



Il movimento che rappresenta i diritti delle donne nella prevenzione e cura del tumore al seno



# CONOSCERE PER PARTECIPARE ALLA CURA

LEAFLET INFORMATIVO PENSATO INSIEME ALLE ASSOCIAZIONI  
CHE ASSISTONO LE PAZIENTI SUL TERRITORIO

**EUROPA DONNA ITALIA**

Piazza Velasca, 5 - 20122 Milano

Tel. 02 36709790 - Fax 02 36709792 - E-Mail: [segreteria@europadonna.it](mailto:segreteria@europadonna.it)

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

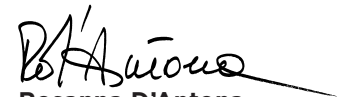
*Questo opuscolo è stato realizzato per essere distribuito in occasione degli incontri in-formativi sulla cura del tumore al seno promossi da Europa Donna Italia e le Associazioni territoriali aderenti alla sua rete.*

*Obiettivo degli incontri, organizzati a livello regionale e dedicati alle pazienti e ai loro care-givers, è fornire alle donne con diagnosi di tumore al seno una serie di informazioni che permetta loro di affrontare con consapevolezza la malattia, di aderire al percorso di cura e di stabilire una relazione efficace con il proprio medico.*

*È ormai un principio universalmente riconosciuto, infatti, che le decisioni sulle terapie non le prende il clinico per conto proprio, né tantomeno la paziente può decidere da sola, ma entrambi sono aiutati dall'altro nella decisione. La paziente si giova del supporto tecnico del clinico e il clinico dell'aiuto della paziente a comprenderne le difficoltà, i dubbi e le attese.*

*Se dunque, da un lato, il medico è chiamato a condividere le decisioni importanti con la paziente, la paziente ha il diritto-dovere di informarsi per potersi confrontare con il medico e partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la propria salute.*

*Questo è lo spirito che sottende il programma di formazione che Europa Donna ha pensato insieme alle Associazioni che assistono le pazienti sul territorio e che ci auguriamo possa essere condiviso anche da tutta la classe medica.*



**Rosanna D'Antona**

Presidente Europa Donna Italia

# CHE COS'È IL TUMORE AL SENO?

Il tumore al seno, o carcinoma della mammella, è la neoplasia più diffusa nella popolazione femminile, sia nei Paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo.

Tecnicamente è una moltiplicazione incontrollata di cellule della mammella, in cui il DNA risulta “danneggiato”; l'insieme di queste cellule forma la massa tumorale.

I tumori benigni (**noduli** chiamati **fibroadenomi** o **cisti**) sono molto più frequenti di quelli maligni e non evolvono quasi mai nella forma pericolosa. Sono soggetti alle variazioni ormonali e di solito basta tenerli sotto controllo: rimangono nel tessuto mammario e in pochi casi i medici decidono di asportarli.

I tumori maligni sono genericamente definiti **carcinomi**. È importante però sapere che non tutti i carcinomi progrediscono o danno metastasi. Quelli più pericolosi vengono detti “infiltranti” o “invasivi”: significa che possono invadere gli altri organi, sia quelli prossimi al seno sia quelli distanti. Le loro cellule, infatti, possono entrare nei circoli sanguigno e linfatico e diffondersi.

I tumori maligni vengono definiti **carcinomi**. Non tutti i carcinomi progrediscono e danno metastasi: quelli più pericolosi sono detti **invasivi** e possono invadere altri organi, sia prossimi sia distanti dal seno, entrando nei circoli sanguigno e linfatico.

# NON ESISTE UN SOLO TUMORE ALLA MAMMELLA: LA CLASSIFICAZIONE

Il tumore al seno può essere catalogato in modi diversi.

È possibile distinguerli in base alle cellule da cui ha origine il tumore stesso:

- Cellule dei lobuli, ovvero le piccole ghiandole deputate alla produzione del latte.
- Cellule dei dotti lattiferi che, come dice il nome, portano il latte dal lobulo al capezzolo.

A seconda della loro capacità di invadere altri tessuti rispetto a quello da cui hanno avuto origine, i tumori possono essere:

- “Non invasivi”.
- “Invasivi”.

## STADI EVOLUTIVI

Dal punto di vista della sua evoluzione, è importante sapere che il tumore viene classificato in categorie o stadi:

- **Stadio 0.** In questa categoria rientrano i carcinomi, lobulare e duttale, non invasivi; entrambi rappresentano un elevato fattore di rischio per le forme aggressive di tumore. La sopravvivenza a cinque anni è del 98%, sebbene siano possibili delle ricadute.
- **Stadio I.** È la fase iniziale in cui sono classificati i carcinomi con un diametro inferiore ai 2 centimetri e che non abbiano ancora coinvolto i linfonodi.
- **Stadio IIA.** È sempre un tumore nella fase iniziale e in questa categoria rientrano i carcinomi più grandi di 2 centimetri (fino a 5) che non abbiano ancora raggiunto i linfonodi ascellari. Rientrano in questa categoria anche i tumori in cui le cellule maligne non sono nel seno, ma solo nei linfonodi ascellari.
- **Stadio IIB.** Il tumore misura tra i 2 e i 5 centimetri e si è già diffuso ai linfonodi, oppure è più grande di 5 centimetri, ma non ha ancora raggiunto i linfonodi.
- **Stadio IIIA.** È un tumore con dimensioni variabili che ha raggiunto i linfonodi ascellari o ha coinvolto altri tessuti vicini al seno.

- **Stadio IIIB.** Il tumore ha raggiunto la parete toracica, le costole o la cute.
- **Stadio IIIC.** Il tumore ha raggiunto i linfonodi sotto la clavicola e prossimi al collo, e potrebbe essersi diffuso anche a quelli all'interno del seno e sotto il braccio, e nei tessuti vicini al seno.
- **Stadio IV.** È lo stadio avanzato, in cui il carcinoma ha già creato metastasi in organi diversi dal seno.

### SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE TNM

T indica le dimensioni del tumore in una scala da 1 a 4 (T1-T4); N indica se i linfonodi adiacenti al tumore presentano o meno cellule maligne (N0: non sono presenti; N1: sono presenti); M indica la presenza o meno di metastasi (M0: non sono presenti metastasi; M1: sono presenti metastasi).

### TIPIZZAZIONE MOLECOLARE

Il tumore al seno viene classificato in diversi "tipi" anche in base ad alcune sue caratteristiche molecolari. In particolare, in base ai **recettori ormonali** presenti sulle sue cellule (i recettori sono proteine che si trovano sulla membrana cellulare e che si legano a determinati ormoni prodotti dall'organismo, con un meccanismo "chiave-serratura"; questo processo attiva la cellula, promuovendo la sua duplicazione).

Insieme allo stadio, la quantità dei recettori viene usata dai medici come un indicatore prognostico: più ve ne sono (sovra-espressione) e più il cancro tenderà a crescere ed evolvere velocemente. Questa classificazione, quindi, aiuta a stimare la **velocità di crescita del carcinoma** e la sua probabilità di diffondersi in altri organi, di rispondere a determinati trattamenti o, una volta eliminato, di ricomparire.

Sulla base dei recettori, i carcinomi invasivi sono definiti:

- **HR positivi** (da *hormone receptors*) se possiedono molti recettori per gli ormoni femminili - e possono essere **estrogeno-positivi (ER +)** e **progesterone-positivi**;
- **HER2 positivi** (da *human epidermal growth factor receptor 2*) se presentano molti recettori di tipo 2 del fattore di crescita epidermico umano (i tumori al seno possono risultare contemporaneamente HR e HER2 positivi);
- **Triplo negativi** sono definiti così i carcinomi che non presentano nessuno dei tre recettori: alcuni di questi tumori sono meno aggressivi dei tre precedenti sottotipi, altri invece lo sono in modo particolare e danno spesso recidive, a seconda che siano di tipo non basale o basale.

**I principali sottogruppi sono dunque 4: estrogeno-positivi, progesterone-positivi, HER 2-positivi e triplo negativi.**

Il tumore può essere classificato in base a: stadio evolutivo; dimensione, estensione delle cellule maligne ai linfonodi e presenza di metastasi; tipizzazione molecolare.

## I DIVERSI TIPI DI INTERVENTO CHIRURGICO

Rimuovere il carcinoma il prima possibile è importante. Per questo, quasi tutte le donne cui è stato diagnosticato un tumore al seno vengono sottoposte a un intervento chirurgico. Se il tumore è localizzato, si cerca di intervenire in modo da asportare la parte malata e salvare il più possibile il seno. Nel caso di un tumore esteso invece è necessario ricorrere alla mastectomia, cioè all'asportazione della mammella.

Esistono diverse tecniche chirurgiche che **dovrai attentamente valutare insieme al medico oncologo**:

- **Tumorectomia o nodulectomia:** prevede l'asportazione del tumore e di una piccola parte dei tessuti al margine, due centimetri al massimo. Lascia una **piccola cicatrice** e un lieve avvallamento che, generalmente, non creano eccessivo disagio nelle donne. Se le cellule lungo il margine risultano positive all'esame citologico, l'intervento andrà ripetuto e questa volta bisognerà ricorrere alla mastectomia, perché il rischio di recidiva è molto elevato.
- **Quadrantectomia:** questa tecnica comporta l'asportazione di un quadrante del seno e di un **linfonodo sentinella**, che viene analizzato. Nel caso il linfonodo presentasse cellule neoplastiche, il chirurgo procederà allo svuotamento del cavo ascellare. Questa procedura può dare luogo a un **linfedema**, un ristagno dei liquidi linfatici nel braccio che, di conseguenza, si gonfia. Chiedi al tuo oncologo le precauzioni che puoi seguire per evitare questo effetto collaterale.
- **Mastectomia parziale o resezione segmentaria:** la tecnica prevede l'asportazione di una parte più estesa di tessuto rispetto alla quadrantectomia, ma salva comunque parte del seno.

- **Mastectomia semplice:** consiste nell'asportazione della ghiandola mammaria.
- **Mastectomia radicale modificata:** è la tecnica più invasiva, che prevede l'asportazione della ghiandola mammaria, dei linfonodi ascellari e del muscolo pettorale (tutto o in parte). A oggi, gli studi hanno dimostrato che, nei tumori allo stadio iniziale (1 e 2), la tumorectomia e la quadrantectomia seguite dalla radioterapia danno gli stessi risultati della mastectomia.

Il **linfonodo sentinella** è il linfonodo ascellare più prossimo al tumore e che, quindi, ha maggiore probabilità di essere invaso dalle cellule maligne. L'identificazione e la biopsia del linfonodo sentinella è una metodica sviluppata diversi anni fa dall'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano e serve a stabilire lo stadio del carcinoma. Permette di verificare velocemente se i linfonodi ascellari sono stati aggrediti e di rimuoverli solo quando sia davvero necessario.

## LA RADIOTERAPIA

Dopo la rimozione chirurgica di un carcinoma mammario, soprattutto in caso di un intervento conservativo, è possibile che siano ancora presenti cellule tumorali nei tessuti che ospitavano il tumore. Per ridurre drasticamente la possibilità di recidive, il seno viene solitamente sottoposto a **radioterapia**.

Questi trattamenti hanno una durata piuttosto lunga, fino a 6 settimane, e tutto il seno viene colpito da radiazioni.

- **La radioterapia convenzionale transcutanea:** si utilizzano **radiazioni ad alta energia** in grado di danneggiare il DNA delle cellule durante la fase di divisione cellulare e le cellule tumorali sono degli ottimi bersagli, visto che si moltiplicano a elevata velocità. La cellula colpita non è più in grado di duplicarsi e muore. Normalmente, in seguito a una chirurgia di tipo conservativo, si irradia il solo tessuto mammario non asportato. Dopo la mastectomia, invece, può essere necessario irradiare l'intero torace. Di solito, la radioterapia viene seguita cinque giorni alla settimana, per un ciclo di cinque o sei settimane consecutive. Nella zona colpita, le radiazioni possono provocare

irritazione della pelle, gonfiore e scottature simili all'eritema solare (questi sintomi scompaiono dopo 6-12 mesi). Inoltre, possono causare una sensazione di pesantezza sul seno e debolezza generale.

- Un'alternativa che sta prendendo piede in questi ultimi anni è la **radioterapia intraoperatoria (IORT)**, ovvero la somministrazione delle radiazioni nella sede del tumore direttamente durante l'intervento chirurgico, prima che l'incisione venga richiusa. Si tratta di **tecniche sperimentali**, che riducono la durata del trattamento e la probabilità di effetti collaterali, ma i dati di efficacia definitivi (provenienti da studi clinici randomizzati) devono ancora essere pubblicati.

Per **ridurre drasticamente la possibilità di recidive**, il seno viene solitamente sottoposto a radioterapia. Questi trattamenti hanno una **durata piuttosto lunga**, fino a 6 settimane, e tutto il seno viene colpito da radiazioni.

## LE TERAPIE FARMACOLOGICHE

Non esiste un solo tipo di tumore, non esiste dunque una sola terapia

Anche dopo un intervento, resta la possibilità che piccole cellule maligne si trovino ancora nel seno o in altri organi, e che possano formare nuovi tumori. Resta, cioè, il **rischio di recidiva**. È importante quindi che tu sappia che per questo, spesso, viene prescritta una terapia detta **adiuvante**, che consiste nella chemioterapia, nella terapia ormonale e nella radioterapia (i trattamenti possono essere combinati).

- **LA CHEMIOTERAPIA.** Si basa su farmaci somministrati per via orale, sottocutanea, intramuscolare o endovenosa, in grado di interferire con la sintesi del DNA e uccidere le cellule tumorali. Sono molti i farmaci disponibili, usati spesso in combinazione. La terapia si esegue "a cicli": ogni ciclo si protrae per alcuni giorni ed è seguito da qualche settimana di riposo. Il numero di cicli dipende dal tipo di tumore e, ovviamente, dalla risposta ai farmaci, che può variare molto da paziente a paziente. La chemioterapia può essere pre-

scritta anche prima dell'intervento chirurgico, per far regredire la lesione e asportare meno tessuto possibile; in questo caso si definisce **neoadiuvante**. Purtroppo, qualsiasi sostanza chemioterapica comporta degli **effetti collaterali**, perché, una volta entrata in circolo, non colpisce solo le cellule malate, ma anche quelle sane. La reazione alla chemioterapia è molto soggettiva e può comprendere: anemia, nausea e vomito, irritazione della pelle, infiammazione del cavo orale, abbassamento delle difese immunitarie, diarrea e costipazione, diradamento o perdita temporanei dei capelli, riduzione della fertilità che, in alcuni casi, può essere permanente, comparsa prematura della menopausa. In molti casi, farmaci e piccoli accorgimenti possono ridurre al minimo questi effetti.

- **LA TERAPIA ORMONALE (O ENDOCRINOTERAPIA)**. Gli ormoni femminili possono accelerare lo sviluppo del tumore al seno, ma vi sono farmaci in grado di interferire con questa relazione. In particolari tumori, quelli che presentano i recettori per gli estrogeni (proteine sulla superficie della membrana delle cellule), possono essere efficaci diverse terapie. La più comune, divenuta lo standard nella prevenzione di recidive del carcinoma mammario, è a base di **tamoxifene**, una molecola che si lega ai recettori del tumore, impedendo che lo facciano gli estrogeni. La terapia standard dura cinque anni. Il tamoxifene aiuta anche a bloccare la progressione del tumore già diffuso in altre parti del corpo e sembra avere degli effetti secondari vantaggiosi, come la prevenzione dell'osteoporosi e l'abbassamento del colesterolo. Tra gli effetti negativi, invece, si elencano nausea e vomito, vampate di calore, sudorazione, aumento di peso, secchezza o secrezione vaginale, sbalzi di umore e depressione, diradamento dei capelli, assottigliamento delle unghie, perdita di memoria, cambiamenti della vista. Può inoltre interferire con la fertilità e portare a una **menopausa precoce**. Sono rari i casi in cui il farmaco causa un tumore all'endometrio o aumenta il rischio di trombosi alle gambe. **I benefici, però, superano i rischi per la maggior parte delle donne**. Un'altra terapia ormonale - utilizzata nelle donne in menopausa o che hanno già assunto il tamoxifene per 3-5 anni - si basa sugli inibitori dell'aromatasi (il più comune è il letrozolo). L'aromatasi è un enzima che trasforma gli androgeni (prodotti dalle ghiandole surrenaliche) in estrogeni. Impedendo questa "trasformazione", gli inibitori dell'aromatasi riducono la quantità totale di estrogeni.
- **GLI ANTICORPI MONOCLONALI**. Si tratta di anticorpi messi a punto in laboratorio con tecniche di bioingegneria, in grado di riconoscere e colpire in modo selettivo una determinata molecola (antigene) presente esclusivamente sulle cellule tumorali. Per questo sono anche chiamati **farmaci a bersaglio molecolare** (o a target molecolare): si dirigono solo contro le cellule maligne, evitando quelle sane. Nella maggior parte dei casi, questi farmaci non riescono a penetrare nella cellula ma, legandosi alla molecola-bersaglio, disattivano uno dei meccanismi alla base della sua divisione, di fatto impedendo (o rallentando) la crescita del tumore.

## LA TERAPIA ADIUVANTE CON FARMACI ANTI-HER2

Negli ultimi 20 anni, uno dei principali successi di tutta l'oncologia è stata la scoperta di un farmaco per il trattamento dei tumori della mammella HER2 positivi (circa 8.000 casi all'anno in Italia) che, fino ad allora, erano considerati tra i più aggressivi. A partire dagli anni '80 si capì l'importante ruolo dei recettori HER2 nella crescita di questo specifico tumore, ma solo alla fine degli anni '90 i clinici hanno avuto finalmente a disposizione una delle "chiavi false" per questo recettore: un anticorpo monoclonale chiamato trastuzumab.

La terapia viene somministrata per via endovenosa o sottocutanea, di solito in regime ambulatoriale una volta ogni tre settimane (ma i dosaggi e le modalità variano da caso a caso). La durata del trattamento dipende dallo stadio della malattia al momento della diagnosi e viene effettuato anche in associazione con la chemioterapia. Secondo quanto riporta l'Agenzia del Farmaco, trastuzumab aumenta significativamente (+8,4%) la sopravvivenza delle pazienti e riduce di oltre il 40% il rischio di recidive. Inoltre, un recente studio delle Università di Milano e di Modena-Reggio Emilia, insieme all'Istituto Mario Negri di Milano, pubblicato su Cochrane Library, mostra una riduzione della mortalità pari a un terzo nelle pazienti con carcinoma HER2-positivo (non metastatico) che utilizzano questo farmaco.

Grazie a questi farmaci, pazienti anche con tumore avanzato (metastatico), con un'aspettativa di vita di alcuni mesi, hanno ottenuto una risposta completa, talora mantenuta per lungo tempo. Risposta completa non vuole dire guarigione, significa che il numero di cellule tumorali sopravvissute alla terapia è così basso da non riuscire a vederle con le comuni indagini strumentali.

C'è da dire che, purtroppo, queste cellule residue, resistenti alla terapia, possono poi ricominciare a crescere ed essere causa, anche dopo anni, di progressione della malattia tumorale.

Gli effetti secondari di questo farmaco sono: disturbi delle vie aeree, reazioni allergiche, diminuzione di alcuni globuli bianchi (neutropenia), anemia, febbre, nausea e vomito, diarrea, affaticamento, infezioni, mialgie. I più preoccupanti, benché rari, sono legati alla sua cardio-tossicità: alterazioni della funzionalità contrattile del cuore, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa.

## TIPOLOGIE DI TUMORE AL SENO E PERCORSI TERAPEUTICI

	Strategia terapeutica sistemica nella <b>malattia iniziale</b>	Strategia terapeutica sistemica nella <b>malattia metastatica</b>
<b>Luminali A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recettori ormonali positivi</li> <li>• HER2 negativo</li> <li>• basso indice proliferativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nessun trattamento:</b> talora si può decidere di non somministrare alcun trattamento adiuvante nei tumori a buona prognosi.</li> <li>• <b>Terapia ormonale</b> (tamoxifene - Inibitori dell'aromatasi, LHRH analoghi)</li> <li>• <b>Chemioterapia seguita da terapia ormonale</b> raramente necessaria, viene valutata prendendo in considerazione fattori di rischio di ricaduta (quali il numero di linfonodi ascellari metastatici) e fattori biologici associati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia ormonale:</b> (tamoxifene - Inibitori dell'aromatasi - LHRH analoghi fulvestrant) eventualmente in associazione ad agenti biologici: prima scelta</li> <li>• <b>Chemioterapia:</b> nelle pazienti con tumori ormono-resistenti o in presenza di tumore ad elevata aggressività</li> </ul>
<b>Luminali B/HER2 negativi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recettori ormonali positivi (bassi livelli di recettori per il progesterone).</li> <li>• HER2 negativo</li> <li>• alto indice proliferativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chemioterapia seguita da terapia ormonale</b> (tamoxifene - inibitori dell'aromatasi-lhrh analoghi): da valutare sulla base degli altri fattori di rischio di ricaduta, dell'età delle pazienti e delle comorbidità.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia ormonale</b> (tamoxifene - inibitori dell'aromatasi - lhrh analoghi fulvestrant) eventualmente in associazione ad agenti biologici: prima scelta</li> <li>• <b>Chemioterapia:</b> nelle pazienti con tumori ormono-resistenti o in presenza di tumore ad elevata aggressività</li> </ul>
<b>Luminali B/HER2 positivi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recettori ormonali positivi</li> <li>• HER2 positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chemioterapia + trastuzumab</b> (endovena o sottocute) <b>seguite da terapia ormonale</b> (tamoxifene - inibitori dell'aromatasi- LHRH analoghi)</li> <li>• <b>Chemioterapia + trastuzumab sottocute + terapia ormonale</b> (tamoxifene - inibitori dell'aromatasi): prendere in considerazione l'aggiunta della chemioterapia e del trastuzumab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trattamento con combinazioni di agenti anti Her-2</b> (trastuzumab - trastuzumab emtansina - pertuzumab - lapatinib) <b>per lo più in associazione con chemioterapia</b></li> <li>• <b>Combinazione di un agente anti-HER2 (lapatinib o trastuzumab) con inibitori delle aromatasi:</b> nei tumori con co-espressione dei recettori ormonali, in post-menopausa, per casi selezionati</li> </ul>
<b>HER2 positivi (non luminali)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recettori ormonali negativi</li> <li>• HER2 positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chemioterapia + trastuzumab</b> (endovena o sottocute).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trattamento con combinazioni di agenti anti HER-2</b> (trastuzumab - trastuzumab emtansina - pertuzumab - lapatinib) <b>per lo più in associazione con chemioterapia</b></li> </ul>
<b>Triplo-negativi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recettori ormonali negativi</li> <li>• HER2 negativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chemioterapia</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chemioterapia:</b> eventualmente in associazione ad agenti biologici (antiangiogenetici)</li> </ul>

## L'IMMUNOTERAPIA

I tumori triplo negativi, cioè quelli che non hanno nessuno dei tre recettori (per gli estrogeni, per il progesterone e per HER2), sono quelli sui quali si stanno studiando farmaci con un diverso meccanismo d'azione: l'immunoterapia.

Questo approccio si basa sull'impiego di **anticorpi monoclonali che agiscono sbloccando il sistema immunitario e facendolo lavorare contro la cellula tumorale.**

Volendo semplificare, le cellule tumorali hanno la capacità di non farsi riconoscere come nemiche dal sistema immunitario, che di conseguenza non le attacca. L'immunoterapia consiste, dunque, nella messa a punto di farmaci che aiutano il nostro sistema immunitario a riconoscere le cellule tumorali e ad attaccarle in modo da distruggerle.

Tra i tumori della mammella, i triplo negativi sono quelli più antigenici, per cui hanno le maggiori probabilità di venire riconosciuti come "diversi" dal sistema immunitario: per questa ragione è soprattutto in questo sottotipo di tumori della mammella che si stanno studiando gli anticorpi "attivatori" del sistema immunitario.

## COSA È CAMBIATO NELLA PRATICA CLINICA

Grazie al forte avanzamento che la ricerca clinica ha avuto negli ultimi 20 anni, nel campo della diagnosi precoce e dei trattamenti per il tumore al seno, e al conseguente aumento delle donne guarite o comunque con una lunga aspettativa di vita, gli oncologi hanno inevitabilmente cominciato a parlare non solo di efficacia della terapia ma anche della qualità di vita che la accompagna. Il percorso di cura delle pazienti sicuramente mette a dura prova anche la loro voglia di normalità e di quotidianità ed è su questo input che la ricerca ha prodotto innovazioni terapeutiche che la paziente deve conoscere.

È quello su cui si basa il concetto di **shared decision-making**: "fornire alla paziente gli strumenti e le conoscenze per partecipare attivamente alla scelta del proprio percorso di cura".



# I CONTROLLI DOPO LA CURA: IL FOLLOW-UP

Superato l'intervento chirurgico e i cicli della terapia, si entra in una nuova fase, quella dei controlli o, meglio, del **follow-up**. Poiché il rischio di recidiva è maggiore nei cinque anni che seguono la comparsa del tumore, in questo intervallo di tempo dovrai sottoporerti regolarmente alle visite e agli esami.

Questi comprendono:

- **Visite ambulatoriali** per un controllo completo della tua salute fisica e una visita senologica ogni 4-6 mesi.
- Una **mammografia** l'anno (di entrambi i seni per chi si è sottoposta a una chirurgia conservativa, o della mammella non colpita dal tumore in caso di mastectomia).
- Un **esame pelvico** annuale.

## IL RISCHIO DI RECIDIVA

Sono molte le variabili che determinano le probabilità di sviluppare un nuovo tumore dopo la terapia: il tipo di neoplasia, il suo stadio al momento della diagnosi, le dimensioni, il fatto che siano stati coinvolti o meno i linfonodi. In ogni caso, con il passare del tempo, questo rischio diminuisce e, dopo cinque anni dalla terapia, la malattia viene considerata "sconfitta". Il tempo medio di ricomparsa del tumore nel sito originario è infatti di tre anni, e quello di recidiva in un altro organo di due. È fondamentale, però, non abbassare mai la guardia, perché a oggi circa il 33% delle recidive compare dopo cinque anni.

Nel caso in cui i sintomi del tumore si dovessero ripresentare, il trattamento potrà variare e verrà stabilito dal medico oncologo anche in base alla valutazione del rischio. Dopo la mammografia e gli esami di prassi (compresi quelli dei marker), si può rientrare in una categoria a basso, medio o alto rischio di recidiva. Per le donne nel primo gruppo può essere sufficiente un trattamento localizzato; per quelle dell'ultimo è necessaria una terapia sistemica, estesa a tutto l'organismo. È comunque possibile che il medico decida di intervenire con una mastectomia per minimizzare la probabilità di una recidiva.



Con il contributo incondizionato di



**EUROPA DONNA ITALIA**

Piazza Velasca, 5 - 20122 Milano  
Tel. 02 36709790 - Fax 02 36709792 - [segreteria@europadonna.it](mailto:segreteria@europadonna.it)  
[www.europadonna.it](http://www.europadonna.it)  
[www.facebook.com/europa-donna-italia](https://www.facebook.com/europa-donna-italia)  
twitter: @edonnaitalia