio il Medico specialista esegue il collaudo ed approva il presidio. In caso di errore, lo Specialista invita la paziente a ritornare presso il negozio di articoli sanitari con il nuovo ordine. Le protesi mammarie hanno una durata triennale, ma qualora nel corso del triennio si usurassero, è necessario tornare dallo Specialista per redigere una nuova richiesta. I supporti elastici a bracciale per il linfedema invece si possono sostituire annualmente, con la richiesta compilata da parte dello Specialista.

RIASSUMENDO:

- avere la prescrizione dall'Ospedale;
- andare nel negozio di Articoli Sanitari per la scelta della protesi ed il preventivo;
- portare i fogli all'ASL per l'autorizzazione;
- ritirare la protesi in negozio;
- telefonare in reparto per prendere un appuntamento per il collaudo della protesi ai numeri 011 9933630 - 011 9933442;
- collaudare la protesi in reparto;
- consegnare al negoziante la pratica col timbro del reparto di collaudo positivo.

NB.

Il collaudo della protesi definitiva è un atto concreto. Non è possibile eseguire collaudi se non si è muniti della protesi ritirata dal negozio che non deve essere mai stata indossata.

LA LINFOSCINTIGRAFIA

La linfoscintigrafia è un esame che consente di identificare la sede del primo linfonodo a ricevere il drenaggio linfatico della ghiandola mammaria, denominato "linfonodo sentinella", che è anche il linfonodo con la maggiore probabilità di contenere cellule neoplastiche.

L'esame non è pericoloso, non ha nessuna controindicazione e non necessita di alcuna preparazione. Consiste nell'iniezione sottocutanea di una piccola quantità di un'apposita sostanza chiamata radiofarmaco (particelle colloidali di albumina umana marcate con ^{99m}Tc). Successivamente all'iniezione è necessario aspettare circa un'ora per dare il tempo alla sostanza iniettata di "migrare" attraverso il sistema linfatico e di accumularsi all'interno del "linfonodo sentinella". L'esame viene poi completato con l'acquisizione di un'immagine scintigrafica della durata di circa 5 minuti, effettuata mediante un'apparecchiatura chiamata Gamma-Camera che è in grado di rilevare la minima quota di radioattività emessa dal "linfonodo sentinella" e di trasformarla in dati visivi; in questo modo è possibile identificare correttamente la sede del linfonodo di interesse. Durante l'intervento chirurgico questo sarà poi ulteriormente individuato mediante una apposita sonda sensibile alla radioattività ed asportato per poter essere analizzato dall'anatomo-patologo.

Le principali linee guida indicano l'impiego della biopsia del linfonodo sentinella nelle pazienti con tumore della mammella in stadio clinico precoce (I° o II°) operabile con assenza di linfonodi sospetti all'esame obiettivo o con linfonodi clinicamente sospetti, ma con agoaspirato negativo per la presenza di cellule tumorali. La principale valenza di questa metodica risiede nel permettere di evitare, in caso di negatività, lo svuotamento linfonodale del cavo ascellare e le complicanze post-chirurgiche ad esso connesse, senza determinare una differenza significativa in termini di sopravvivenza, come dimostrato da numerosi studi randomizzati.



chirurgia ricostruttiva

La ricostruzione mammaria

IL TUMORE AL SENO, I SUOI ESITI E LA RICOSTRUZIONE

La ricostruzione della mammella è un punto fondamentale nella riabilitazione fisica e psicologica delle donne sottoposte ad una mastectomia (asportazione della ghiandola mammaria).

La chirurgia ricostruttiva permette di abolire l'uso di protesi mobili esterne, di vestire abiti più "femminili" e di favorire il recupero psicologico, migliorando l'aspetto corporeo e rafforzando la convinzione di aver superato la malattia.

Il tipo di ricostruzione è in funzione dell'intervento demolitivo, il quale è strettamente correlato all'estensione e al tipo di malattia e determina esiti e mutilazioni di diversa entità. Difatti, l'asportazione della ghiandola mammaria può essere solo parziale o totale. Nel caso di asportazione parziale della ghiandola (tumorectomia o ampia resezione mammaria), di solito la fase ricostruttiva consiste in un rimodellamento della ghiandola rimanente, che, a seconda delle sue dimensioni, può essere effettuato contemporaneamente o in un secondo tempo, in modo tale che la mammella operata sia esteticamente gradevole ed il più simile possibile a quella controlaterale.

Nel caso invece di asportazione dell'intera ghiandola (mastectomia), nella maggioranza dei casi è possibile risparmiare l'intero involucri cutaneo ed il complesso areola-capezzolo, che vengono invece asportati insieme alla ghiandola quando il tumore infiltra la cute e/o il complesso areola-capezzolo.

I TEMPI DELLA RICOSTRUZIONE

La ricostruzione mammaria può essere effettuata simultaneamente alla mastectomia (RICOSTRUZIONE IMMEDIATA) oppure in un momento successivo (RICOSTRUZIONE DIFFERITA). Inoltre, a seconda del tipo di mastectomia effettuata, che dipende dalle caratteristiche del seno, e a seconda del trofismo e della dimensione dei muscoli utilizzati per ricoprire la protesi, la ricostruzione può essere completata simultaneamente all'intervento oncologico (ricostruzione in un tempo), oppure richiedere un secondo intervento chirurgico (ricostruzione in due tempi).

La scelta di una procedura rispetto all'altra è condizionata oltre che dalla situazione specifica di ogni paziente, anche dalle terapie adiuvanti eventualmente indicate come la chemioterapia e, soprattutto, la radioterapia.

RICOSTRUZIONE IMMEDIATA

Si tratta di una procedura in cui l'inizio della fase ricostruttiva avviene simultaneamente al tempo chirurgico della mastectomia. Questo tipo di ricostruzione prevede due tipi di approcci:

- RICOSTRUZIONE IMMEDIATA IN UN TEMPO Inserimento di una protesi definitiva
- RICOSTRUZIONE IMMEDIATA IN DUE TEMPI Posizionamento di un espansore tissutale durante la mastectomia, seguito dopo alcuni mesi dalla sua sostituzione con una protesi definitiva

RICOSTRUZIONE DIFFERITA

In questo caso, il processo di ricostruzione della mammella inizia solamente in un secondo tempo; si avrà così modo di espletare le eventuali terapie adiuvanti e di optare successivamente per il tipo di ricostruzione più adeguata.

LE TIPOLOGIE DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Le tecniche di ricostruzione possono essere schematicamente suddivise in quelle che utilizzano materiali estranei al corpo (protesi), in quelle che utilizzano tessuti biologici della stessa paziente (cute e/o muscoli) ed in quelle che associano entrambe queste filosofie.

La scelta della tecnica da adottare dipende da una varietà di dettagli che il Chirurgo deve valutare: oltre ai fattori legati all'intervento chirurgico demolitivo, le indicazioni per l'uso di una tecnica ricostruttiva piuttosto che un'altra dipendono anche dall'iter medico terapeutico associato (chemioterapia, ma soprattutto radioterapia), dalla storia clinica, dalle condizioni generali, dall'aspetto corporeo della paziente, dalla volontà di accettare materiali estranei o altre cicatrici e, non da ultimo, dal volume e dalla forma della mammella che si vuole ricostruire.

A RICOSTRUZIONE CON MATERIALI ESTRANEI AL CORPO (PROTESI)

Questa è la scelta più frequente. Il volume definitivo della mammella viene ricostituito da una protesi in silicone posta al di sotto del muscolo gran pettorale e del muscolo gran dentato.

L'immediato posizionamento di una protesi definitiva (ricostruzione in un tempo), contestualmente all'asportazione della ghiandola, è un'opportunità possibile quando:

1. la localizzazione e la dimensione del tumore permettono di conservare l'intero rivestimento cutaneo ed il complesso areola-capezzolo, la mammella è di dimensioni medie e i muscoli che intervengono nella copertura della protesi sono trofici e sufficientemente estesi, oppure
2. la mammella è ptotica e di dimensioni medio-grandi; in questi casi nel corso della mastectomia viene anche ridotto l'involucro cutaneo, seguendo le tecniche usate abitualmente per l'intervento di mastoplastica riduttiva.

è utile sapere...

LA RICOSTRUZIONE DEL SENO DOPO MASTECTOMIA È ORMAI UNIVERSALMENTE CONSIGLIATA POICHÉ VI CONSENTE, DI RIPRISTINARE L'ASPETTO PERDUTO E SOPRATTUTTO PERCHÉ VI AIUTA AD INIZIARE CON SERENITÀ UN NUOVO PERIODO DELLA VITA. SEBBENE LA RICOSTRUZIONE DEL SENO NON POSSA MAI SUPPLIRE ALLA PERDITA DEL PROPRIO SENO, I RISULTATI IN GENERE SONO MOLTO SODDISFACENTI. LA RICOSTRUZIONE CONSENTIRÀ DI GUARDARE AL FUTURO CON PIÙ SERENITÀ E POSITIVITÀ, RIDUCENDO NOTEVOLMENTE LA SENSAZIONE DI MUTILAZIONE E IL DISCONFORT SOCIALE.

È STATO DIMOSTRATO CHE L'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA, HA UN'INFLUENZA POSITIVA SULL'EQUILIBRIO PSICOLOGICO E SULLA QUALITÀ DI VITA DELLA PAZIENTE. LA RICOSTRUZIONE È ORMAI CONSIDERATA PARTE INTEGRANTE DEL TRATTAMENTO ONCOLOGICO A SEGUITO DI UNA MASTECTOMIA.

Si deve invece preventivamente posizionare un espansore al di sotto dei muscoli della parete toracica, che verrà successivamente sostituito da una protesi definitiva (ricostruzione in due tempi), quando:

1. le caratteristiche dimensionali e la localizzazione della neoplasia richiedono l'asportazione di una certa quantità di cute e del complesso areola-capezzolo, oppure
2. la localizzazione e la dimensione del tumore permettono di conservare l'intero rivestimento cutaneo ed il complesso areola-capezzolo, la mammella è di dimensioni medio-piccole, ma i muscoli che intervengono nella copertura della protesi non sono sufficientemente trofici o estesi.

L'espansore mammario temporaneo è un "palloncino" di silicone, che viene riempito settimanalmente con soluzione fisiologica attraverso un'apposita valvola; il rifornimento continuo fino al volume desiderato provoca la distensione progressiva dei tessuti muscolo-cutanei, consentendo di ottenerne la superficie necessaria per inserire dopo alcuni mesi la protesi definitiva.

LA RICOSTRUZIONE CON TESSUTI DELLA PAZIENTE

Il volume della mammella da ricostruire può essere ottenuto anche impiegando del tessuto cutaneo o muscolo-cutaneo, che normalmente si trova in altre sedi anatomiche del corpo.

Questa soluzione ricostruttiva viene abitualmente utilizzata quando vi sono delle condizioni generali o locali che controindicano l'impiego delle protesi: obesità della paziente (indice di massa corporea > 30), atrofia dei muscoli deputati alla copertura della protesi, contrattura capsulare recidiva di alto grado, intolleranza individuale alle protesi, irradiazione dell'area mammaria ricostruita o da ricostruire. Le aree maggiormente utilizzate come sedi donatrici di questi lembi cutanei o muscolo-cutanei sono l'addome e il dorso.

1. Regione addominale: la porzione cutanea, che dall'addome viene trasferita alla regione mammaria e che servirà a ricostituire la salienza mammaria, è compresa tra l'ombelico ed il pube; l'isola cutanea può essere trasposta restando ancorata ad una porzione di uno o dei due muscoli retti dell'addome (TRAM), oppure essere trasferita da una sede all'altra senza l'utilizzo del muscolo ma mediante un'anastomosi microchirurgica dei vasi sanguigni (DIEP).
2. Regione dorsale: per ricostituire completamente un seno mancante o per rimpiazzare il volume di una ghiandola asportata o di una protesi rimossa, si utilizza il muscolo gran dorsale, che, venendo prelevato mantenendo in continuità e contiguità aree adipose adiacenti dorsali, lombari e scapolari (ELDF), ci offre una buona quantità di tessuto utilizzabile per la ricostruzione.

Secondariamente, il volume della neo-mammella creata utilizzando solo tessuto autologo, qualora ce ne fosse bisogno, può essere ulteriormente aumentato con iniezioni di grasso autologo (lipofilling). Le sedi donatrici di questi lembi presentano degli esiti cicatriziali facilmente occultabili e dei deficit funzionali di solito modesti. Altre sedi anatomiche, ove possono essere prelevati altri lembi per la ricostruzione mammaria, sono i glutei e le cosce; queste però vengono sfruttate molto più raramente.

LA RICOSTRUZIONE CHE PREVEDE L'UTILIZZO DI MATERIALI ESTRANEI E TESSUTI BIOLOGICI DELLA PAZIENTE

Esiste poi una tecnica ricostruttiva che utilizza contemporaneamente tessuto autologo e materiali estranei. Per tale ricostruzione si impiega il muscolo gran dorsale semplice, supportato da una protesi mammaria. La scelta di usare questa tecnica viene fatta nei casi in cui non è più presente il muscolo gran pettorale o quando la paziente è stata sottoposta a cicli intensi di radioterapia sulla regione mammaria, e quindi, per scelta del Chirurgo o per situazioni locali particolari della paziente, non è possibile effettuare per la ricostruzione nessuno dei lembi trattati precedentemente (TRAM, DIEP o ELDF).



Il muscolo gran dorsale, posto in sede sottoscapolare, avendo un diametro relativamente largo ed uno spessore sottile permette l'apporto in regione mammaria di una copertura muscolare notevole. Se l'involucro cutaneo mammario si presenta insufficiente, al muscolo si associa il trasferimento di una porzione cutanea in grado di sostituire i tessuti radiotrattati o cicatriziali, che non possono essere utilizzati per fini ricostruttivi. Il volume della mammella è assicurato dall'introduzione di una protesi mammaria definitiva al di sotto di questo muscolo.

IL SENO CONTROLATERALE

Solo raramente una mammella ricostruita con qualsiasi delle tecniche sopraelencate risulta simmetrica rispetto a quella controlaterale. Questo è il motivo per il quale è quasi sempre necessario un intervento di simmetrizzazione della mammella controlaterale. Le tecniche che vengono abitualmente adottate sono quelle comuni della chirurgia estetica: mastoplastica additiva, aumento del seno con inserimento di protesi; mastoplastica riduttiva, riduzione e sospensione del seno; mastopessi, sospensione del seno; mastopessi con protesi, sospensione con riempimento del seno; lipofilling, lieve aumento del seno con utilizzo di grasso autologo. Poiché il seno ricostruito impiega alcuni mesi ad assestarsi e ad assumere la sua forma definitiva, generalmente si preferisce eseguire la simmetrizzazione del seno controlaterale secondariamente all'intervento ricostruttivo, quindi a distanza di alcuni mesi.

RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO

Un atto chirurgico conclusivo, a prescindere dalla tecnica impiegata per la creazione di una nuova mammella, è la ricostruzione del capezzolo e dell'areola; ovviamente, questo intervento è necessario solo nei casi in cui nel corso della mastectomia non sia stato possibile preservare il complesso areola-capezzolo.

- Capezzolo: può essere ricostruito o mediante l'utilizzo di piccoli lembi locali (porzioni di cute suture con tecniche atte a riprodurre la forma del capezzolo), o mediante l'innesto di parte del capezzolo della mammella sana controlaterale o ancora mediante l'innesto di una porzione di cicatrice prelevata in altra sede.
- Areola: si può utilizzare il tatuaggio per ricreare il colore caratteristico, oppure innesti di pelle prelevati dall'areola sana o da altre parti del corpo, generalmente l'inguine.

In base alle caratteristiche personali della paziente e dal trattamento chirurgico, radioterapico ed oncologico seguito, il numero degli interventi richiesti per ottenere una ricostruzione ottimale della mammella è quindi variabile.

Ad ogni modo, è tendenza consolidata al giorno d'oggi provvedere ad iniziare la ricostruzione nel corso dell'intervento demolitivo di mastectomia. Tuttavia, nei casi in cui se questo non sia possibile, la ricostruzione può essere anche eseguita secondariamente, iniziando non appena le condizioni generali della paziente lo permettono.

INFORMAZIONI POST-OPERATORIE

- Se nella ricostruzione mammaria è stata utilizzata una protesi, sia definitiva che provvisoria, è opportuno ricordare che si tratta di un corpo estraneo per il nostro organismo. I tessuti devono quindi abituarsi alla sua presenza. La protesi viene posizionata dietro un muscolo che normalmente è piatto sul torace. Si crea quindi una diversa situazione anatomica che richiede un tempo di adattamento e di distensione muscolare che possono variare da 3 a 4 mesi. Durante questo periodo, molte donne riferiscono di "sentire" la protesi, con una gamma di sintomi che vanno dal lieve/medio dolore alla sensazione di corpo estraneo.



- L'espansore cutaneo, al momento del suo inserimento viene parzialmente riempito con soluzione fisiologica, affinché la regione mammaria acquisisca subito un minimo volume iniziale. Una volta raggiunta la guarigione della cicatrice della mastectomia (circa 1-2 settimane), si procede ai periodici riempimenti dell'espansore. I riempimenti, eseguiti ogni settimana, vengono effettuati in ambulatorio, richiedono pochi minuti e sono assolutamente non dolorosi: con una siringa dotata di un piccolo ago si raggiunge la valvola all'interno dell'espansore e si inseriscono circa 40-50 cc di soluzione fisiologica; la valvola metallica viene reperita dall'esterno grazie ad una calamita. Questi riempimenti devono essere effettuati per circa 1-2 mesi fino al raggiungimento dell'espansione desiderata. Raggiunta l'espansione, si effettua un secondo intervento chirurgico in cui l'espansore viene sostituito con la protesi mammaria definitiva, di forma e dimensioni adeguate. Qui di seguito si riportano alcuni semplici accorgimenti da adottare dopo l'intervento:
 - adottare cautela nei movimenti che prevedono l'uso dei muscoli pettorali (sollevamento di pesi non superiori ai 2 kg), evitando di affaticare il braccio del lato operato e di sollevarlo oltre i 90° per circa un mese. La normale motilità del braccio, del collo e del torace dalla parte operata dovrà essere mantenuta fin dal primo giorno;
 - compiere tutte le attività di igiene e cura quotidiana nel rispetto della propria soglia del dolore evitando eccessivi e bruschi stiramenti;
 - evitare un'attività fisica intensa, comprese alcune attività sportive come la corsa, il salto, il tennis, fino al benessere del chirurgo (l'attività agonistica può riprendere dopo 6 mesi);
 - dormire mantenendo una posizione supina: dopo un intervento di questo tipo le protesi per almeno due mesi dovrebbero stare il più ferme possibile in modo da assestarsi al meglio, per questo motivo è consigliato dormire supine, quindi né di lato né a pancia sotto;
 - la sensibilità cutanea può essere alterata per la ricostruzione, soprattutto a livello delle ferite;
 - se vi è una ferita in zona ascellare è sconsigliata la depilazione e l'uso dei deodoranti per almeno 4 settimane dall'intervento chirurgico, in ogni caso la depilazione consigliata è quella con il rasoio elettrico;
 - per tutte le ricostruzioni alla prima medicazione ambulatoriale verrà consigliato l'uso di un reggiseno contenitivo post-mastectomia, rigorosamente senza ferretti, allacciato davanti, per permettere di tenere il seno in una posizione stabile; per un mese il reggiseno andrà indossato giorno e notte;
 - si potrà fare la doccia (con acqua tiepida) solo alla completa guarigione delle ferite; mentre prima di 6 settimane dall'intervento, non sarà possibile immergersi nella vasca da bagno, in piscina o in mare;
 - è importante mantenere la cute idratata applicando creme neutre idratanti sulla cute;
 - è sconsigliabile prendere il sole per un mese. Per sei mesi dopo l'intervento è utile proteggere dal sole la cute operata applicando una crema solare a protezione totale, utilizzando il costume, nelle ore meno calde (fino alle 10 del mattino e dopo le 17.00)
 - evitare fonti di calore troppo elevate come: fanghi, sabbie, tutto ciò che è termoterapia es. termoforo, tecar-terapia, sauna, bagno turco;
 - non esistono controindicazioni particolari alla guida, tuttavia è consigliabile non guidare per circa 2-3 settimane dal giorno dell'intervento chirurgico;
 - l'attività lavorativa di qualunque tipo e per qualunque indicazione lo si effettui, è sempre un evento stressante per l'organismo, che quindi ha bisogno di tempo per ristabilirsi. La durata della convalescenza si decide con il medico curante, in relazione alle condizioni generali;
 - la presenza di protesi non compromette la qualità dei controlli radiologici essendo esse inserite in un piano anatomico profondo. Con espansori cutanei non si può eseguire la risonanza magnetica alla mammella