



Sassi e piume

Rivista di informazione senologica

n. 1/2014

Direttore responsabile
Tomaso Strambi

Redazione
Liana Martinelli
Olimpia Ronga

Edizioni ETS s.r.l.
Piazza Carrara, 16-19
I-56126 Pisa
Tel. 050/29544 - 503868
Fax 050/20158
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione
PDE, Via Tevere 54
I-50019 Sesto Fiorentino
[Firenze]

Questo numero è stato
chiuso in redazione
il 15 gennaio 2014

Autorizzazione
del Tribunale di Pisa
n. 13/13 del 25.11.2013

Sommario

- 3** Editoriale (*Edna Maria Ghobert*)
- 4** Intervista alla dr.ssa Manuela Roncella
- 6** Centro Senologico (CS) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
- 8** Anche a 30 anni ci si può ammalare di carcinoma mammario
Necessità di un percorso multidisciplinare dedicato alle donne giovani
con cancro mammario (*Matteo Ghilli*)
- 10** Il tumore al seno nelle giovani donne: incidenza e fattori di rischio
(*Andrea Fontana*)
- 13** Il ginecologo ed il carcinoma della mammella
(*Angiolo Gadducci, Nora Lanfredini*)
- 16** Il carcinoma della mammella nella donna giovane: il punto di vista
dell'oncologo medico (*Andrea Michelotti*)
- 18** Preservazione fertilità in pazienti con carcinoma della mammella
(*V. Cela, E. Casarosa, F. Pancetti, G. Simi*)
- 22** Ritrovarsi inaspettatamente di fronte al nemico...: un sostegno nella gestione
degli aspetti psicologici nella donna giovane con cancro della mammella
(*Valeria Camilleri*)
- 24** Tumore al seno, rapporto di coppia e sessualità (*Cosima De Punzio Santoro*)
- 25** Le moderne tecnologie di screening, diagnosi e stadiazione del tumore
del seno (*Alberto Del Guerra*)
- 28** Il coraggio di testimoniare la propria esperienza
- 29** Combattiamo il linfedema a colpi di pagaia (*Irene Claudia Restuccia*)
- 31** ...prima di pagaiare... Alcuni suggerimenti di Sonia Avolio, fisiatra
e componente dell'equipaggio del Dragon Boat di Pisa
- 32** Orchidee d'Italia (*Bruno Barsella*)
- 33** I sapori della tradizione. La Tajeddha (*Tiziana Centonze*)
- 34** Una gita a Bargino: un giorno «DI... VINO» (*Edna Maria Ghobert*)
- 36** Letto per voi... (*Liana Martinelli*)
- 37** ... comunque belle
- 39** La vostra posta

In copertina:

particolare tratto da un'opera di Milena Moriani
olio su tela, 150 x 165 cm
www.milenamoriani.com

Vuoi unirti a noi?

Ecco i nostri riferimenti:

Associazione Senologica Internazionale
Via Roma, 67 I-56126 Pisa
Ospedale S. Chiara, U.O. Senologia, Edificio 6

Per maggiori informazioni sull'Associazione, sui suoi progetti e sulle sue attività o su come associarsi è possibile:

- rivolgersi direttamente in sede
- telefonare ai numeri: **3406768005 - 3335468315**
- visitare il nostro sito: **www.asi-pisa.it**
- inviare un messaggio di posta elettronica a uno dei seguenti indirizzi:
as.senologicainternazionale@gmail.com
asi@ao-pisa.toscana.it

Ti contatteremo al più presto

Per sostenere l'attività dell'Associazione:

Puoi fare una donazione sul conto corrente bancario:

IBAN: IT82 Z010 0514 0040 0000 0000 822 - BNL
Indirizzo SWIFT BIC: BNLIITRR
Presso 3846 Pisa, Piazza dei Miracoli intestato a
Associazione Senologica Internazionale

Oppure sul conto corrente postale:

C/C postale n. 98691645 intestato a
Associazione Senologica Internazionale

Inoltre puoi destinare all'Associazione il 5%:

CF: 01886010501

I contributi versati all'Associazione sono detraibili dal reddito imponibile ai sensi della Legge n. 49/87 del 28/02/87 artt. 28 e 30

Le immagini di orchidee inserite negli articoli, con la loro bellezza sono come un sorriso che illumina un volto. Sono foto di orchidee spontanee italiane che il G.I.R.O.S. (Gruppo Italiano per la Ricerca sulle Orchidee Spontanee) ci ha gentilmente permesso di pubblicare. Qui di seguito riportiamo il nome scientifico e in taluni casi il nome italiano, la località e il nome dell'autore della foto.

Nigritella rubra subsp. *Widderi*, Moiazza (BL) (foto G. Perazza) (p. 3); *Gymnadenia conopsea* (Manina rosea, Orchidea delle zanzare, Zonzella, Giglio caprino), Levico (TN) (foto G. Perazza) (p. 6); *Dactylorhiza romana* subsp. *romana* (Orchidea romana), Arcidosso (GR) (foto R. Romolini) (p. 7); *Dactylorhiza maculata* subsp. *fuchsii* (Palma Christi, Manine, Orchidea macchiata), Pitigliano (GR) (foto G. Tosi) (p. 10); *Dactylorhiza sambucina* (Orchidea palmata, Giglio sambucino), Monte Baldo (VR) (foto B. Barsella) (p. 12); *Orchis italica* (Orchidea italica, Uomo nudo), Argentario (GR) (foto G. Tosi) (p. 14); *Orchis militaris* (Pan del cuculo, Giglione, Giglio crestato), Alto Matanna (LU) (foto R. Romolini) (p. 17); *Orchis quadripunctata*, San Marco in Lamis (FG) (foto C. Del Fuoco) (p. 20); *Anacamptis papilionacea* (Orchidea farfalla, Cipressini, Mattinata (FG) (foto G. Quitadamo e A. Rossini) (p. 23); *Traunsteinera globosa*, Malga Fosse (TN) (foto G. Perazza) (pp. 24, 25); *Anacamptis morio* f. *albina* (Orchidea minore, Giglio caprino, Pan di cuculo), Porto S. Stefano (GR) (foto R. Romolini) (p. 27); *Epipactis meridionalis*, Sasso di Castaldo (PZ) (foto R. Romolini) (p. 28); *Neotinea lactea* (Orchidea aguzza), Alberese (GR) (foto G. Tosi) (pp. 29, 30); *Epipactis palustris* (Elleborina palustre), Federa Vecchia (BL) (foto G. Perazza) (p. 33); *Limodorum brulloi*, Aspromonte (RC) (foto R. Romolini) (p. 36); *Serapias cossyrensis*, Pantelleria (TP) (foto R. Lorenz) (pp. 37, 38); *Nigritella nigra* subsp. *rhellicani*, varietà cromatica flava, Bullaccia (BZ) (foto G. Perazza) (p. 39); *Neotinea tridentata* (Orchidea screziata), Argentario (GR) (foto G. Tosi) (p. 39).



Editoriale

Edna Maria Ghobert

Presidente ASI



Care lettrici, cari lettori,
qualche parola per presentarci e fare conoscenza.

Siamo un gruppo di volontarie dell'Associazione Senologica Internazionale, una realtà associativa «molto giovane» che opera da circa tre anni e ha la propria sede presso il Centro Senologico dell'Ospedale S. Chiara di Pisa.

In questo periodo l'associazione ha svolto la sua attività sia aderendo a iniziative promosse dalle realtà istituzionali cittadine, come per esempio la Provincia di Pisa, sia realizzando attività, progetti e scopi individuati al proprio interno.

Per ciò che riguarda il progetto della Provincia «Lettura in Ospedale» l'Associazione, condividendo la finalità di rendere il più accettabile possibile il ricovero ospedaliero, ha aderito all'iniziativa e ha acquistato libri e audiolibri di cui le pazienti possono disporre durante la degenza e nel periodo post operatorio.

Ha ritenuto opportuno investire le proprie risorse nella formazione medico-scientifica, così da finanziare un progetto per l'istituzione, presso l'Azienda Ospedaliera Pisana, di due borse di studio destinate a giovani medici interessati ai molteplici aspetti che il tumore alla mammella coinvolge.

È regolarmente presente con un proprio stand alle manifestazioni di promozione del volontariato che vengono allestite nel territorio nel convincimento che la buona visibilità e il confronto rappresentino stimoli a far sempre meglio.

A favore della riabilitazione fisico-psicologica delle donne operate al seno ha organizzato un'attività sul «Dragon Boat», disciplina le cui origini si perdono nei miti e nelle leggende dell'antica storia cinese, avvalendosi della preziosa collaborazione della Società Canottieri Arno resasi disponibile a offrire, oltre all'imbarcazione, i propri istruttori e la propria struttura.

Al fine di sensibilizzare le persone sulla prevenzione dei tumori femminili l'Associazione si fa carico di organizzare eventi culturali che creino un momento di aggregazione in cui risulti meno pesante affrontare un argomento così «duro».



Tuttavia uno dei principali obiettivi, oltre al sostegno e alla formazione degli operatori nel settore, sia in Italia che in paesi in via di sviluppo, rimane quello di recepire le esigenze delle donne operate al seno portando la loro voce alle «orecchie» delle istituzioni, nel convincimento che, spesso, le cose non vengono fatte perché non si conoscono.

A questo scopo la nostra Associazione ha introdotto nel reparto un sistema di raccolta dati che, partendo dalle testimonianze e dai suggerimenti che le pazienti depositano anonimamente in occasione di una visita o al momento delle dimissioni, ci consente di recepire ed elaborare tutta una serie di informazioni e punti di vista che sono fondamentali quando in un servizio si persegue e si vuole offrire un sempre miglior livello di qualità.

L'idea della rivista nasce da qui e dal convincimento che l'informazione sia alla base della conoscenza sui percorsi di prevenzione e cura della malattia e in particolare del tumore mammario.

Abbiamo cercato un modo di essere vicino alle donne che attraversano questa esperienza dolorosa, pesante, a volte destabilizzante perché sappiano che non sono sole, perché percepiscano le innumerevoli mani che si tendono verso di loro pronte a trasmettere fiducia e forza nella consapevolezza di tutti i progressi che la medicina ha compiuto e continua a compiere. Noi, donne che hanno conosciuto, vissuto e combattuto il cancro con tutte le forze necessarie, noi, donne

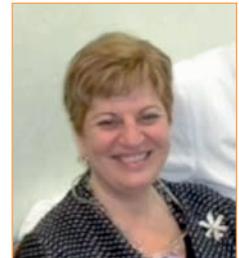
tornate a sorridere, a ridere, noi, donne che si sono riprese la vita con consapevolezze nuove, nuova energia, nuova linfa, nuova maturità.

Desideravamo che il focus del primo numero della rivista trattasse un argomento particolarmente attuale individuato a seguito del convegno «Fertilità della donna prima e dopo la malattia oncologica» (Pisa 29 Ottobre 2012) e alla conseguente consapevolezza di quanto il fenomeno del cancro al seno in donne giovani, anche molto giovani, nel picco dei loro anni riproduttivi, metta a dura prova le loro vite familiari, la loro carriera lavorativa, i loro equilibri.

Da qui la necessità di informare sullo stato della ricerca, della diagnostica e delle cure al punto che abbiamo pensato di chiedere la collaborazione a medici, ricercatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e non solo, per aiutarci ad affrontare gli argomenti che vi proponiamo.

Intervista alla dr.ssa Manuela Roncella

Direttore del Centro di Senologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa



Il tumore al seno è la neoplasia più diffusa nella popolazione femminile, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Negli ultimi decenni, sebbene la percentuale di guarigione sia notevolmente aumentata, si riscontrano molti casi di tumore al seno nelle giovani donne.

Siamo andati a trovare la dottoressa Manuela Roncella, direttore del Centro Senologico dell'Azienda Ospedaliera Pisana.

Dottoressa, è vero che il carcinoma mammario colpisce donne sempre più giovani?

Si parla di rado del cancro al seno nella donna giovane e questo è piuttosto logico poiché colpisce, nella maggior parte dei casi, le donne di età superiore ai 50 anni. Tuttavia, nel 7% dei casi, le neoplasie della mammella vengono riscontrate in donne di età inferiore ai 40 anni: il 10% di loro sviluppa il carcinoma mammario nei 6 mesi successivi alla gravidanza. È importante porre l'accento sui carcinomi della mammella nella donna giovane, con l'obiettivo di sensibilizzare il corpo medico a questa realtà troppo spesso ignorata.

Queste forme nella donna giovane hanno caratteristiche diverse dalle donne più anziane?

Abbiamo detto che per ora rispetto al totale queste neoplasie sono abbastanza rare, anche se si osserva un aumento costante. Sono spesso forme aggressive dal punto di vista biologico e hanno una velocità di crescita maggiore. Inoltre forse più ancora che nelle donne anziane, la notizia di un carcinoma della mammella in una donna al di sotto dei 40 anni sopraggiunge spesso al momento sbagliato: avendo raggiunto un equilibrio soddisfacente dal punto di vista familiare e professionale, le donne prendono la notizia del tumore al seno come la peggiore delle ingiustizie, giunta a minacciare l'equilibrio che hanno raggiunto e che compromette i loro progetti. Necessitano pertanto di una presa in ca-

La risposta è stata pronta e in alcuni casi entusiasta, e ciò ci ha permesso di partire con questo progetto che, come è già stato detto, deve ritenersi uno strumento, un'opportunità di informazione, di confronto, ma soprattutto un'occasione affinché nessuna donna si senta sola.

rico individuale da parte dei sanitari con attenzione ai molteplici aspetti che l'età comporta.

È vero che la diagnosi avviene con troppo ritardo?

Decisamente poco sensibilizzati al rischio di insorgenza del cancro del seno nella donna giovane, i medici considerano ancora troppo di rado questa eventualità. Di fronte a una giovane donna che abbia riscontrato la presenza di una massa di nuova insorgenza, spesso si pensa ad un problema di origine ormonale. E se la donna è in gravidanza o in allattamento, la situazione è ancora più complessa.

Esistono dei fattori di rischio?

Esistono, ma contano globalmente per il 30-35% dei casi. Significa che nel 70% circa dei casi il tumore colpisce donne che NON hanno fattori di rischio noti nella loro vita. Tutte le donne devono sottoporsi alla diagnosi precoce e fare prevenzione con lo stile di vita. Comunque esiste una familiarità genetica per tumore al seno (e tumore dell'ovaio) nel 10% dei casi, e altri fattori di rischio sono: sviluppo mestruale precoce e menopausa tardiva, prima gravidanza tardiva oppure nessuna gravidanza a termine, niente allattamento al seno, alimentazione troppo ricca di grassi animali e consumo di alcolici.

Avere casi in famiglia rappresenta un segnale d'allarme?

Non necessariamente. Ormai i tumori sono malattie che possono colpire sporadicamente tutte le famiglie. Se in una famiglia un certo tipo di tumore colpisce di frequente, è utile la valutazione del rischio familiare e genetico: si esegue con colloqui, test basati su questionari e, ove utile, sull'analisi genetica con un prelievo del sangue. Il cosiddetto «test genetico» che può individuare le mutazioni a carico di alcuni geni noti che possono aumentare molto il rischio di sviluppare alcuni tumori.



Come difendersi dal tumore del seno?

In primis attraverso la prevenzione primaria: per prevenzione primaria si intende eliminare quei fattori di rischio modificabili che aumentano il rischio di insorgenza del tumore. Le corrette norme di prevenzione primaria, consigliate a tutte le donne, per ridurre il rischio di insorgenza di tumore al seno prevedono di: allattare al seno; eseguire attività sportiva quotidianamente in maniera costante; controllare il peso corporeo soprattutto in postmenopausa; limitare il consumo di cibi ipercalorici ricchi di grassi saturi; preferire una dieta mediterranea, ricca di verdura cruda, frutta ed olio di oliva; limitare il consumo di alcool; limitare l'assunzione della terapia ormonale sostitutiva, da riservare alla cura dei sintomi della menopausa e se possibile per periodi di tempo limitato. Poi c'è la prevenzione secondaria, con la quale si programmano esami senologici che permettano di ottenere una diagnosi precoce della malattia, ovvero di scoprire il tumore, se presente, negli stadi iniziali quando è di piccole dimensioni. Una buona diagnosi precoce permette di aumentare le probabilità di guarigione, ridurre la mortalità e di utilizzare interventi terapeutici meno demolitivi e provanti per la paziente.

Come fare prevenzione secondaria?

La prevenzione secondaria può essere eseguita mediante l'integrazione di: autoesame del seno, visita senologica specialistica, mammografia ed ecografia mammaria. Tutte le donne dopo i 20 anni dovrebbero eseguire l'autopalpazione del seno una volta al mese.

La mammografia, esame cardine della prevenzione secondaria, deve essere eseguita annualmente dopo i 40 anni. L'ecografia mammaria rappresenta un esame complementare alla mammografia nelle donne di età superiore ai 40 anni; rappresenta l'esame da eseguire in prima istanza nelle giovani pazienti sotto i 40 anni.

Angelina Jolie ha detto di essersi sottoposta a una mastectomia preventiva: è efficace?

Il discorso è complesso e comunque nel caso specifico di una persona con mutazione accertata del gene BRCA1 oppure del BRCA2 (i due geni noti la cui mutazione aumenta molto il rischio di tumore al seno e all'ovaio) può essere ragionevole eseguire una mastectomia preventiva per ridurre drasticamente il rischio. Nei casi non geneticamente mutati il beneficio di una mastectomia profilattica non è significativo in termini di lunghezza della vita a fronte di un intervento sicuramente impegnativo per la donna. Ogni decisione comunque va discussa a lungo e in modo chiaro e approfondito con l'interessata.

Cosa fare se viene fatta diagnosi di tumore del seno?

Quando viene fatta diagnosi di tumore, è fondamentale che la paziente si rivolga e si affidi ad un Centro specializzato nella cura delle patologie del seno, la

cosiddetta «Breast Unit» o «Centro di Senologia», in maniera tale da avere a disposizione un'equipe di medici dedicati che possano individualizzare quanto più possibile il trattamento e formulare una corretta programmazione terapeutica dopo valutazione collegiale multidisciplinare.

Il seno è la parte più dolcemente femminile di una donna, e la donna affronta questo male con paure anche riguardo la perdita della sua femminilità, ci parli delle nuove tecniche chirurgiche, sono meno invasive?

Fino agli anni '70 si asportava l'intera ghiandola mammaria e i linfonodi ascellari poiché si pensava che il tumore fosse una malattia dell'intero organo. Oggi la percentuale dei tumori scoperti in fase precoce, grazie allo screening senologico e alle campagne di prevenzione diffuse in tutto il territorio, è notevolmente aumentata tanto da riconoscere con le sofisticate tecniche diagnostiche il tumore in fase iniziale quando non è ancora palpabile; l'intervento chirurgico più diffuso in questi casi è la quadrantectomia, cioè l'asportazione di una parte della mammella che comprende il tumore e una zona di tessuto attorno con la possibilità di rimodellamento immediato. Inoltre si applica ormai da più di dieci anni la tecnica del linfonodo sentinella, cioè durante l'intervento sulla mammella si asporta un solo linfonodo che è il primo che drena la linfa proveniente dal tumore e lo si esamina. Se il linfonodo non contiene cellule tumorali, allora nemmeno tutti gli altri le conteranno, pertanto eviteremo alla nostra paziente l'asportazione di tutti i linfonodi, tecnica che non è scevra di complicanze postoperatorie. Anche nel caso di interventi di mastectomia, ancora oggi piuttosto frequenti, si prende sempre in esame contestualmente l'intervento di ricostruzione mammaria.

Il tumore alla mammella si può curare dappertutto con gli stessi risultati?

Studi recenti hanno dimostrato che la sopravvivenza è più alta se la paziente viene curata in centri super-specializzati, le così dette Breast Unit, ovvero Unità di Senologia, caratterizzate da un approccio multidisciplinare, da grande esperienza per numero di casi trattati e dal rispetto di severi criteri di qualità. La Breast Unit rappresenta un modello moderno di assistenza specializzato nella diagnosi e cura del carcinoma mammario dove la gestione è affidata a un gruppo di esperti con uno specifico training senologico, per garantire a tutte le donne l'accesso alle migliori cure. L'obiettivo di questi Centri è di ridurre la morbilità e la mortalità ancora molto elevate nella specifica patologia oncologica e di porre la paziente al centro del percorso e accompagnarla in tutti i passi, personalizzando il più possibile i trattamenti, in accordo con le caratteristiche del tumore e le aspettative della paziente.

Quali sono i progetti del centro da lei diretto per il prossimo anno?

In primis l'accreditamento organizzativo del centro, percorso lungo e faticoso che prevede la formalizzazione di ogni passaggio e ogni procedura che avviene all'interno della struttura. Questa azione è necessaria al fine di standardizzare e rendere ripetibile ogni processo ed evitare così dimenticanze ed errori. Tale regolamentazione assume importanza fondamentale quando il percorso è multidisciplinare e più specialisti si trovano a lavorare insieme.

Un altro obiettivo importante è il proseguimento dell'umanizzazione del reparto, con particolare attenzione alla qualità di vita delle pazienti e alle ripercussioni che il tumore ha determinato sulla loro vita e sul cambiamento corporeo. Lavoro che la nostra psicologa/psicoterapeuta sta svolgendo in modo innovativo ed eccellente.

All'inizio lei ha parlato di paesi in via di sviluppo. Lì come è la situazione?

Purtroppo quando un paese evolve economicamente e si avvia alla industrializzazione l'aumento dei casi di tumori al seno è uno dei primi effetti. Uno degli impegni del nostro centro è quello di portare, laddove è possibile, sostegno per la creazione di percorsi per il trattamento dei tumori al seno nei paesi in via di sviluppo nell'ambito della Cooperazione Internazionale.

Alcuni dei miei collaboratori ed io abbiamo raccolto le istanze e sollecitazioni di associazioni di volontariato, come l'Associazione Senologica Internazionale ed il Sucus che, soprattutto nella figura della signora Maria Rita Tarquini, hanno trasformato le esigenze



delle donne in paesi in via di sviluppo in progetti rivolti a promuovere la salute e la dignità delle donne. Progetti ai quali abbiamo aderito con piacere per quanto di nostra competenza e per il poco tempo a disposizione.

Dottoressa, in che modo secondo lei il volontariato può essere di supporto alle istituzioni?

Come mi è capitato di dire più volte credo fermamente che le associazioni di volontariato siano fondamentali e irrinunciabili in un centro di senologia, in quanto rappresentano l'indicatore dei bisogni del paziente e possono lavorare al fianco delle Istituzioni per soddisfarli. La battaglia contro il carcinoma mammario non è fatta solo dai chirurghi e dagli oncologi che diagnosticano e trattano questa patologia; dovrebbe invece partire dalla consapevolezza, da parte delle stesse donne, che il loro comportamento è cruciale nel determinare il rischio di sviluppare un tumore e che la prevenzione è l'arma più importante, contro i tumori in generale e contro il cancro della mammella. Pertanto i volontari, nel settore dell'informazione, rappresentano il valore aggiunto nel percorso di qualità.

Per concludere un pensiero personale sul suo lavoro...

Me lo aspettavo! Il momento che stiamo vivendo è davvero incerto e difficile, ed è sempre più problematico poter offrire servizi di qualità con poco personale e sempre meno risorse, sia nel campo clinico che nella ricerca. Io però continuo a ritenermi una donna fortunata: amo il mio lavoro, ho dei collaboratori stupendi e ogni giorno conosco donne fragili e coraggiose dalle quali imparo sempre qualcosa di nuovo...

Centro Senologico (CS) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

È dimostrato da importanti studi scientifici che le donne affette da malattia mammaria trovano nei Centri Senologici (o Breast Unit) un percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo multidisciplinare integrato che consente loro di ricevere il meglio delle cure che la moderna medicina è in grado di offrire e quindi il massimo delle possibilità di guarigione. Questo percorso è attivo da molti anni a Pisa e trova nella Breast Unit, istituita nel 2010, la sua sede. Il

centro Senologico dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (CS) nasce in risposta alla delibera regionale 927 del 12/2007 in materia di Unità multidisciplinari di senologia.

Chi siamo

Al CS afferisce e ne è parte integrante personale dedicato in forma esclusiva:

- personale medico (chirurghi senologi e chirurgo plastico) e infermieristico appartenente alla U.O. Senologia (chirurgica);
- personale medico, tecnico e infermieristico appartenente alla Radiodiagnostica senologica;
- personale fisioterapistico e un medico fisiatra in convenzione con USL5 per la riabilitazione senologica;
- uno psichiatra per il supporto durante il percorso.

Al CS inoltre afferisce personale facente parte di altre UU.OO. e che partecipa in varia misura alla attività previste nel percorso multidisciplinare senologico. In questo gruppo rientrano i medici, i tecnici, gli infermieri delle U.O. di: oncologia, radioterapia, radiologia non senologica, medicina nucleare e fisica sanitaria, chirurgia plastica.

Il CS, nell' offrire alle donne affette da tumore della mammella di essere curate da un'equipe multidisciplinare, deve garantire il rispetto dei diritti delle pazienti indicati nella risoluzione del Parlamento Europeo, in particolare deve essere posta attenzione al diretto coinvolgimento delle pazienti in tutte le fasi dell'iter diagnostico e terapeutico. L'U.O. di Senologia partecipa inoltre da alcuni anni alle attività aziendali in materia di Health Promoting Hospital e al percorso denominato «Bollino Rosa» promosso a livello nazionale.

Ad ogni donna deve essere offerta la possibilità di accedere ad una consulenza fisiatrico-fisioterapica e di supporto psicologico per superare le fasi più difficili del suo percorso di cura. Il personale sanitario deve essere adeguatamente formato per comprendere i bisogni della donna nella sua interezza e per trattare ogni singolo caso in maniera adeguata e personalizzata.

Obiettivo principale...

Il CS ha l'obiettivo principale di offrire alle donne affette da carcinoma della mammella servizi specialistici multidisciplinari di alta qualità, dalla genetica e prevenzione, alla diagnosi, al trattamento del tumore primario, della recidiva e della malattia avanzata, alle cure palliative, al follow-up delle pazienti oncologiche, al supporto riabilitativo fisico e psicologico. Tale obiettivo deve essere perseguito con elevati standard qualitativi e alti flussi quantitativi.

Paziente sintomatica

Questo percorso è strutturato per la *paziente sintomatica*: da un punto di vista senologico si intende per paziente sintomatica (può interessare, seppure raramente, anche soggetti di sesso maschile) quella che:



1. si sia palpata un nodulo mammario (o ascellare) di nuovo riscontro oppure abbia notato un segno clinico sospetto: secrezione, sanguinamento del capezzolo, retrazione cutanea, o che abbia notato la comparsa di un quadro infiammatorio alla mammella. Anche la presenza di dolore mammario persistente può rientrare in questa definizione, indipendentemente dall'esistenza di una indicazione chirurgica;
2. abbia già eseguito accertamenti senologici che documentano la presenza mammografica/ecografica di reperto patologico o sospetto: microcalcificazioni, distorsione, nodulo, (indipendentemente dal fatto che questi reperti siano oppure non siano clinicamente apprezzabili);
3. abbia eseguito gli accertamenti senologici comprensivi di biopsia/agoaspirato con esito positivo per carcinoma o per lesione sospetta o per lesione border-line. In questo gruppo, rientrano le pazienti dello screening mammografico organizzato dal SSR - Regione Toscana, e che copre la fascia 50-69 anni con una mammografia ogni due anni.

Come accedere al Centro Senologico

Il percorso per la paziente sintomatica ha un suo accesso istituzionalizzato nel CORD-accoglienza, come stabilito dalla normativa regionale in materia di percorsi oncologici e dall'Istituto Toscano Tumori.

Per la malattia senologica, dati gli alti volumi e la peculiarità della patologia che necessita, in primis, di valutazione chirurgica piuttosto che oncologica, esiste un cord senologico dedicato. Esso ha sede presso il Centro senologico, ubicato nell'edificio 6 (ex clinica oculistica) dell'Ospedale Santa Chiara, nel centro di Pisa: offre un servizio di front-office tutte le mattine con **orario 9-13 ed un servizio telefonico (050-993576) nello stesso orario**. Esiste inoltre la possibilità di lasciare un messaggio in segreteria

telefonica in orario di chiusura (dalle 13 alle 9 del giorno successivo) oppure di scrivere una e-mail all'indirizzo cordsenologia@ao-pisa.toscana.it. Il personale del CORD ACCOGLIENZA ITT è costituito da infermiere specificamente formate e perfettamente in grado di fornire indicazioni

E la paziente asintomatica...?

La paziente asintomatica, che desideri effettuare un controllo senologico clinico e radiologico, a scopo preventivo, non ha accesso al Centro tramite percorso

CORD ma tramite percorso CUP limitatamente alle disponibilità di posti. Si sottolinea che la finalità del Centro Senologico è quella di inquadrare e trattare la paziente senologica sintomatica e che a tale finalità deve essere riferita la quasi totalità delle risorse. La paziente asintomatica, che necessita di esami radiologici e controlli senologici preventivi, trova sul territorio le postazioni dedicate ai suoi controlli. Nel caso desideri una visita o prestazione radiologica personalmente con un medico di sua fiducia che lavora nel Centro senologico (e al di fuori dei percorsi di urgenza), può rivolgersi al call-center libera professione: 050995272.

Anche a 30 anni ci si può ammalare di carcinoma mammario?

Necessità di un percorso multidisciplinare dedicato alle donne giovani con cancro mammario



Matteo Ghilli

Chirurgo generale, Senologo

Dirigente medico Centro Senologico - Pisa

8

Quando nel 1994 mi sono iscritto a Medicina non immaginavo che avrei fatto il chirurgo ma sapevo che volevo occuparmi di tumori. Poi sono diventato medico, quindi mi sono formato in Chirurgia alla Scuola del Prof. Mosca, infine il mio attuale direttore, Manuela Roncella, mi ha insegnato (ci ha provato!) il mestiere del chirurgo senologo. Ho quindi iniziato non tantissimi anni fa ad occuparmi, insieme con tutti i miei colleghi, di persone, direi quasi esclusivamente donne, con tumore mammario. Il gruppo a cui appartengo è via via diventato più grande, più organizzato, più visibile. Ogni anno abbiamo incontrato centinaia di donne, ormai molte migliaia, ciascuna con i suoi problemi, dubbi, le sue paure, speranze. Ciascuna con la sua Vita. Immaginavo, quando ho iniziato, quasi tutto di quello che faccio oggi. Una delle cose che immaginavo di meno, tuttavia, era di incontrare tante giovani donne, ragazze sotto ai 40 anni, affette da cancro mammario. Infatti, specialmente negli ultimi 2-3 anni, da quando siamo organizzati in Breast Unit e da quando siamo diventati uno dei maggiori gruppi senologici in Italia (si intende per quantità di persone che afferiscono) abbiamo osservato un netto incremento di pazienti visitate e operate in generale, e di giovani pazienti in modo particolare.

L'importanza sociale del tumore della mammella è davanti ai nostri occhi: una donna su nove è colpita

da questa malattia. Non solo è il tumore più frequente ma è anche il più frequente in ogni fascia generazionale: negli Usa nel 2011 sono stati diagnosticati 300.000 nuovi casi, dei quali il 5% in donne sotto ai 40 anni. Il dato Europeo è anche leggermente superiore.

Il campione che si osserva in un Centro Senologico o Breast Unit è uno spaccato della realtà che, tuttavia, se ne discosta in quanto la popolazione che vi giunge è «auto-selezionata»: infatti un Centro Senologico istituzionalmente rappresenta un punto di riferimento per le persone con carcinoma mammario sospetto o accertato e in particolare per sottogruppi di pazienti, tra i quali le giovani donne sono certamente quello più importante, soprattutto per la complessità delle situazioni che si creano e per la serie notevole di implicazioni che esse presentano. La giovane donna è assorbita, fino al momento della diagnosi, dai pensieri relativi alla carriera, maternità, oltre che alla sessualità ed alla femminilità, che ovviamente proseguono nelle età successive. È molto difficile comunicare ad una donna giovane, che su tutt'altro è concentrata rispetto alla propria salute, di avere un cancro alla mammella. È difficile a maggior ragione parlarle di un piano di cura integrato che quasi sempre prevede la chemioterapia e che, non di rado, necessita della mastectomia (talvolta anche bilaterale). È difficile infine dire a quella ragazza che le cure necessarie



potrebbero rendere la possibilità di procreare molto difficoltosa e rinviata di anni.

Per tutte queste pazienti abbiamo studiato, nel Centro Senologico di Pisa, nel quale nel 2013 sono stati eseguiti oltre 1000 interventi, un percorso ad hoc che si avvale della professionalità e della collaborazione di numerosi gruppi di professionisti. Infatti il percorso senologico è uno dei modelli più studiati e citati in letteratura scientifica quanto a esempio di integrazione multidisciplinare, e trova nelle breast unit la più alta concretizzazione.

Vediamo per sommi capi chi fa parte del percorso.

Esso parte dalla diagnosi, che è affidata ad un gruppo di **radiologhe dedicate**. Le donne giovani hanno mammelle spesso assai dense e complesse (nel periodo dalla adolescenza alla menopausa la componente ghiandolare – che è poi la componente densa, poco leggibile alla mammografia – è nettamente prevalente rispetto alla componente adiposa), con importanti quadri di displasia (in passato chiamata mastopatia fibrocistica). Perciò nelle fasi diagnostiche alle metodiche tradizionali (mammografia, ecografia e biopsia mammaria/ascellare) spesso si deve aggiungere la Risonanza Magnetica, per la quale la radiologia senologica di Pisa presenta una competenza storicamente tra le maggiori in Toscana e in Italia.

Per avere una diagnosi completa è fondamentale il lavoro di **patologo e biologo molecolare** che devono fornire in tempi brevissimi la tipizzazione della malattia e soprattutto le informazioni inerenti l'aggressività intrinseca, che risiedono nel pattern recettoriale estrogenico, lo stato Her2 e l'indice proliferativo.

Un ruolo centrale di coordinamento delle diverse figure coinvolte (mediche e infermieristiche, quest'ultime di particolare importanza come ruolo di tutoraggio della paziente) è rivestito dal **chirurgo senologo** che, di norma, è uno dei primi a entrare in contatto con la paziente e a fornirle informazioni via via più complete. Di fronte anche al solo sospetto di carcinoma, il chirurgo avvia l'iter diagnostico e programma nel contempo tutti quegli esami (se non precedentemente eseguiti) che saranno necessari per l'intervento o, in alternativa, per iniziare un trattamento oncologico. A seconda dello stadio locale di malattia, il senologo programma gli accertamenti che servono ad escludere metastasi a distanza (anche avvalendosi della professionalità dei colleghi della **Medicina Nucleare**, particolarmente per l'esecuzione di Pet-Tc e di scintigrafia ossea, oltre che, in fase chirurgica, per la ricerca del linfonodo sentinella e la localizzazione ROLL di lesioni non palpabili). Spetta inoltre al chirurgo avviare un fattivo dialogo con il team multidisciplinare che avrà in cura la paziente, convocando il cosiddetto **Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)**, cui partecipano in primis l'**oncologo** che si farà carico del programma di cure mediche e il **radio-terapista, oltre ai già citati radiologo, patologo e medico nucleare**. Non appena sono a disposizione

tutti i necessari elementi, si discute nel GOM il miglior trattamento specifico per quella paziente (si parla infatti di *targeted therapy*): di norma l'iter di cura inizia dall'atto chirurgico, che viene progettato tenendo conto delle specificità del caso: dimensione della malattia, unifocalità o molteplicità di focolai, dimensione e tipologia di mammelle, aspettative, desideri e grado di compliance della paziente. Tutto ciò deve essere valutato dai chirurghi senologi insieme con il **chirurgo plastico** per gli aspetti ricostruttivi e le tecniche oncoplastiche e anche con la paziente, per tenere nella giusta considerazione i suoi timori, le sue speranze e il suo vissuto. Per la delicatezza di questa fase preoperatoria, che comporta un importante impatto psicologico legato alla reazione alla diagnosi, ma anche allo stress indotto dalle scelte che la paziente – informata opportunamente – deve compiere insieme con i medici che la hanno in cura, è di fondamentale importanza disporre in equipe di una figura di **supporto psicologico**.

In questa fase il chirurgo ha inoltre valutato se sussistano le condizioni per avviare la paziente ad una valutazione del **counselling genetico** coordinato dal genetista, con un clinico e con la psico-oncologa, che da anni è operativo a Pisa.

Per le giovani pazienti inoltre è prevista la possibilità di intraprendere un percorso di **preservazione della fertilità**, incentrata soprattutto nel prelievo e crio-conservazione di ovociti. Tale iter è discusso multi-disciplinariamente con il team di ginecologi del centro procreazione assistita. Si tratta di un ambito in rapido divenire, che pone la paziente e il partner nella condizione di poter un giorno ripensare ad una gravidanza: è un percorso complesso ma fortemente stimolante per una giovane donna, spesso nullipara, che si trovi improvvisamente catapultata dalla salute alla malattia oncologica. Ad oggi il percorso è attivo anche se problematiche legate ai costi della procedura, che attualmente il Sistema Sanitario della Regione non copre, rendono difficoltosa la sua diffusione (un impegno che ci siamo presi, medici e forze del volontariato, e che in questa sede ribadiamo è quello di stimolare le nostre Istituzioni affinché venga riconosciuta, anche economicamente, l'importanza del diritto alla maternità alle giovani donne colpite dal tumore e rese temporaneamente sterili dalle cure.

Ho iniziato questo breve articolo con delle considerazioni personali. Allo stesso modo vorrei concludere.

Occuparsi di tumori, da chirurgo piuttosto che da oncologo medico o altro, significa darsi da fare per cercare di guarire delle persone dal tumore. Sapendo in partenza che non sempre ci riusciamo ma che, almeno nell'ambito del tumore mammario, il tasso di guarigione è alto e alti i tassi di sopravvivenza a distanza di 5 e 10 anni dalla diagnosi. Non è questa la sede per elencare percentuali e numeri ma senz'ombra di dubbio il tumore della mammella è uno di

quelli con le migliori prospettive. Le giovani donne che si ammalano non hanno un destino diverso. La giovane età alla diagnosi, che non di rado si associa a forme di malattia più importanti, impone però – per il fatto stesso che una giovane donna ha un’aspettativa di vita lunga – un attento follow-up negli anni. Impone altresì di utilizzare bene, sin dall’inizio, tutte le armi efficaci che abbiamo a disposizione per quello specifico tumore. Ancora una volta, la guerra deve andare di pari passo con la strategia e la strategia inizia dall’accurata e approfondita conoscenza di quello specifico tumore, senza mai dimenticarsi però che quel tumore se lo porta addosso una specifica persona.

La ricerca ha fatto davvero grandi progressi in campo senologico e abbiamo a disposizione molte più armi che venti anni fa: l’arma più importante rimane la precocità della diagnosi, cioè è necessario sforzarsi di arrivare quanto prima a scoprire il tumore, a stadiarlo per comprendere quali danni può aver fatto e di che tipo di tumore si tratta, così da impostare le cure migliori, sempre con l’umiltà di ricordare a noi stessi che la medicina non è in condizione, in nes-



sun settore men che meno in ambito oncologico, di garantire un risultato sempre e comunque e di garantirlo per sempre. Non dobbiamo cascare nel tranrello che «...se compare una tumefazione mammaria a 30 anni, non può che essere una cisti, un nodulo benigno, perché a 30 anni il cancro alla mammella non può venire».

Mentre oggi scrivevo queste righe, ho rivisto davanti a me tante delle ragazze che negli ultimi anni ho incontrato. Tante di loro, a distanza di anni dalla scoperta del cancro, finito il tempo delle cure, hanno ripreso in mano la loro vita, la loro professione, la famiglia.

A tutte loro, a coloro che ancora stanno combattendo e alle amiche che non ci sono più (pochissime, ma che ci mancano tantissimo), dedichiamo gli sforzi di tutto il gruppo per arrivare sempre prima nella diagnosi, sempre più a fondo nella conoscenza del nemico e nell’affinamento delle strategie di cura.

Spero, con queste poche righe, di averVi trasmesso il perché della ***Necessità di un percorso multidisciplinare dedicato alle donne giovani con cancro mammario.***

Il tumore al seno nelle giovani donne: incidenza e fattori di rischio

Andrea Fontana

Dirigente Medico di I livello presso la U.O. Oncologia Medica 2 Universitaria dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (Direttore Prof. A. Falcone), Istituto Toscano Tumori



Le patologie neoplastiche rappresentano uno dei principali problemi sia dal punto di vista medico che sociale in pressoché tutti i paesi del mondo. Basti pensare che il rischio cumulativo di sviluppare una neoplasia nell’arco della vita risulta essere di 1 uomo su 2 e di 1 donna su 3; se ci concentriamo poi, sul tumore al seno si osserva come questa probabilità risulti essere di 1 donna su 8. Negli USA si stimano circa 230.000 nuovi casi di tumore al seno nel 2013, pari al 29% di tutte le neoplasie. In Italia la situazione appare del tutto sovrapponibile. Nel nostro paese, le prime cinque neoplasie nel sesso femminile risultano essere: il tumore al seno (29%), il tumore del colon-retto (14%), il tumore del polmone (6%), il tumore del corpo dell’utero (5%) ed il tumore della tiroide (5%).

Considerando le frequenze nelle varie fasce d’età, i tumori al seno rappresentano le neoplasie femminili più frequenti sia nella fascia 0-49 anni (41%), sia nella classe d’età 50-69 anni (36%) che nelle donne oltre i 70 anni di età (21%).

Il tumore al seno nelle giovani donne, sotto i 40 anni di età, è tuttavia un evento abbastanza raro stimabile sotto l’1% in tutti i paesi. Sebbene l’incidenza del tumore mammario globalmente sia in incremento nei paesi sviluppati, verosimilmente come conseguenza della occidentalizzazione dello stile di vita e dell’aumento della aspettativa di vita, questo non si è ancora osservato per i tumori insorti sotto i 40 anni, la cui incidenza è rimasta sostanzialmente invariata negli ultimi due decenni. Ciononostante la realtà che



quotidianamente viviamo nel Centro Senologico di Pisa, dimostra un progressivo aumento dei casi di carcinoma mammario nelle donne giovani che giungono alla nostra attenzione.

L'individuazione dei fattori di rischio in grado di spiegare l'insorgenza precoce dei tumori al seno è gravato dalla scarsità dei dati riportati in letteratura tanto da rendere ogni conclusione incerta e non definitiva. Tuttavia, numerosi sforzi sono stati condotti dalla comunità scientifica in questa direzione. Il peso alla nascita, il tasso di crescita e l'altezza raggiunta sono, secondo alcuni autori, dei possibili fattori di rischio per l'insorgenza di tumori al seno in pre-menopausa. Un'ipotesi che potrebbe spiegare quanto sopra sembra coinvolgere la dimensione del *pool* di cellule staminali mammarie che viene definito precocemente nella vita e che risulta influenzato dai livelli ormonali prenatali e dell'infanzia precoce. Si ipotizza che il numero di cellule staminali mammarie predica il rischio di sviluppare un tumore al seno negli anni a venire. Recentemente è stata notata una correlazione tra l'esposizione intrauterina a diethylstilbestrolo e l'incremento dell'incidenza di tumore al seno in pre-menopausa. Va precisato, tuttavia, che in queste casistiche nessuno dei soggetti ammalati aveva meno di 40 anni di età.

Numerosi sono gli studi che mettono in relazione l'esercizio fisico ed il rischio di tumore al seno. Globalmente non vi sono chiare evidenze a supporto del suo ruolo protettivo. Una iniziale osservazione che circa 3-4 ore settimanali di attività fisica fosse in grado di prevenire l'insorgenza di neoplasie mammarie non è stata confermata in un ampio studio condotto su 210.000 donne in cui l'attività fisica non veniva associata ad una riduzione del rischio. Tuttavia recenti meta-analisi sembrano smentire quanto sopra, riportando una associazione tra attività fisica, riduzione della incidenza di tumore al seno e migliore prognosi. Anche l'assunzione di una dieta ricca in frutta e verdura così come la riduzione di assunzione di grassi non sembra avere un effetto determinate nella riduzione del rischio di neoplasia mammaria. Recenti evidenze di tipo epidemiologico, tuttavia, suggerirebbero come una dieta «mediterranea» sia in grado di ridurre, seppure in maniera modesta, il rischio di insorgenza di tumore al seno. Su questi aspetti vi è oggi molto interesse come testimoniato dalle numerose pubblicazioni apparse su riviste specialistiche e non, tuttavia, va notato che il ruolo dello «stile di vita», quale fattore preventivo o predisponente alla insorgenza di tumore al seno nelle giovani donne sembra avere un ruolo decisamente marginale, come descritto più avanti in questo articolo. Per quanto concerne l'obesità e l'indice di massa corporea va fatto un discorso a parte. È ormai noto come il tessuto adiposo sia in grado di convertire gli androgeni in estrogeni e nelle donne obese questo potrebbe determinare un incremento della loro concentrazione a livello ematico. Se queste condizioni possono spiegare il maggior

rischio di sviluppare tumori al seno per le donne in post-menopausa, al contrario, l'aumento del peso e della massa corporea sembrano avere, invece, un ruolo protettivo in pre-menopausa. La ragione di questa differenza rimane ad oggi non chiara.

L'utilizzo di contraccettivi orali rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di tumore al seno in pre-menopausa ma il suo impatto risulta veramente modesto. In uno studio del 1996 che ha analizzato circa 53.000 donne affette e oltre 100.000 donne sane è stato evidenziato un incremento del rischio dello 0.2% per coloro che utilizzavano regolarmente contraccettivi orali; tale rischio diminuiva con l'interruzione della assunzione della pillola sino ad annullarsi dopo 10 anni. Da notare tuttavia, che un incremento del rischio più considerevole si osservava in donne sotto i 34 anni quando l'assunzione regolare di contraccettivi orali si associava alla presenza di una spiccata familiarità per tumore al seno. Nella popolazione generale è ormai noto il ruolo protettivo del numero di gravidanze portate a termine; tuttavia il suo impatto nelle giovani donne risulta poco studiato e quindi meno chiaro. Al contrario c'è da notare un transitorio incremento del rischio di tumore al seno dopo il parto, verosimilmente legato all'attività favorente la proliferazione cellulare degli estrogeni durante la gravidanza. L'allattamento al seno, invece, sembra essere protettivo sia nelle donne in pre-menopausa che in post-menopausa, nonostante che la magnitudine del suo effetto vari notevolmente da studio a studio. In una casistica il rischio relativo nelle donne sotto i 36 anni si riduceva del 22% per ogni anno di allattamento, mentre in un altro la riduzione annuale risultava essere del 4% sia per le donne in pre-menopausa che in post-menopausa.

Circa il 3% di tutti i tumori al seno riconoscono una causa genetica attribuibile alla mutazione dei geni *BRCA1* e *BRCA2*. Secondo recenti studi l'incidenza di queste mutazioni può raggiungere anche il 6-9% nelle donne sotto i 36 anni di età. Presso il nostro centro in collaborazione con la UO di Senologia e la Sezione di Genetica Oncologica è stata condotta una revisione della casistica di pazienti con diagnosi di neoplasia mammaria con associata mutazione in *BRCA1* o *2*. I risultati presentati al Congresso Europeo di Oncologia Medica (ESMO) ed al Congresso della Società Italiana di Oncologia Medica (AIOM) lo scorso anno, hanno evidenziato come i 2/3 circa delle donne sotto i 40 anni di età e mutate nei geni *BRCA* presentassero il cosiddetto fenotipo tumorale «*triplo negativo*», ovvero l'assenza di positività per i recettori ormonali (estrogeno e progestinico) e per la molecola HER2. Questo dato in accordo con la letteratura recente sostiene l'indicazione a considerare una valutazione genetica in giovani donne che presentino una diagnosi di neoplasia mammaria che presenti questo fenotipo. Nonostante quanto sopra va notato, tuttavia, che solo una piccolissima minoranza di giovani donne possiede la muta-

zione in *BRCA1/2* e questo anche in presenza di una forte familiarità. Oltre a questi si conoscono altri geni responsabili, ma con frequenza assai più rara, dell'insorgenza di tumori al seno spesso in giovani donne. Tra questi ricordiamo la mutazione del gene *TP53* responsabile della Sindrome di Li-Fraumeni e la mutazione del gene *CHEK2*. Una storia familiare positiva per tumori al seno rimane comunque un importante fattore di rischio nelle giovani donne, anche qualora il test genetico risultasse negativo; infatti, secondo alcuni studi il rischio relativo per donne sotto i 35 anni di età nella cui famiglia sia presente una storia di tumore al seno giovanile sembra aumentato di circa 3 volte. In questa situazione si può dire che il rischio di sviluppare un tumore al seno, in un familiare sano, incrementa con il diminuire dell'età di insorgenza della neoplasia nel parente di primo grado affetto. Questa osservazione ha sicuramente una importante implicazione nella tempistica da adottare per una corretta strategia di sorveglianza. Da alcuni anni è ormai attivo presso il Polo Oncologico dell'Ospedale S. Chiara di Pisa, un ambulatorio di consulenza genetica, in cui un team di professionisti, composto dall'Oncologo, dal Genetista Medico, dallo Psicologo e dal Senologo, si fa carico dell'inquadramento e della gestione di possibili sindromi eredo-familiari nel campo dell'oncologia del tumore al seno e non solo.

Analizzando, ancora, i fattori di rischio per tumori mammari in età giovanile, non possiamo non men-



zionare l'esposizione a radiazioni ionizzanti a livello della ghiandola mammaria. Donne trattate con radioterapia per linfoma di Hodgkin prima dei 25 anni di età presentano, infatti, un rischio di sviluppare tumore al seno del 10% a 45 anni e del 30% a 55 anni. L'esposizione a radiazioni sotto i 18 anni sembra essere particolarmente rischiosa, mentre non sembra avere particolari effetti sopra i 50 anni.

La diagnosi di tumore al seno nelle donne sotto i 40 anni di età rimane sempre un evento relativamente poco frequente ed il tasso di incidenza risulta stabile nel tempo e poco variabile in base al paese di residenza. Tutto questo farebbe escludere quale importante fattore di rischio l'esposizione ambientale e l'occidentalizzazione dello stile di vita. Pochi sono i fattori di rischio noti in questa situazione e tra questi i più significativi sono l'esposizione a radiazioni, l'uso continuativo di contraccettivi orali, la storia familiare di neoplasie al seno ed ovviamente la presenza di mutazioni nei geni *BRCA1* e *BRCA2*. L'allattamento al seno sembra invece essere un fattore protettivo e campagne di sensibilizzazione in questo senso andrebbero condotte in maniera più incisiva. Il tumore al seno nelle giovani donne deve rappresentare sicuramente oggetto di particolare attenzione sia per la comunità medica che per la popolazione generale in modo che, nonostante la sua bassa incidenza, non venga sottovalutato e sia resa possibile una diagnosi precoce ed una cura tempestiva.

Bibliografia

- Siegel R. *et al.* (2013), *Cancer Statistics*, *Ca Cancer J Clin*, 63: 11-30.
- I numeri del cancro in Italia 2013*, AIOM-AIRTUM 2013.
- Narod S.A. (2012), *Breast Cancer in young women*, *Nature Reviews Clinical Oncology*, 9: 460-470.

- Goldhirsch A. *et al.* (2013), *Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer 2013*, *Annals of Oncology*, 24: 2206-2223.



Il ginecologo ed il carcinoma della mammella

Angiolo Gadducci, Nora Lanfredini

Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia Universitaria ad Indirizzo Oncologico, Università di Pisa

Le problematiche del carcinoma mammario che coinvolgono maggiormente il ginecologo sono rappresentate da un lato dalla funzionalità ovarica e dal desiderio di procreazione di donne già trattate e apparentemente guarite per questa neoplasia (breast cancer survivors) e dall'altro dalla possibile insorgenza del tumore durante la gravidanza. (PABC: Pregnancy Associated Breast Cancer).

Breast cancer survivor: funzionalità ovarica e potenziale riproduttivo

Il numero sempre crescente di breast cancer survivors rende sempre più rilevanti le sequele endocrino-riproduttive del trattamento oncologico in termini di qualità di vita. Le alterazioni della funzionalità gonadica dipendono strettamente sia dall'età della donna sia dal tipo e dalla dose totale dei chemioterapici utilizzati, essendo gli agenti alchilanti quelli potenzialmente più tossici (1-7). Dato che il numero dei follicoli primordiali si riduce progressivamente durante la vita fertile, il rischio di insufficienza ovarica è tanto maggiore quanto più elevata è l'età della donna al momento della chemioterapia. L'incidenza di amenorrea da chemioterapia è circa il 10% nelle donne sotto i 35 anni, 50% in quelle tra 35 e 40 anni, ed oltre 85% in quelle di età superiore a 40 anni (5). I regimi di combinazione a base di antracicline si associano spesso ad un rischio più basso di amenorrea rispetto alla classica combinazione di ciclofosfamide+ methotrexate+ 5-fluorouracile (regime CMF), probabilmente per la più bassa dose cumulativa dell'alchilante ciclofosfamide (1,3). Nello studio di Okanami e coll. (7), comprendente 66 donne in pre-menopausa con carcinoma mammario trattate con regimi adiuvanti a base di antracicline o di antracicline + taxani, l'incidenza di amenorrea durante la chemioterapia e di amenorrea persistente dopo chemioterapia era più elevata nelle pazienti di età superiore ai 36 anni rispetto a quelle più giovani (97.9% versus 63.2%, e 27.7% versus 5.3%, rispettivamente).

Non vi è alcun trattamento standard per la protezione della funzione ovarica durante la chemioterapia. Gli agonisti del Gonadotropin-Releasing Hormone [GN-RH] sono stati ampiamente studiati da questo punto di vista sia in modelli animali (8) sia nell'uomo (9-13). Sebbene i dati in letteratura siano controversi, molti studi hanno riportato un più basso rischio di amenorrea a lungo termine in donne trattate con Gn-Rh agonisti associati alla chemioterapia rispetto a

quelle trattate con sola chemioterapia. Tuttavia la ripresa della normale ciclicità mestruale non si traduce necessariamente in preservazione della fertilità.

Prima di intraprendere la chemioterapia le donne giovani e desiderose di prole devono essere adeguatamente informate circa le moderne strategie di crioconservazione (di embrioni, di ovociti e di tessuto ovarico) disponibili per evitare il rischio di sterilità da chemioterapia, ed eventualmente devono essere inviate a centri specializzati in questo settore (14-16).

La maggior parte dei lavori riportano dati rassicuranti sulla evoluzione della gravidanza nelle breast cancer survivors e sullo stato di salute dei neonati che non sembrano avere sequele deleterie dal precedente trattamento oncologico (17-23). La letteratura medica non riporta alcun apparente aumento delle anomalie congenite, degli aborti, dei deficit di crescita intrauterina o dei parti pre-termine in queste donne rispetto alla popolazione ostetrica generale. La maggior parte degli studi hanno inoltre evidenziato che avere una successiva gravidanza non aumenta il rischio di recidiva e di morte nelle breast cancer survivors, ed è pertanto una opzione possibile almeno per le donne con malattia in stadio iniziale.

Carcinoma mammario in gravidanza (PABC)

Il PABC ha una incidenza variabile da 1: 3000 a 1: 10000 gravidanze, e rappresenta circa il 3% di tutti i casi di carcinoma mammario (24). Si è a lungo sostenuto che il PABC abbia una prognosi particolarmente sfavorevole, attribuita agli effetti mitogenici degli steroidi sessuali gravidici sul tessuto neoplastico (25,26). Il PABC viene spesso scoperto in stadio non iniziale, perché le modificazioni gravidiche della mammella possono rendere più difficoltosa la diagnosi. È pertanto consigliabile un accurato esame senologico durante la prima visita prenatale, quando i fenomeni ipertrofico-iperplastici del tessuto mammario sono ancora limitati. L'evidenziazione di una eventuale lesione deve portare ad una immediata definizione diagnostica. L'ecografia è la metodica di imaging di elezione, mentre la mammografia, pur fattibile con una idonea schermatura addominale, è spesso di difficile interpretazione ed ha una ridotta sensibilità per l'aumentata densità ghiandolare (26-28). Un nodulo mammario sospetto deve essere sottoposto ad accertamento istologico tramite biopsia. La stadiazione di un carcinoma deve comprendere la radiografia del torace con scher-

matura addominale e l'ecografia addomino-pelvica. La scintigrafia ossea e la tomografia computerizzata (TC) sono controindicate, mentre la risonanza magnetica nucleare (RMN) senza mezzo di contrasto (cerebrale, epatica, mirata su segmenti ossei) deve essere riservata a casi con forte sospetto clinico, nei quali la positività dell'esame modifica la strategia terapeutica immediata. L'utilizzo del gadolinio dovrebbe essere evitato perché questo mezzo di contrasto passa la placenta e i suoi effetti sul feto non sono ancora ben conosciuti. Non vi sono differenze significative tra le caratteristiche istologiche e biologiche del PABC e quelle del carcinoma mammario in giovani donne al di fuori della gravidanza, anche se i dati in letteratura non sono uniformi. Secondo la maggior parte degli Autori il PABC ha una prognosi sovrapponibile a quella della neoplasia in donne non gravide dopo correzione per età, stadio e stato linfonodale. Non vi è alcuna dimostrazione che l'interruzione di gravidanza migliori la prognosi, e previa discussione con la paziente, l'induzione dell'aborto dovrebbe essere presa in considerazione solo nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza comporti un ritardo significativo nell'uso della chemioterapia, soprattutto nel I trimestre (29). Dal momento che la morbilità neonatale è correlata alla prematurità, il parto se possibile, dovrebbe essere espletato dopo la 35-37 settimana.

La chirurgia è il trattamento primario del carcinoma della mammella operabile, che può essere effettuato in tutti i trimestri di gravidanza (26, 28-30). Nel primo trimestre il rischio di aborto o da danni fetali da anestesia è molto modesto. Lo stato gestazionale non modifica di per sé le indicazioni sul tipo di chirurgia (conservativa *versus* demolitiva). Tuttavia è ovvio che un PABC dopo la 20^a settimana può essere trattato con chirurgia conservativa e dilazionamento della radioterapia a dopo l'espletamento del parto, mentre una neoplasia in fase gestazionale più precoce, soprattutto nel primo trimestre, può essere meglio affrontata con una mastectomia radicale. La radioterapia è infatti controindicata durante la gestazione per i rischi fetali. La linfadenectomia sistematica è il trattamento standard dell'ascella, mentre la biopsia del linfonodo sentinella previa linfo-scintigrafia con tecnezio marcato (31), pur essendo già stata utilizzata con risultati soddisfacenti, è ancora ritenuta procedura sperimentale nelle linee guida della Società Italiana di Oncologia Medica (AIOM) (28).

Le indicazioni alla chemioterapia per il PACB dovrebbero essere sovrapponibili a quelle per il carcinoma mammario al di fuori della gravidanza. Vengono generalmente utilizzati schemi comprendenti an-

tracicline (5-fluorouracile+ doxorubicina o epirubicina+ ciclofosamide; doxorubicina o epirubicina+ ciclofosamide) (28-30). Vi sono dati relativamente scarsi sull'impiego dei taxani in gravidanza sia nel setting adiuvante sia in quello neoadiuvante, anche se non sono emersi effetti detrimentalmente per il feto (32,33). Recentemente è stata utilizzata con risultati promettenti l'epirubicina con schedula settimanale (34). La forte espressione placentare di glicoproteina-P sembra in grado di ridurre significativamente l'esposizione fetale alle antracicline e ai taxani (32). La chemioterapia è controindicata nel primo trimestre, ma può essere utilizzata con relativa sicurezza nel secondo e nel terzo trimestre. L'AIOM consiglia di non somministrare la chemioterapia prima della 14^a-16^a settimana, e di sospenderla dopo la 34^a-35^a settimana per consentire una adeguata ripresa midollare prima dell'espletamento del parto (28).

L'ormonoterapia e i farmaci a bersaglio molecolare anti-HER2 (trastuzumab e lapatinib) sono controindicati in gravidanza (29,30). Il tamoxifene si associa ad una aumentata incidenza di malformazioni genitali, mentre la terapia con trastuzumab o lapatinib comporta un aumentato rischio di oligo-idramnios, anidramnios e parto pretermine.

Conclusione

Il numero crescente di giovani donne trattate per carcinoma mammario renderà sempre più rilevanti le problematiche concernenti la preservazione della fertilità nelle scelte terapeutiche. Una successiva gravidanza non influenza negativamente la prognosi delle breast cancer survivors, e non si associa ad una aumentata incidenza di malformazioni congenite o di patologie gestazionali rispetto alla popolazione ostetrica generale.

L'algoritmo decisionale nel PABC si basa necessariamente su case report, studi caso-controllo e studi retrospettivi di coorte, dal momento che mancano dati di studi clinici randomizzati che del resto sono di difficilissima pianificazione in questo ambito clinico (24, 30,35,36). Il trattamento del PABC richiede un approccio multidisciplinare che tenga conto della presentazione clinica, dello stadio e della caratterizzazione biologica della malattia, dell'epoca gestazionale e delle priorità della donna. Quest'ultima deve essere coinvolta in ogni decisione terapeutica, previa una dettagliata spiegazione delle possibili opzioni di trattamento. È importante enfatizzare il ruolo di registri tumori specifici per migliorare le conoscenze sulla storia naturale e sull'approccio terapeutico del PABC.





Bibliografia

- (1) Bines J., Oleske D.M., Cobleigh M.A. (1996), *Ovarian function in premenopausal women treated with adjuvant chemotherapy for breast cancer*, J Clin Oncol, 14: 1718-1729.
- (2) Levine M.N., Bramwell V.H., Pritchard K.I. et al. (1998), *Randomized trial of intensive cyclophosphamide, epirubicin, and fluorouracil chemotherapy compared with cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in premenopausal women with node-positive breast cancer*, National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group, J Clin Oncol, 16: 2651-2658.
- (3) Minton S.E., Munster P.N. (2002), *Chemotherapy-induced amenorrhea and fertility in women undergoing adjuvant treatment for breast cancer*, Cancer Control, 9: 466-472.
- (4) Fornier M.N., Modi S., Panageas K.S. et al. (2005), *Incidence of chemotherapy-induced, long-term amenorrhea in patients with breast carcinoma age 40 years and younger after adjuvant anthracycline and taxane*, Cancer, 104: 1575-1579.
- (5) Petrek J.A., Naughton M.J., Case L.D. et al. (2006), *Incidence, time course, and determinants of menstrual bleeding after breast cancer treatment: a prospective study*, J Clin Oncol, 24: 1045-1051.
- (6) Tham Y.L., Sexton K., Weiss H. et al. (2007), *The rates of chemotherapy induced amenorrhea in patients treated with adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide followed by a taxane*, Am J Clin Oncol, 30: 126-132.
- (7) Okanami Y., Ito Y., Watanabe C. et al. (2011), *Incidence of chemotherapy induced amenorrhea in premenopausal patients with breast cancer following adjuvant anthracycline and taxane*, Breast Cancer, 18: 182-188.
- (8) Ataya K., Rao L.V., Lawrence E. et al. (1995), *Luteinizing hormone-releasing hormone agonist inhibits cyclophosphamide-induced ovarian follicular depletion in rhesus monkeys*, Biol Reprod, 52: 365-372.
- (9) Clowse M.E., Behera M.A., Anders C.K. et al. (2009), *Ovarian preservation by GnRH agonists during chemotherapy: a meta-analysis*, J Womens Health, 18: 311-319.
- (10) Del Mastro L., Boni L., Michelotti A. et al. (2011), *Effect of the gonadotropin-releasing hormone analogue triptorelin on the occurrence of chemotherapy-induced early menopause in premenopausal women with breast cancer: a randomized trial*, JAMA, 306: 269-276.
- (11) Chen H., Li J., Cui T. et al. (2011), *Adjuvant gonadotropin-releasing hormone analogues for the prevention of chemotherapy induced premature ovarian failure in premenopausal women*, Cochrane Database Syst Rev, 9: CD008018.
- (12) Wong M., O'Neill S., Walsh G. et al. (2013), *Goserelin with chemotherapy to preserve ovarian function in pre-menopausal women with early breast cancer: menstruation and pregnancy outcomes*, Ann Oncol, 24: 133-138.
- (13) Yang B., Shi W., Yang J. et al. (2013), *Concurrent treatment with gonadotropin-releasing hormone agonists for chemotherapy-induced ovarian damage in premenopausal women with breast cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials*, Breast, 5: S0960-76.
- (14) Oktem O., Oktay K. (2009), *Fertility preservation for breast cancer patients*, Semin Reprod Med, 27: 486-492.
- (15) Fabbri R., Vicenti R., Magnani V. et al. (2012), *Cryopreservation of ovarian tissue in breast cancer patients: 10 years of experience*, Future Oncol, 8: 1613-1619.
- (16) Berwanger A.L., Finet A., El Hachem H. et al. (2012), *New trends in female fertility preservation: in vitro maturation of oocytes*, Future Oncol, 8: 1567-1573.
- (17) Velentgas P., Daling J.R., Malone K.E. et al. (1999), *Pregnancy after breast carcinoma: outcomes and influence on mortality*, Cancer, 85: 2424-2432.
- (18) Gemignani M.L., Petrek J.A. (1999), *Pregnancy after breast cancer*, Cancer Control, 6: 272-276.
- (19) Sankila R., Heinavaara S., Hakulinen T. (1994), *Survival of breast cancer patients after subsequent term pregnancy: «healthy mother effect»*, Am J Obstet Gynecol, 170: 818-823.
- (20) von Schoultz E., Johansson H., Wilking N., Rutqvist L.E. (1995), *Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis*, J Clin Oncol, 13: 430-434.
- (21) Ives A., Saunders C., Bulsara M., Semmens J. (2007), *Pregnancy after breast cancer: population based study*, BMJ, 334: 194.
- (22) Gadducci A., Cosio S., Genazzani A.R. (2007), *Ovarian function and childbearing issues in breast cancer survivors*, Gynecol Endocrinol, 23: 625-631.
- (23) Gadducci A., Tana R., Sergiampietri C., Guiggi I. (2013), *Fertility outcome of breast cancer and Hodgkin's lymphoma female survivors: a growing clinical challenge for gynecologists and oncologists*, Gynecol Endocrinol, 29: 729-734.
- (24) Eedarapalli P., Jain S. (2006), *Breast cancer in pregnancy*, J. Obstet. Gynaecol., 26: 1-4.
- (25) Bonnier P., Romain S., Dilhuydy J.M. et al. (1997), *Influence of pregnancy on the outcome of breast cancer: a case-control study*, Societe Francaise de Senologie et de Pathologie Mammaire Study Group, Int. J. Cancer, 72: 720-727.
- (26) Gadducci A., Cosio S., Genazzani A.R. (2007), *Breast cancer in pregnancy: a real clinical challenge*, Reproductive Oncology 2007 (Fujimoto J. eds.), Research Signpost, Kerala, India: 1-17.

- (27) Nicklas A.H., Baker M.E. (2000), *Imaging strategies in the pregnant cancer patient*, Semin Oncol., 27: 623-632.
- (28) Linee Guida dell'Oncologia Italiana. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), 2012.
- (29) Franchi M., Raspagliesi F., Gadducci A., Ditto A. (2010), *Requisiti essenziali per il trattamento delle neoplasie ginecologiche*, Società Italiana di Oncologia Ginecologica (SIOG) EDITEAM gruppo Editoriale, Cento (FE).
- (30) Amant F., Loibl S., Neven P., Van Calsteren K. (2012), *Breast cancer in pregnancy*, Lancet, 379: 570-579.
- (31) Gentilini O., Cremonesi M., Toesca A. et al. (2010), *Sentinel lymph node biopsy in pregnant patients with breast cancer*, Eur J Nucl Med Mol Imaging, 37: 78-83.
- (32) Gadducci A., Cosio S., Fanucchi A. et al. (2003), *Chemotherapy with epirubicin and paclitaxel for breast cancer during pregnancy: case report and review of the literature*, Anticancer Res., 23: 5225-5229.
- (33) Mir O., Berveiller P., Goffinet F. et al. (2010), *Taxanes for breast cancer during pregnancy: a systematic review*, Ann Oncol., 21: 425-426.
- (34) Peccatori F.A., Azim H.A. Jr., Scarfone G. et al. (2009), *Weekly epirubicin in the treatment of gestational breast cancer (GBC)*, Breast Cancer Res Treat., 115: 591-594.
- (35) Pirvulescu C., Mau C., Schultz H. et al. (2012), *Breast Cancer during Pregnancy: An Interdisciplinary Approach in Our Institution*, Breast Care (Basel), 7: 311-314.
- (36) Amant F., Deckers S., Van Calsteren K. et al. (2010), *Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting*, Eur J Cancer, 46: 3158-316.

Il carcinoma della mammella nella donna giovane: il punto di vista dell'oncologo medico

16

Andrea Michelotti

UO Oncologia Medica I - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Il carcinoma della mammella nella donna giovane è quello che formalmente si manifesta entro il 35° anno d'età anche se in realtà le stesse peculiarità si mantengono ancora per pazienti di qualche anno maggiori. La comparsa del carcinoma mammario in età precoce costituisce a ragione un'entità a parte per le caratteristiche biologiche della malattia, per l'impatto che tale patologia ha sulla paziente in una fase molto attiva della sua vita, per le relazioni con gli altri membri della sua famiglia, per i rapporti nell'ambito del mondo del lavoro e in generale della vita di relazione. Anche da parte del medico il trattamento della donna giovane è particolarmente impegnativo per le conseguenze che la malattia o le cure pur necessarie producono sulla persona. Già oggi è possibile prospettare terapie chirurgiche meno invasive e comunque fin dall'inizio viene posto il problema di ottenere, a parità di cura, il miglior risultato dal punto di vista estetico. La radioterapia, altra modalità storica di trattamento, è in grado di fornire risultati ottimali con ridotti eventi avversi grazie alle più recenti innovazioni tecniche che permettono trattamenti più conservativi dei tessuti sani. Infine le terapie mediche, nonostante gli evidenti progressi sia in termine di cura che di tollerabilità, e pur orientate ad una cura la più persona-

lizzata possibile, sono ancora fonte di gravi problematiche. Mi riferisco alle chemioterapia che si caratterizza per alcune forme di tossicità ancora non completamente risolte. Prime tra tutte l'alopecia e tutte le problematiche legate alla fertilità. I trattamenti ormonoterapici, pur apparentemente gravati da una minore tossicità acuta, impattano per molti anni sulla vita delle giovani pazienti (almeno 5 anni) perché determinano, nel caso più favorevole, una prolungata alterazione della funzione ovarica, producendo gravi ripercussioni sulle condizioni di benessere generale e sulla vita sessuale più in particolare. Infine, l'acquisizione di conoscenze nell'ambito della genetica del carcinoma mammario, pone problemi ulteriori nel caso in cui si riconosca un'alterazione di questo tipo alla base della malattia. Tutto ciò deve essere ben presente al momento in cui si valuta per la prima volta una paziente operata di carcinoma della mammella.

La relazione con la paziente affetta da carcinoma mammario in generale e in particolare quella con la paziente giovane costituisce pertanto una delle condizioni più complesse per i medici oncologi che trattano questa patologia. Attualmente si cerca di potenziare al massimo la gestione multidisciplinare in modo da fornire il massimo risultato sotto tutti i punti

di vista, ma rimane comunque la necessità di integrare correttamente le varie competenze e normalmente questo compito è proprio dell'oncologo medico. Dal mio punto di vista alcuni aspetti sono più significativi nella relazione tra medico e paziente. Il primo è quello di chiarire alla paziente le motivazioni di terapie mediche che come abbiamo visto non sono prive di gravi tossicità. Generalmente la terminologia medica non è adeguata per far comprendere all'interessata il vantaggio di un trattamento precauzionale chemioterapico, ormonoterapico o con le più recenti terapie a bersaglio specifico. Nella mia esperienza risulta pertanto molto importante sviluppare un linguaggio chiaro che permetta realmente alla paziente di comprendere le motivazioni di un trattamento. Se nel caso della chirurgia il vantaggio è facilmente intuibile (la rimozione della malattia costituisce sicuramente un momento fondamentale della cura) e costituisce ancora l'evento più significativo almeno agli occhi della paziente, più difficile è riuscire a spiegare la necessità di sopportare gravi eventi avversi per un trattamento del quale possiamo dare solo un vantaggio in termini probabilistici. Mi sono sempre chiesto quale possa essere la reazione di una paziente quando spieghiamo che il rischio di ammalarsi nuovamente si riduce di una certa percentuale rispetto a nessun trattamento, in una paziente clinicamente guarita ma a rischio di recidiva, ovvero il senso della terapia precauzionale. Per quanto la terapia precauzionale costituisca uno dei motivi principali di aumento globale della sopravvivenza nelle pazienti affette da carcinoma mammario, molto diversa è la capacità di comprensione dello stesso fenomeno, da parte di quella singola persona già fortemente coinvolta dalla malattia. Far comprendere i vantaggi è a mio modo di vedere veramente fondamentale in quanto solo una collaborazione partecipata della paziente può permettere al meglio la cura.

Il controllo degli eventi avversi delle terapie antitumorali rappresenta ancora uno dei compiti più impegnativi per l'oncologo e soprattutto per la paziente. La chemioterapia è gravata da numerosi problemi ma certamente due sono quelli che caratterizzano maggiormente la paziente giovane: l'alopecia e la possibile perdita delle fertilità. L'alopecia costituisce un grave problema in tutte le età e in particolare nella giovane, in quanto modifica l'immagine di sé e complica gravemente la vita di relazione per molti mesi. La gravità di questo evento è ben nota agli oncologi e, nonostante tutto, fino ad oggi poco o niente è stato possibile fare per evitarla. Si tratta comunque di una tossicità reversibile e su questo cerchiamo di ap-



puntare l'attenzione delle pazienti. La possibilità di andare verso una perdita definitiva della fertilità causata dalla chemioterapia, costituisce a mio modo di vedere l'evento più grave nella paziente giovane. Con l'incremento dell'età media della prima gravidanza, talvolta la paziente non ha ancora avuto figli e questo può ulteriormente aggravare il problema. Per questo motivo un colloquio approfondito sulle problematiche della fertilità costituisce oggi un punto non eludibile nella gestione nella paziente giovane. Per questo abbiamo sviluppato in pratica protocolli di ricerca clinica, che hanno fornito indicazioni sul possibile ruolo preventivo di una terapia medica associata per ridurre il rischio di infertilità da chemioterapia. L'altra strada che si è sviluppata e costituisce già oggi una realtà già funzionante nell'ambito delle nostre attività è la creazione di un percorso accelerato e prioritario per giovani donne che prima di sottoporsi a cure di chemioterapia possono essere sottoposte a prelievo di ovociti che opportunamente conservati potranno poi permettere una successiva gravidanza. Oltre alla fertilità anche l'anticipazione della menopausa può causare gravi ripercussioni sulla qualità di vita delle pazienti giovani, per le ricadute fisiche (anticipazione dei problemi della menopausa) e di natura psicologica, oltre che sulla sfera sessuale della quale poco ancora conosciamo e che dovremmo approfondire nei prossimi anni attraverso studi clinici dedicati. Anche quando la chemioterapia non sia indicata l'utilizzo della sola ormonoterapia rappresenta un grave ostacolo ad una vita serena e piacevole. Tali trattamenti si protraggono per diversi anni e durante tutto il periodo possono indurre una temporanea soppressione della funzione ovarica e la necessità di procrastinare comunque il momento di una eventuale gravidanza.

Infine vorrei fare un breve accenno alle problematiche legate alla determinazione di eventuali alterazioni genetiche come causa di neoplasia mammaria e ai casi con forte familiarità. In questi casi la donna che generalmente è di giovane età (in genere le neoplasie su base genetica caratterizzano i pazienti più giovani) si trova ad affrontare oltre alla sua malattia il problema di essere portatrice di un gene mutato in grado di ripercuotersi sui figli oltre che su se stessa, attraverso una più alta probabilità di sviluppo di nuove neoplasie mammarie e/o ovariche. È di grande attualità la problematica della chirurgia profilattica (sulla mammella e sulle ovaie) alternativa alla programmazione di controlli clinici e strumentali molto frequenti in queste pazienti.

Con questo mio breve intervento ho voluto solamente cogliere alcuni degli aspetti, a mio parere più

significativi, attingendo alla mia esperienza di oncologo medico nel trattamento delle pazienti più giovani affette da carcinoma mammario. Penso che iniziative come questa possano servire a migliorare la co-

municazione e lo scambio con le nostre pazienti anche al di fuori dei classici canali istituzionali e ringrazio pertanto l'Associazione Senologica Internazionale per questa opportunità che mi è stata data.

Preservazione fertilità in pazienti con carcinoma della mammella

V. Cela, E. Casarosa, F. Pancetti, G. Simi

U.O. Ginecologia ed Ostetricia ad indirizzo Oncologico, Dipartimento Materno-Infantile, Università di Pisa, AOUP.

Percorso Infertilità e Procreazione Medicalmente Assistita



In Italia, si stima che nel 2011 siano stati diagnosticati 360.000 nuovi casi di tumore maligno, di cui circa 200.000 (56%) nel sesso maschile e circa 160.000 (44%) nel sesso femminile. Approssimativamente, il 3% del totale viene diagnosticato in pazienti con età inferiore a 40 anni (1). Tra i vari tipi di patologia tumorale che colpisce il sesso femminile, il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia con maggiore incidenza determinando ogni anno nuovi casi, di cui il 9% sono pazienti ancora in età fertile e desiderose di una gravidanza (2). Grazie ai progressi raggiunti nell'ambito delle terapie oncologiche, la prognosi della maggior parte dei tumori che affligge la popolazione giovanile è oggi in netto miglioramento, con tassi di sopravvivenza molto elevati (3). Per poter perseguire tali risultati, però, si rende spesso necessaria l'applicazione di strategie terapeutiche molto aggressive, che possono compromettere, talora in maniera permanente, la funzione riproduttiva (4). In considerazione dell'elevata percentuale di guarigione nei pazienti oncologici sia in età pediatrica che giovanile e della conseguente costante crescita della popolazione dei cosiddetti «cancer survivors», il tema della preservazione della fertilità ha assunto un crescente interesse, sia tra i pazienti, che tra gli oncologi e i ginecologi specialisti della riproduzione. Sempre di più si sta affermando la tendenza a considerare questo aspetto come una delle componenti essenziali per un approccio onnicomprensivo al trattamento del cancro (5). Tale esigenza ha guidato lo sviluppo delle diverse strategie per preservare la fertilità, al fine di rendere ancor più concreta la possibilità di associare, alla guarigione dal tumore, la miglior qualità di vita possibile ed una speranza riproduttiva.

L'infertilità è definita come l'incapacità di concepire dopo un anno di rapporti sessuali non protetti; quella da causa iatrogena è influenzata da molteplici

fattori che, a seconda dei casi, potranno determinare essere una compromissione temporanea della fertilità oppure da un'infertilità permanente.

La chemioterapia possiede un diverso rischio d'infertilità in rapporto a classe, dose e posologia («intensità di dose») del farmaco impiegato, nonché alla modalità di somministrazione (per via endovenosa od orale) ed all'eventuale uso combinato. L'ovaio è suscettibile ai danni indotti dalla chemioterapia ed il maggior rischio di infertilità iatrogena è associato agli agenti alchilanti, in particolare ciclofosfamide, ifosfamide, nitrosouree, clorambucil, melfalan, busulfan, procarbazine, carmustina, lomustina; altrettanto noto è l'effetto negativo di carboplatino e cisplatino, mentre sono associati ad un basso rischio farmaci quali metotrexate, fluorouracile, vincristina, vinblastina, bleomicina e dactinomicina (6). Studi istologici sull'ovaio umano hanno mostrato che il trattamento con chemioterapici causa atrofia ovarica e deplezione della riserva dei follicoli primordiali; ulteriori patterns di danno, evidenziati in ovaie di pazienti precedentemente esposte a chemioterapia, sono inoltre rappresentati da alterazioni a carico dei vasi sanguigni e da una fibrosi focale della corticale ovarica (7). Le radiazioni ionizzanti, utilizzate nelle radioterapie per patologia oncologica, provocano l'accumulo di danni al DNA delle cellule neoplastiche causandone la morte. Il grado di radiosensibilità non è uguale per tutti i tessuti; in ordine decrescente di radiosensibilità si descrivono: cellule proliferative del midollo osseo, cellule germinali, cellule basali dell'epidermide, mucose, connettivo, fegato, muscolo, osso, sistema nervoso. Il tessuto germinale è dunque tra i più radiosensibili dell'organismo.

Le indagini più adeguate per stimare la tossicità gonadica devono mirare alla valutazione dell'aspetto quantitativo della riserva ovarica, cioè il patrimonio

follicolare, ossia la potenzialità funzionale dell'ovaio data dal numero e dalla qualità degli ovociti in un dato momento. Esse sono rappresentate dai dosaggi ormonali gonadici (estrogeni, inibina B, ormone antimülleriano), sia gonadotropici (LH e FSH), dall'ecografia trans-vaginale per la conta dei follicoli pre-antrali.

La possibilità di preservare la propria fertilità dovrebbe essere offerta a tutte le pazienti in età riproduttiva alle quali venga diagnosticata una neoplasia curabile, ma con terapie potenzialmente gonadotossiche (8). Linee-guida dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) e dell'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) suggeriscono che tale aspetto andrebbe affrontato il prima possibile, subito dopo la diagnosi e la successiva stadiazione della malattia oncologica, così da avere a disposizione il tempo necessario per stabilire le migliori strategie di preservazione della fertilità, che variano a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva; in particolare risultano fondamentali fattori quali età e riserva ovarica della paziente, tipo di trattamento, diagnosi, presenza o meno di un partner, tempo a disposizione prima di iniziare la terapia e possibilità che la neoplasia abbia metastatizzato alle ovaie.

Trattamenti chirurgici «fertility-sparing» ed opzioni conservative dovrebbero ovviamente essere presi in considerazione ogni qualvolta sia possibile; la schermatura delle gonadi nell'irradiazione pelvica e la trasposizione ovarica (ooforopessi) possono essere sicuramente d'aiuto in questo senso (9).

Nei casi in cui siano necessarie terapie aggressive, invece, si potranno prendere in considerazione le varie tecniche di preservazione della fertilità femminile. Tali tecniche possono essere divise in sperimentali e non. Tra le tecniche sperimentali si annoverano la crioconservazione di ovociti immaturi e successiva maturazione in vitro e la crioconservazione di tessuto ovarico. Quest'ultima, negli ultimi anni, ha ottenuto notevole successo grazie anche ai primi risultati positivi in termini di gravidanze spontanee ottenute in donne sottoposte precedentemente a chemioterapia per patologia oncologica (10). Presenta vantaggi quali, non richiede la presenza di un partner, non necessita di una stimolazione ormonale e può essere effettuata in qualsiasi fase del ciclo mestruale, eliminando così la problematica legata alla posticipazione dell'inizio del trattamento chemioterapico o della radioterapia; offre, inoltre, importanti prospettive per preservare sia la funzione riproduttiva, che l'attività steroidogenica. Il numero di gravidanze ottenuto fino ad ora è comunque basso. I possibili svantaggi sono dovuti al fatto che la tecnica richiede un intervento chirurgico generalmente eseguito in via laparoscopica e anestesia generale. Da tenere in considerazione è anche il rischio, al momento del rimpianto del tessuto ovarico, di reintroduzione di malattia. Questo aspetto, tutt'ora in fase

di studio, fa sì che la tecnica sia ancora sperimentale.

Tra le tecniche standardizzate abbiamo la crioconservazione di ovociti e nel caso ci sia un partner la crioconservazione degli embrioni, comunque vietata in Italia dalla legge 40/04 (11).

La prima gravidanza ottenuta da un ovocita crioconservato è stata riportata nel 1986 (12). Questo approccio rappresenta un'importante strategia di preservazione della fertilità nei Paesi, come l'Italia, dove la crioconservazione dell'embrione è vietata, ma anche per quelle pazienti che per motivi etico-religiosi non accettano il congelamento degli embrioni; tale tecnica presenta, inoltre, il vantaggio di non richiedere la presenza di un partner al momento del trattamento. È indicata in pazienti che hanno la possibilità di rinviare la terapia anti-tumorale di 2-3 settimane e che hanno una riserva ovarica adeguata per il recupero di un numero sufficiente (8-15) di ovociti. La metodica prevede 3 fasi: una fase di *induzione della crescita follicolare multipla (stimolazione)*, mediante l'uso di gonadotropine, il prelievo ovocitario eco-guidato, e il congelamento degli ovociti prelevati di buona qualità ottenuti.

La durata della stimolazione può variare da 9 a 15 giorni, richiede un monitoraggio con ecografie transvaginali seriate (circa ogni 2-3 giorni) e possibilmente con dosaggi seriatati di 17-estradiolo e progesterone. Nei protocolli standard, l'induzione della crescita follicolare multipla inizia nei primi giorni della fase follicolare ed è quindi necessario attendere la comparsa del ciclo mestruale, cosa che in alcuni casi può ulteriormente ritardare l'inizio della terapia anti-tumorale; per le pazienti oncologiche, pertanto, sono stati proposti dei «protocolli di emergenza» che prevedono l'inizio della stimolazione in qualsiasi giorno del ciclo mestruale in cui si trovi la paziente al momento della decisione di intraprendere una preservazione della fertilità con congelamento ovocitario: nei pochi cicli finora effettuati con questo approccio, il recupero ovocitario ottenuto è stato buono (13) e paragonabile ai risultati ottenuti con cicli di stimolazione standard.

La stimolazione ovarica nelle pazienti oncologiche richiede particolare attenzione ed è oggetto di studio per trovare la combinazione ottimale con minor rischio per la paziente.

Le pazienti con tumori ormono-responsivi (mammella, endometrio) rappresentano, per il ginecologo della riproduzione assistita, oggetto di studio per le perplessità correlate, oltre che alla possibilità di dover rinviare l'inizio della terapia oncologica, all'eventuale rischio sull'evoluzione della malattia, legato agli elevati livelli di estradiolo a cui verrebbero esposte nella fase di stimolazione ovarica. Per questi casi sono stati sviluppati approcci alternativi di stimolazione ormonale utilizzando protocolli che prevedono l'inizio della terapia in qualsiasi fase del ciclo o l'impiego di farmaci a dosaggio bassi (protocolli «mild») o utilizzando farmaci ad attività anti-estrogenica, come il

tamoxifene o il letrozolo (un inibitore dell'aromatasi), così da ridurre il rischio potenziale di esposizione ad elevate concentrazioni di estrogeni (14). Convenzionalmente, la stimolazione ovarica per la crioconservazione di ovociti viene iniziata nella fase follicolare precoce, con l'idea che questo ottimizzi l'*outcome* clinico; ciò potrebbe richiedere 2-6 settimane, a seconda della fase del ciclo mestruale della donna al momento della pianificazione del trattamento. Aderire a questa convenzione, pertanto, può comportare un significativo ritardo nei trattamenti oncologici oppure la rinuncia alla preservazione della fertilità, a causa dei vincoli di tempo imposti dalla necessità di iniziare la terapia anti-tumorale il prima possibile. Pertanto, per i casi in cui non sia auspicabile attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la stimolazione, sono stati proposti protocolli di stimolazione *random-start* (15). In un piccolo studio prospettico multicentrico (n=40), è stato descritto un nuovo protocollo per le pazienti oncologiche che hanno iniziato la stimolazione ovarica durante la fase luteale del ciclo ovarico: tali pazienti hanno iniziato la procedura con un antagonista del GnRH per «down-regolare» l'ormone LH ed iniziare così la luteolisi; simultaneamente è stata iniziata la stimolazione follicolare solo mediante FSH ricombinante, evitando così l'attività dell'LH esogeno che avrebbe potuto ostacolare la luteolisi. Confrontato con pazienti oncologiche stimolate durante la fase follicolare (n=28), trattate con un protocollo *short* o «*flare up*» oppure con un protocollo con antagonista, il gruppo della fase luteale (n=12) riportava un numero simile di ovociti aspirati, di ovociti in metafase II (MII) ed un valore simile di tasso di fecondazione.

Il protocollo «mild» prevede l'utilizzo di un basso dosaggio (>150 UI) di gonadotropine. Massimizzare il numero di ovociti da crioconservare durante un ciclo di preservazione della fertilità è estremamente importante per incrementare le possibilità di una futura gravidanza. L'uso di alte dosi di gonadotropine, quindi, potrebbe essere una strategia per aumentare la resa di ovociti per ciclo. Uno studio ha confrontato i risultati ottenuti mediante l'impiego di un protocollo di stimolazione basato sull'uso dell'antagonista, per fecondazione in vitro (IVF) in pazienti con cancro, in un caso associato a basse dosi (150 UI di FSH), mentre nell'altro ad alte dosi (> 150 UI di FSH) di gonadotropine; sebbene il numero di follicoli di dimensioni maggiori di 17 mm sia risultato più



alto nel gruppo del protocollo con alte dosi, non si è dimostrata differenza nel numero di ovociti generati tra i due campioni (13).

L'utilizzo del Letrozolo nei cicli di stimolazione, è molto limitato, specialmente in Italia. È stato dimostrato, infatti, che esso agisce aumentando la risposta ai farmaci induttori dell'ovulazione sia con azione centrale che periferica; il suo utilizzo, inoltre, da solo o in associazione alle gonadotropine, riduce nettamente i livelli plasmatici di 17-estradiolo rispetto ai cicli stimolati convenzionali. In uno studio che confronta l'efficacia di un protocollo con Letrozolo più gonadotropine in pazienti con cancro della mammella ed il protocollo IVF standard in donne non oncologiche di pari età con infertilità dovuta al fattore tubarico, viene descritto che le pazienti con cancro mammario presentano livelli di E significativamente più bassi (16). Gli studi che hanno valutato l'effetto del Letrozolo sulla maturità e competenza degli ovociti hanno dimostrato che l'aggiunta del farmaco non modifica il numero di ovociti maturi recuperati ed i tassi di fecondazione (16). Il follow-up a breve termine delle pazienti con tumore mammario che sono state sottoposte a stimolazione ovarica con Letrozolo più gonadotropine per la preservazione della fertilità, non ha mostrato un aumentato rischio di recidiva del tumore mammario.

Con la stessa finalità è stato studiato l'utilizzo del Tamoxifene come induttore dell'ovulazione in pazienti con tumori estrogeno-dipendenti: questo farmaco ha dimostrato un'efficacia maggiore in termini di ottenimento di ovociti, embrioni e gravidanze rispetto ai cicli «naturali», ossia senza stimolazione. Inoltre, sebbene si osservi un aumento dei livelli estrogenici durante il trattamento, il Tamoxifene esercita contemporaneamente un'azione protettiva a livello mammario, inibendo la crescita cellulare mediante antagonismo competitivo a livello recettoriale (16).

Concludendo, lo specialista oncologo deve possedere le competenze che gli permettano di stimare il rischio di infertilità per ciascun trattamento e valutare quando tale rischio risulti sufficientemente elevato da dover ricorrere alla conservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie. In quest'ultimo caso, è indispensabile offrire ai pazienti un percorso privilegiato e rapido per la crioconservazione degli ovociti/tessuto ovarico, stabilendo una rete con centri di medicina della riproduzione* oppure organizzando un servizio di crioconservazione dei gameti collegato al servizio oncologico stesso.

* Un elenco dei centri riconosciuti si può trovare sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità. <http://www.iss.it/site/registropma/PUB/Centri/CentriPMA.aspx>



Bibliografia

- (1) AIOM-AIRTUM, *I numeri del cancro in Italia 2011*, Intermedia editore.
- (2) Jemal A., Siegel R., Ward E., Murray T., Xu J., Thun M.J. (2007), *Cancer statistics*, CA Cancer J Clin., 57 (1): 43-66.
- (3) Gatta G., Zigon G., Capocaccia R., Coebergh J.W., Desandes E., Kaatsch P., Pastore G., Peris-Bonet R., Stiller C.A. (2009), *Survival of European Children and Young Adults with Cancer Diagnosed 1995-2002*, European Journal of Cancer (Oxford, England 1990), 45 (6) (April): 992-1005.
- (4) Donnez J., Martinez-Madrid B., Jadoul P., Van Langendonck A., Demylle D., Dolmans M.-M. (2006), *Ovarian Tissue Cryopreservation and Transplantation: a Review*, Human Reproduction Update, 12 (5) (October): 519-535.
- (5) Diedrich K.B.C.J.M Fauser, Devroey P. (2011), *Cancer and Fertility: Strategies to Preserve Fertility*, Reproductive Biomedicine Online, 22 (3) (March), 232-248.
- (6) Longhi A., Macchiagodena M., Vitali G., Bacci G. (2003), *Fertility in Male Patients Treated with Neoadjuvant Chemotherapy for Osteosarcoma*, Journal of Pediatric Hematology/oncology, 25 (4) (April): 292-296.
- (7) Meirow D.J. Dor, Kaufman B., Shrim A., Rabinovici J., Schiff E., Raanani H., Levron J., Fridman E. (2007), *Cortical Fibrosis and Blood-vessels Damage in Human Ovaries Exposed to Chemotherapy. Potential Mechanisms of Ovarian Injury*, Human Reproduction (Oxford, England), 22 (6) (June): 1626-1633.
- (8) Demeestere I., Moffa F., Peccatori F., Poirot C., Shalom-Paz E. (2012), *Multiple Approaches for Individualized Fertility Protective Therapy in Cancer Patients*, Obstetrics and Gynecology International, 2012.
- (9) Wallace W., Hamish B., Anderson R.A., Irvine D.S. (2005), *Fertility Preservation for Young Patients with Cancer: Who Is at Risk and What Can Be Offered?*, The Lancet Oncology, 6 (4) (April).
- (10) Donnez J., Dolmans M.-M. (2010), *Cryopreservation and Transplantation of Ovarian Tissue*, Clinical Obstetrics and Gynecology, 53 (4) (December): 787-796.
- (11) *Mature Oocyte Cryopreservation: a Guideline*, 2013, Fertility and Sterility, 99 (1) (January): 37-43.
- (12) Chen C. (1986), *Pregnancy after Human Oocyte Cryopreservation*, Lancet, 1 (8486) (April 19): 884-886.
- (13) Sönmezer M., Türkçüoğlu I., Cokun U., Oktay K. (2011), *Random-start Controlled Ovarian Hyperstimulation for Emergency Fertility Preservation in Letrozole Cycles*, Fertility and Sterility, 95 (6) (May).
- (14) Kutluk K., Hourvitz A., Sahin G., Oktem O., Safro B., Cil A., Bang H. (2006), *Letrozole Reduces Estrogen and Gonadotropin Exposure in Women with Breast Cancer Undergoing Ovarian Stimulation before Chemotherapy*, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 91 (10) (October).
- (15) Von Wolff M., Montag M., Dittrich R., Denschlag D., Nawroth F., Lawrenz B. (2011), *Fertility preservation in women - a practical guide to preservation techniques and therapeutic strategies in breast cancer, Hodgkin's lymphoma and borderline ovarian tumours by the fertility preservation network FertiPRO-TEKT*, Archives of gynecology and obstetrics, 284 (2) (August): 427-435. doi:10.1007/s00404-011-1874-1.
- (16) Oktay K., Hourvitz A., Sahin G., Oktem O., Safro B., Cil A., Bang H. (2006), *Letrozole Reduces Estrogen and Gonadotropin Exposure in Women with Breast Cancer Undergoing Ovarian Stimulation before Chemotherapy*, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 91 (10) (October): 3885-3890.

Ritrovarsi inaspettatamente di fronte al nemico...: un sostegno nella gestione degli aspetti psicologici nella donna giovane con cancro della mammella



Valeria Camilleri

Medico psichiatra, vincitore di borsa di studio AOUP istituita con fondi ASI

Si occupa del supporto psicologico alle pazienti affette da carcinoma mammario presso il Centro senologico di Pisa

L'impatto psicologico della malattia oncologica è sempre forte, in tutte le persone, di tutte le età, di ogni genere, di ogni appartenenza sociale e religiosa.

Come si può sentire una donna di 30-40 anni che sta lavorando, studiando, che è innamorata, che pensa alla maternità o che ha una già una famiglia, di fronte a questo improvviso cambiamento di rotta?

Sono una giovane psichiatra, ho 38 anni. La strada verso i miei «sogni di bambina» è bella, dura, frenetica, piuttosto faticosa... Come reagirei al cancro? Che persona sarei ora se il cancro mi avesse colpito qualche anno fa?

Quando, all'inizio di quest'anno, ho cominciato a lavorare con le giovani donne con tumore al seno avevo il timore di essere «contagiata» da questa sofferenza, di identificarmi, soffrire troppo e non riuscire ad essere di aiuto. Ma sentivo anche un forte entusiasmo: avevo l'opportunità di ascoltarle, di aiutarle.

Ho una storia familiare di donne infelici, a momenti depresse, ma forti, che hanno trovato nella condivisione dei problemi, nelle risate insieme e nel sostegno reciproco la forza di andare avanti. Credo che questo imprinting di aiuto, solidarietà e condivisione tutta al femminile abbia fortemente condizionato sia la scelta di diventare una psicoterapeuta, sia la predisposizione a occuparmi specificamente del disagio femminile.

Ma come relazionarsi con una giovane donna malata di un tumore al seno? Certo la depressione, il «male oscuro» è terribile e può distruggere la tua vita, può portarti a desiderare di non vivere più. Ma il cancro, soprattutto quando hai 30 anni, ti colpisce alle spalle mentre stai vivendo e hai voglia di vivere. E più che mai parlare in termini di diagnosi, di terapie risulta riduttivo, insufficiente, inadeguato. Come si fa a comunicare a una donna giovane questa diagnosi e poi a darle un valido supporto nel far fronte allo sconvolgimento dei suoi progetti, degli equilibri sociali, lavorativi, familiari? In che modo si possono affrontare i bisogni temporaneamente o definitivamente fru-

strati (vita sentimentale, sessualità, maternità, immagine corporea)? Ed infine come si può promuovere l'espressione delle emozioni di paura, rabbia, disagio e aiutare questa donna a capire quando la sua reazione alla malattia non è fisiologica per l'entità dei sintomi e per la durata e necessità di un aiuto specialistico?

Credo fermamente che l'esigenza di creare un percorso di sostegno psicologico e psicoterapeutico dedicato, nel contesto di una breast unit, abbia l'obiettivo di rispondere a queste domande e di soddisfare questi bisogni.

Grazie all'istituzione di questo servizio dai primi di gennaio fino ad oggi ho incontrato oltre 60 donne, la maggior parte delle quali fra i 30 ed i 45 anni in un ambulatorio bi-settimanale.

Una buona percentuale di loro si è recata all'ambulatorio settimanalmente per 8-10 incontri, per un sostegno psicologico. Alcune hanno avuto anche bisogno di una terapia farmacologica, prevalentemente per gestire l'ansia, i sentimenti di angoscia e l'insonnia o patologie pregresse che si sono riacutizzate. Le visite si sono svolte, secondo l'indicazione dei chirurghi che le hanno inviate all'ambulatorio ed in base alle necessità specifiche delle singole donne, sia nel preoperatorio, sia nel post-; la maggior parte di loro sono state seguite in entrambe le fasi e possibilmente per tutta la durata del percorso.

Un ambulatorio dedicato deve anche avere un'ulteriore finalità che è quella di promuovere la ricerca, la valutazione e l'approfondimento delle conoscenze su quelli che sono i principali fattori di rischio per il disagio psicologico a scopo preventivo e questo è uno dei nostri attuali obiettivi. È ormai noto che una storia familiare o personale di ansia o depressione pregressa predispone la donna a sviluppare un disagio psicologico e ridotte capacità di adattamento al carcinoma. Ma anche la mancanza di un valido sostegno familiare, di un solido rapporto di coppia e della possibilità di condividere questa esperienza sono fattori di rischio altrettanto importanti. Un altro elemento

che pone la donna a maggior rischio di sofferenza emotiva è il suo rapporto con l'immagine corporea. Il seno rappresenta l'indiscusso simbolo della femminilità, della sessualità e della maternità e il cancro al seno colpisce una giovane donna in ciò che ha di più caro in termini di schema corporeo e di percezione e costruzione di sé. Questo aspetto è critico per tutte le donne, ma l'impressione è che le donne che avevano precedentemente problemi legati al rapporto con il proprio corpo abbiano meno strumenti per gestirlo.

Tornando all'esperienza svolta fino ad ora mi piacerebbe sottolineare alcuni aspetti.

La maggior parte delle donne, soprattutto durante i primi colloqui, ha avuto bisogno di parlare del periodo che sta vivendo, della reazione alla malattia, delle implicazioni che questo momento di vita ha avuto negli equilibri familiari e del significato che la malattia ha nella propria storia di vita. Questo significato è sempre personale e particolare, ma ci sono tanti punti di contatto.

Sicuramente ognuna reagisce in modo diverso alla malattia: alcune «forti» negando la patologia, altre con grande terrore, altre da «pazienti modello» che sanno già tutto, magari perché ci sono già passate o perché hanno avuto esperienze analoghe in familiari o amiche o semplicemente perché si sono documentate.

Hanno abbastanza frequentemente un'anamnesi positiva per depressione o ansia pregressa, perché questa è la fascia di età in cui queste patologie hanno i loro picchi di incidenza nella popolazione generale, ma la maggior parte di loro non ha mai effettuato terapie specifiche e in questa fase frequentemente la sintomatologia pregressa tende ad accentuarsi. Mi aspettavo un numero maggiore di problemi legati alla sessualità/immagine corporea; credo che questo dipenda dalla minore invasività delle procedure odierne e dalla competenza ed esperienza del personale di una breast unit, dedicato completamente alla donna con cancro mammario.

La maggioranza delle donne ha sottolineato questo aspetto e l'umanità, l'accoglienza, la professionalità e l'unicità di questo approccio multidisciplinare rispetto ad altre esperienze precedenti in campo medico-ospedaliero. Hanno sentito l'empatia, l'assunzione di responsabilità nei loro confronti. Una paziente mi ha commosso quando ha affermato che mai aveva avvertito in maniera così forte di sentirsi «protetta e sicura qualsiasi cosa succeda».

Un aspetto critico invece, è rappresentato dal fatto che il percorso diagnostico e terapeutico, molto meno traumatico che in passato, è però lungo e complesso per la necessità di approfondimenti numerosi

prima di poter giungere al tanto atteso eradicamento della malattia. Altra criticità è rappresentata dalla partecipazione attiva nelle decisioni da parte delle pazienti, che se deve essere considerata (e di solito questo accade) positivamente, ha però un impatto ansiogeno su alcune di loro, dubbiose sulle alternative terapeutiche: se la maggior parte delle donne sicuramente apprezza (a volte «pretende») questa compartecipazione ai processi decisionali, ve ne è tuttavia un'altra quota che entra in crisi perché preferirebbe non partecipare al processo decisionale ma trovarselo «calato dall'alto». Si tratta soprattutto delle donne con tratti temperamentali di panico/ipocondria e di rigidità ed ipercontrollo. Queste sentono di non poter/dover abbandonarsi completamente al medico, «stressano» le varie figure sanitarie con mille domande, sentono diverse opinioni (legittimamente, ma con il risultato spesso di ingenerare ancora più incertezza), dando luogo a cicli interpersonali negativi (sia nel rapporto intra-familiare che nel rapporto con il team sanitario).

Le donne ricercano in questo servizio soprattutto un luogo personale di ascolto, di elaborazione dell'esperienza, ma anche uno spazio terapeutico. Infatti scoprire di avere il cancro in fondo rappresenta un periodo, una «finestra» di grande consapevolezza e autoanalisi. Molte di loro per caratteristiche di personalità o di patologia precedente non avrebbero mai chiesto aiuto in un altro momento della loro vita. Ed infatti alcune hanno affermato che partecipare a questi incontri è stato un «regalo» (se così si può definire) che si sono concesse e affermano di voler usare questa opportunità psicoterapeutica per provare a smussare gli angoli, a gestire meglio alcuni aspetti che le hanno fatte soffrire da sempre, per promuovere dopo il trauma ed il lutto la loro fase di rinascita.

Vorrei concludere dicendo che questa è una delle esperienze più forti e più belle della mia vita professionale. Mi sorprendono la forza delle donne, la loro «apertura» e disponibilità al dialogo, la loro capacità di reagire, il grande spirito di aiuto reciproco, di comunicazione, di condivisione, in un momento così traumatico e sconvolgente. Per questo, un altro obiettivo di un servizio di supporto psicologico credo che debba essere l'organizzazione di gruppi terapeutici e a tale obiettivo stiamo lavorando.

La donna messa di fronte a questo nemico, il cancro, dimostra di essere concreta, di trovare la forza e la capacità (passati i momenti più critici) per pensare a chi la circonda, di salvaguardare e proteggere gli affetti e anche di aiutare le proprie «compagne di viaggio». Dopo tutto si sa che le donne hanno una marcia in più!



Tumore al seno, rapporto di coppia e sessualità

Cosima De Punzio Santoro

Prof. Associato in Ginecologia Oncologica, Università di Pisa

Qualche mese fa una mia paziente, che aveva subito da poco terapia chirurgica e medica per un tumore al seno, mi raccontava come il marito, padre dei suoi due figli, se ne fosse andato perché non riusciva ad affrontare con lei il dolore della malattia.

L'esperienza clinica ci conferma che questo comportamento dell'uomo non è un caso isolato e che riguarda più spesso le coppie giovani con figli.

I partners più fragili, e ce ne sono tanti, non reggono il trauma di una vita che cambia improvvisamente e che può presentare difficoltà enormi.

Così per la donna al danno si aggiunge la beffa.

Si intuisce dunque che, per parlare di sessualità dopo il tumore al seno, non si può prescindere dal prendere in esame il rapporto di coppia ed in esso inserire gli aspetti cognitivi, somatici ed emozionali della donna in prima persona e del partner di conseguenza.

Quando ti comunicano che hai un tumore al seno, ti crolla il mondo addosso, si scatenano in te stupore, angoscia, rabbia e, sembrerebbe impossibile, sensi di colpa. Lo stupore di essere stata «scelta» dalla malattia, l'angoscia del futuro: ci sarà? come sarà?, la rabbia per essere stata tradita e attaccata da quel corpo di cui ti fidavi e in cui ti sentivi bene.

Ti abbandonano la voglia di ridere, di essere bella, di essere donna che seduce, di stare con gli altri, di VIVERE. Perché il seno, che è l'organo relazionale per eccellenza nell'immaginario collettivo e nel tuo, l'organo con cui hai iniziato il primo contatto con i tuoi figli, che ti aiutava ad esprimere la tua immagine corporea, si è ammalato.

Il tempo che passa tra la diagnosi e l'intervento genera un vissuto di attesa e di cambiamento interiore, non sempre negativo. Si prendono in considerazione le cose più importanti della vita, si tende ad ascoltarsi di più e si spera di non essere in ritardo. Si cerca un dialogo con se stesse e con le persone care, cercando di capire cosa sta succedendo.

Le possibilità sono due: lasciarsi sopraffare dall'angoscia e rimanere paralizzati nell'attesa della diagnosi definitiva o trasformare il dolore in forza, come solo le donne sanno fare. Si può riflettere su ciò che conta veramente, ricordare gli altri dolori superati con coraggio e gestire la so-

fferenza per trasformarla in risorsa, come occasione per migliorare e cambiare le vecchie cose.

L'intervento rappresenta a questo punto la liberazione dal nemico, ma anche l'inizio del successivo lungo calvario dei controlli, del recupero del senso dell'integrità corporea ed emozionale, della lotta agli esiti della chirurgia, del completamento delle terapie chemioterapiche e radianti.

Il corpo è cambiato e, inizialmente, non importa quanto sia stata ampia la demolizione e come la eventuale ricostruzione sia stata efficace, l'impatto è sempre negativo. Ti vergogni comunque a farti vedere nuda, non ti piace più farti toccare, perché è cambiata la sensibilità e, il contatto in quella zona, ti provoca addirittura fastidio. Inoltre ti senti un po' in colpa di non essere più la stessa e di procurare tanti disagi anche agli altri.

Il partner può reagire in vario modo: dipende naturalmente da come era l'intesa di coppia in precedenza, dall'aiuto che riceve dai parenti e dagli amici. Gli operatori sanitari a loro volta sono consapevoli che non basta curare solo il corpo e che, grazie alla possibilità di avere a disposizione un'equipe multidisciplinare, possono inviare allo specialista più adatto a quella singola coppia per il trattamento più idoneo.

Nella coppia con complicità inattaccabile il recupero emotivo e sessuale è più semplice. La coppia dovrebbe riprendere subito l'attività sessuale e questa dovrebbe essere una primaria e importante raccomandazione medica.

Quando l'uomo non ha la forza necessaria per affrontare la malattia, rifiuta le paure e i bisogni della sua compagna, complicando ulteriormente i problemi. È vero però che anche per la donna gli ostacoli ad una buona ripresa dell'attività sessuale dopo un tumore al seno sono tanti. Si possono identificare in due gruppi di fattori: fisici e psicologici.

Tuttavia mentre per alcuni tumori della sfera genitale femminile, quali vulva e vagina, gli impedimenti fisici alla ripresa dell'attività sessuale possono essere davvero importanti, ma non irrimediabili, i postumi della terapia chirurgica e medica del tumore al seno provocano sintomi, che qui di seguito elencheremo con la



rispettiva terapia, che si possono alleviare efficacemente.

Localmente, per un periodo non troppo lungo, ci può essere dolore intorno alla ferita, dolore che si allevia con antidolorifici.

Nei casi in cui si presenti il linfedema del braccio omolaterale alla mammella operata, condizione che si potrebbe definire tra le conseguenze più pesanti, l'attenzione del medico deve essere immediata, per mettere in atto i migliori rimedi. Il quadro clinico e sintomatico migliorano spesso e con successo se si inizia subito un integratore, con ottime proprietà antiinfiammatorie se si assume ad alte dosi e per lunghi tempi: Diosmina+Esperidina. Il braccio deve essere protetto da traumi anche piccoli che diventino causa di infiammazioni o infezioni, sono indicati anche massaggi e fisioterapia.

Quando è necessaria chemioterapia e/o ormonoterapia insorge menopausa precoce iatrogena. Per le donne più giovani questa condizione rappresenta un vero trauma fisico e psicologico.

All'assenza del mestruo si aggiungono vampate di calore, insonnia, diminuzione della lubrificazione vaginale e affaticabilità (soprattutto durante la chemioterapia). Per curare l'ipotrofia vaginale, non potendo somministrare terapia estrogenica, si sostituisce questa con l'acido ialuronico per via locale e sistemica, oppure con il triticum vulgare+2-fenossietanolo per via locale. Nei casi più gravi, previo parere dell'oncologo, il Promestriene, estrogeno sintetico, che non supera la membrana basale, può essere davvero efficace usato per via vaginale. Contro le vampate si sono rivelati utili alcuni antidepressivi (Paroxetina, Venlafaxina) che stabilizzano il centro termoregolatore del-



la temperatura e curano contemporaneamente l'insonnia e la tristezza.

L'essermi inizialmente soffermata sui fattori psicologici trova giustificazione nel fatto che si ritiene siano proprio questi i maggiori impedimenti ad una buona ripresa della sessualità dopo l'intervento al seno.

Per le donne l'amore viene prima di tutto e difficilmente possono fare sesso se vengono a mancare le coccole, le tenerezze e l'attenzione del partner.

Nelle strategie terapeutiche, che si decidono per ogni donna subito dopo il «verdetto diagnostico», si dovrebbe includere l'attenzione al supporto alla coppia, mirato all'accettazione della malattia, alla comunicazione delle difficoltà dei due, all'elaborazione dei problemi.

Con il dialogo si potrebbe scoprire che per lui la parte estetica della malattia ha un impatto meno duro di quanto la donna immagini.

Il desiderio e la soddisfazione sessuale del resto, non sono legati necessariamente all'integrità del corpo. L'orgasmo non è vaginale o clitorideo: è una condizione mentale. Se la sessualità non viene ritenuta un dovere, ma un piacere, la coppia troverà un modo per renderla tale e viverla comunque bene e con pienezza.

La sfida inizia facendo in modo di non cadere nella trappola della depressione e dell'auto-commiserazione. Bisogna combattere, lasciarsi aiutare dai medici, dai gruppi di auto-aiuto e, perché no, dai farmaci, quando è necessario, che al momento opportuno diventano un altro sostegno per superare questo intervallo spiacevole di vita e per riuscire a vivere in pienezza il resto.

Le moderne tecnologie di screening, diagnosi e stadiazione del tumore del seno

Alberto Del Guerra

Professore di Fisica Medica, Dipartimento di Fisica, Università di Pisa

Esame di screening

L'autopalpazione del seno è il più antico e più utile esame per l'individuazione di anomalie morfologiche, che possono essere indice dell'insorgenza di una patologia tumorale. Tuttavia molti tipi di tumori non sono palpabili o, quando lo sono, sono già in stadio avanzato.

Lo screening mammografico è a tutt'oggi considerato il mezzo più adatto per la rivelazione precoce del tumore del seno a partire da un'età di 40-50 anni a seconda delle indicazioni mediche nelle varie nazioni. Come è ben noto tanto più precocemente viene rivelato il tumore, tanto maggiori sono le prospettive di cura con una sua completa guarigione. Lo screening

mammografico è una radiografia a bassissima dose della mammella, delicatamente compressa fino ad uno spessore di 3-5 cm, in modo tale da evidenziare variazioni di densità o piccole calcificazioni che possono essere indice di una formazione tumorale allo stato iniziale. La tecnica si fonda sul principio fisico di un maggiore assorbimento dei raggi X emessi dal tubo radiografico nell'attraversare materiale più denso. Questo produce un'immagine che è «meno illuminata» dai raggi X («più scura») in corrispondenza della zona di maggiore densità. Tutti i più moderni sistemi mammografici sono ora di tipo digitale, cioè l'immagine non viene più proposta su pellicola, ma appare direttamente su uno schermo, così da permettere al radiologo una valutazione più quantitativa, cioè una misura effettiva delle dimensioni e della variazione in densità della lesione sospetta, ed una più facile archiviazione su supporto digitale (ad esempio su CD) per future comparazioni in occasione di esami successivi. L'esame di screening è sempre bilaterale (cioè condotto su entrambe le mammelle) per evidenziare eventuali patologie per confronto tra i due seni.

Come tutte le indagini diagnostiche con raggi X, lo screening mammografico comporta una esposizione a radiazioni ionizzanti, cioè a sorgenti che possono essere esse stesse pericolose per l'individuo. Proprio perché lo screening è rivolto a tutta la popolazione femminile in una certa fascia d'età su base «asintomatica» (cioè in assenza di sintomi), la quantità di radiazione, cioè «la dose» rilasciata alla donna durante l'esame, è mantenuta a livelli minimi: in termini di rischio associato l'esame comporta un rischio considerato trascurabile. Per fornire un termine di paragone la dose che la donna riceve per una esame di screening mammografico (bilaterale e in doppia proiezione antero-posteriore), è circa pari a due volte la dose che una persona prende durante una trasvolata aerea da Pisa a New York e ritorno a causa della maggiore radiazione cosmica all'altezza di 10 km rispetto al livello del suolo.

Indagini diagnostiche conseguenti allo screening

Essendo un esame a «bassissima dose», lo screening mammografico spesso produce delle risposte chiamate «falsi positivi», cioè fornisce delle indicazioni di possibile esistenza di una lesione tumorale (da cui la parola «positivi»), che a seguito di indagini ulteriori si dimostrano non vere (da cui la parola «falsi»). D'altra parte il medico deve essere molto molto vigile ad ogni sia pur minimo indizio, quando c'è anche solo un «sospetto» di malignità. In questi casi si opera un «richiamo» della paziente e vengono effettuate indagini successive più accurate. A secondo della zona interessata spesso viene ripetuto l'esame mammografico, ma con una dose (rilascio di radiazione) maggiore per ottenere una immagine più netta e quindi per po-

ter definire meglio se la zona sospetta ha caratteristiche morfologiche maligne o benigne.

A completamento di questo esame mammografico ad alta definizione, cosiddetto di «tipo diagnostico», recentemente sono state introdotte Indagini di Risonanza Magnetica (RM), specifiche per la valutazione del tumore nel seno. La risonanza magnetica prevede sempre lo studio contemporaneo di entrambe le mammelle, in tutto il loro volume. Per valutare la mammella è d'obbligo l'utilizzo di mezzo di contrasto paramagnetico, che viene iniettato in una vena del braccio durante l'esame. Senza l'utilizzo del mezzo di contrasto non è possibile distinguere aree di mammella malata da quelle sane e tumori maligni da quelli benigni.

Una tipica indagine diagnostica successiva ad un richiamo» della paziente dopo lo screening mammografico è l'ecografia. Con questa metodica si caratterizza la zona del seno in cui si è riscontrata una qualche anomalia mediante l'uso degli «ultrasuoni» (Onde sonore ad alta frequenza, dello stesso tipo di quelle utilizzate in gravidanza per l'esame del feto e negli esami eco-doppler in cardiologia) per caratterizzare. Tale esame è eventualmente seguito da una biopsia con ago aspirato, guidata sempre da strumenti ecografici, durante la quale viene prelevato un campione di tessuto per l'esame istologico.

Da un punto di vista statistico negli Stati Uniti si stima che per ogni donna a cui viene individuato il tumore del seno nello stadio precoce con ottime possibilità di guarigione totale, circa un centinaio di donne vengano «richiamate» per indagini di approfondimento a seguito di «falsi positivi». Questo alto numero di «falsi positivi» (e quindi lo «stress psicologico» associato) è un pedaggio che le donne devono purtroppo pagare per essere garantite della individuazione precoce del tumore del seno.

Diagnosi e stadiazione del tumore del seno

È ben noto che non c'è un solo tipo di tumore al seno e prima di effettuare la terapia è necessario determinarne la sua estensione e diffusione, e la sua tipologia. A parte la già citata ripetizione dell'esame mammografico a più alta dose, la mammografia RM, l'ecografia e l'eventuale biopsia eco-guidata, i mezzi di indagine diagnostica ulteriore che possono essere utilizzati sono:

- Radiografia 2-D del torace per l'individuazione di eventuali metastasi (cioè diffusione secondarie del tumore) al livello polmonare;
- TC (Tomografia assiale Computerizzata) per l'esame tridimensionale con raggi X di parti del corpo che potrebbero essere interessate a processi di diffusione del tumore. La TC è una tecnica di «Imaging» diagnostico che utilizza dati elaborati dal calcolatore per produrre immagini tomografiche (dal greco «tómos», nel senso di «strato», e

«gráphó», scrivere) di specifiche aree del corpo o del corpo intero. Da una serie di immagini radiografiche prodotte da un tubo a raggi X in rotazione a spirale attorno al corpo viene ricostruita l'immagine tridimensionale (3-D) mediante un processo matematico. La TC è una metodica che come la radiografia convenzionale si basa sul diverso assorbimento dei raggi X a seconda della densità del mezzo attraversato: zone a più alta densità appaiono come macchie scure nella immagine 3D e possono essere correlate con regioni di tessuto interessate da lesioni tumorali. La TC è una tecnica più avanzata, più precisa e che fornisce quindi migliori informazioni diagnostiche rispetto ad una semplice radiografia 2-D. Tuttavia rilascia una maggiore quantità di dose ed è più costosa per il Sistema Sanitario Nazionale.

- Indagini di Medicina Nucleare, quali la scintigrafia ossea o la PET (Tomografia Emissione di Positroni), mediante le quali piccole dosi di sostanze radioattive, rivelabili con opportuna strumentazione quali la Gamma Camera o il tomografo PET, sono iniettate nel corpo del paziente. Tali sostanze («radiotraccianti») a seguito di processi biochimici si vanno prevalentemente a localizzare all'interno di cellule cancerogene, evidenziando ad esempio la presenza di metastasi ossee o di zone ad alto metabolismo, che possono essere indici di aree specifiche di sviluppo tumorale secondario.

L'attività di ricerca per lo sviluppo di tecniche sempre più mirate per la diagnosi e stadiazione del tumore del seno è molto attiva; numerosi gruppi di fisici, ingegneri, chimici e medici stanno mettendo a punto nuove metodiche, che sono tuttora sotto indagine e non sono ancora entrate nella clinica convenzionale. Tra queste è opportuno citare:

- La scintimammografia, mediante la quale con strumentazione sviluppata «ad hoc» si studia la diffusione nella mammella di opportune sostanze radioattive iniettate in vena. Il «radiotracciante» tipico utilizzato è il «sestamibi» marcato con l'isotopo $^{99}\text{Tc-m}$;
- La Tomosintesi, o mammografia 3-D, mediante la quale (a mammella compressa) vengono prese



diverse immagini mammografiche a varie angolazioni. Metodi matematici di ricostruzione delle immagini permettono di ottenere immagini 3-D della mammella in maniera analoga alla TC. La dose rilasciata alla paziente è più elevata rispetto ad una semplice mammografia, ma l'immagine 3-D consente una migliore localizzazione del tumore e facilita quindi l'ottimizzazione della terapia.

Tutti i metodi di «Imaging» diagnostico sono rivolti alla misura della lesione tumorale, alla valutazione dell'interessamento dei linfonodi ed alla localizzazione di eventuali metastasi in altri organi. Le informazioni ottenute concorrono assieme alla stadiazione del tumore mammario secondo il sistema di classificazione comunemente adottato, chiamato TNM, dove:

- T descrive le dimensioni della lesione tumorale: da 0 a 4, da una lesione non misurabile (T=0) ad una lesione maggiore di 5 cm di diametro (T=4);
- N descrive la diffusione del tumore ai linfonodi vicino alla mammella, con un valore da 0 a 3 a seconda della diffusione crescente;
- M assume un valore 0 oppure 1, a seconda che il tumore del seno non sia (T=0) o sia diffuso ad altri organi (T=1).

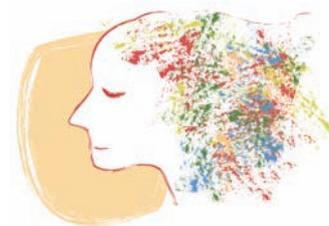
Il sistema TNM opportunamente codificato porta alla stadiazione del tumore al seno.

Conclusioni

Le varie tecniche diagnostiche di «imaging» che sono state brevemente illustrate sono estremamente importanti per una individuazione del tumore della mammella con prospettive quindi di cura ottimale e di remissione completa della patologia maligna. Infatti le varie forme di cura disponibile, dalla chirurgia conservativa, alla radioterapia, alla chemioterapia sono tanto più efficaci, quanto più la diagnosi è stata precoce.

Infine in questo breve articolo non è stato accennato ad importanti campi di prevenzione all'insorgenza del tumore mammario soprattutto per le donne che hanno una storia di familiarità con tale malattia, quali i test genetici, l'utilizzo di protettori chimici e soprattutto un corretto stile di vita.

Il coraggio di testimoniare la propria esperienza



Le testimonianze che vi proponiamo in questo numero sono quelle di due giovani donne, che hanno colpito e commosso i medici presenti al convegno «Fertilità della donna prima e dopo la malattia oncologica» (Pisa, 29 Ottobre 2012) portando non solo testimonianze di giovani pazienti, ma il naturale e comprensibile desiderio di riappropriarsi della propria femminilità. Si è aperto un canale di comunicazione tra l'aspetto medico e l'interiorità femminile che è fondamentale, è infatti il primo passo per stabilire un rapporto medico paziente basato sulla comprensione e sulla fiducia.

Federica

La nostra casa è grande. Il nostro sogno era vederla piena di bambini.

Non ci è stato concesso.

Avrei voluto che Alessandro non fosse solo, che avesse una compagnia, qualcuno su cui poter contare sempre.

Sarei stata una brava mamma, forse migliore di quella che sono.

Sento di avere tanto amore da dare, ma ora, purtroppo, spesso, si trasforma solo in lacrime. Alessandro ha un atteggiamento molto materno, sarebbe stato un bravo fratello maggiore.

Ringrazio Dio di averlo, e di avere avuto la possibilità di stare con lui. Più che io, lui avrebbe meritato di più, avrebbe meritato di non essere solo. E anche mio marito avrebbe meritato di avere la famiglia che desiderava.

Non ho potuto dare loro quello che desideravano e di cui avrebbero avuto bisogno. Questo è, forse, il mio più grande peso, insieme alla paura di perderli, insieme alla paura di ammalarmi di nuovo.

Ci sono giorni in cui vorrei non avere nessuno intorno, nessuno che mi vuole bene, così se dovessi ammalarmi di nuovo, nessuno soffrirebbe.



Sabrina

«Signora vada subito a fare la mammografia perché lei ha un tumore al seno!

Questa frase mi riecheggia ancora nella mente ogni volta che penso a come è iniziata questa mia seconda vita. Ma come? Ma a chi dice? Ma che dice?

Io..., io che non ho mai avuto niente, io che non sono mai stata all'ospedale, ma io non sento niente..., io sto bene. Io che voglio avere figli, io che devo lavorare, io che..., io che ho sempre programmato la mia vita..., io che devo raggiungere i miei obiettivi.

Dopo tutte queste domande subentra la paura, una morsa che ti stringe il cuore e che ti fa dire: la mia vita è finita, quanto dovrò soffrire, che cosa devo passare e per poi arrivare dove?... alla morte?

Ad una vita senza figli??? Come farò ad essere quella di prima? Come posso ancora programmare il mio futuro? E come posso ancora sognare?

Tutto questo fiume di domande si susseguono nella mente senza una sequenza logica, il pensiero va dall'angoscia e paura di quello che dovrà accadere, all'amarezza di ciò che non potrà più essere.

Per una ragazza giovane come me c'è un altro grandissimo problema... la famiglia: posso ancora avere dei figli? E quando? I tumori sono malattie devastanti ma lo sono ancor di più le cure che si devono affrontare.

Ogni visita che facevo, ad ogni dottore che incontravo, domandavo sempre se potevo avere dei figli se un giorno avessi potuto avere la gioia di sentir crescere una vita dentro di me.

In occasione di una delle tante visite ad una dottoressa rivolsi la solita domanda e lei guardandomi mi disse: «signora lei ha avuto un tumore! si rende conto? Io non penserei ai figli ma alla mia vita».

Quelle parole mi fecero precipitare a terra: mi aveva tolto anche l'ultimo spiraglio di luce nella mia vita.

Fortunatamente dopo ho incontrato altre persone, fornite di altra sensibilità che mi hanno sostenuta e seguita nella realizzazione del mio sogno: MIA FIGLIA!

Combattiamo il linfedema a colpi di pagaia

Irene Claudia Restuccia

Dottoressa magistrale in scienze e tecniche delle attività motorie preventive ed adattate

Un vero viaggio non è cercare nuove terre ma avere nuovi occhi.

Marcel Proust

Mi sono accostata alle donne che affrontano o superano un carcinoma al seno poco tempo fa, quando nella palestra dove svolgevo il mio tirocinio universitario si iniziò a parlare di un progetto che prevedeva il recupero di un'imbarcazione, il Dragon Boat, per svolgere un'attività sportiva dedicata alle donne. Il progetto era promosso dall'Associazione Senologica Internazionale e dall'Unità Operativa di Senologia insieme alla Canottieri Arno di Pisa, naturale alleata.

Mi appassionai a tal punto che decisi di scrivervi la mia tesi magistrale. In questo modo scoprii che la ricerca sui possibili benefici dell'attività motoria e il carcinoma mammario iniziò più di 20 anni fa e tutt'ora prosegue. È ormai largamente sostenuto il ruolo positivo che l'esercizio fisico svolge nella prevenzione del tumore al seno, durante le usuali terapie e a seguito dei trattamenti chirurgico, chemioterapico, radioterapico ecc.

L'attività fisica influenza la produzione e il metabolismo degli ormoni femminili, così come il bilancio energetico, fattori che risultano da diversi studi essere collegati ad un rischio di sviluppare carcinoma mammario più basso nelle donne fisicamente attive.

I numerosi trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) sottopongono la donna ad uno stato di affaticamento, debolezza e talvolta di depressione che si ripercuote in tutte le sfere della quotidianità. La pratica motoria si è rivelata essere un ottimo strumento per migliorare la forza, la capacità muscolare e l'energia fisica; per contrastare gli effetti collaterali di alcuni farmaci e terapie; per combattere il periodo post-trattamento descritto molte volte come triste e pieno di incertezze.

L'attività fisica adattata dopo intervento chirurgico alla mammella migliora il range di movimento, contrasta l'atrofia muscolare, attiva il muscolo scheletrico che garantisce un adeguato linfodrenaggio evitando in tal modo la comparsa del linfedema - un accumulo anormale di linfa dovuto ad anomalie a livello del sistema linfatico che può essere provocato dalla rimozione chirur-

gica dei linfonodi e si manifesta con gonfiore del braccio -, stimola il sistema immunitario e ripristina il tono simpatico dei vasi linfatici.

È importante che in un programma d'esercizio fisico personalizzato vengano curate la mobilizzazione degli arti superiori, del rachide cervicale e dorsale; si evitino l'instaurarsi di blocchi articolari, il manifestarsi di dolori cronici e di alterazioni della postura; si favorisca il deflusso linfatico attraverso la contrazione muscolare e si recuperi la funzionalità polmonare attraverso la ginnastica respiratoria.

Un recente studio fiorentino ha verificato l'impatto di uno specifico programma di esercizio fisico sulla mobilità degli arti superiori e sulla qualità di vita dopo malattia oncologica. I risultati hanno dimostrato l'efficacia di tale programma, appunto, nel ridurre i principali effetti negativi della chirurgia e della terapia oncologica e nel migliorare la mobilità della spalla-braccio e la qualità di vita.

Un'altra ricerca ha invece dimostrato che l'esercizio in acqua è fattibile per coloro che hanno concluso i trattamenti ma hanno sviluppato linfedema al braccio. L'esercizio fisico in acqua è infatti d'aiuto nel ridurre il linfedema e nel migliorare i movimenti degli arti superiori.

L'esercizio fisico può, altresì, rappresentare un adeguato intervento per ristabilire le sensazioni socio-emotive della donna durante o dopo la malattia oncologica in quanto il professionista dell'attività motoria adattata può coinvolgerla in attività ricreative a lei adattate, nel rispetto della sua individualità e personalità. Secondo numerose ricerche le donne che avevano affrontato un tumore al seno e si erano esercitate ai livelli raccomandati dall'ACS, American Cancer Society, (150 min/settimana) per almeno sei mesi, avevano maturato dei benefici psicosociali. Pertanto, è innegabile che tanto migliore sarà lo stato di benessere fisico, tanto prima e meglio sarà completato il processo psicologico di superamento dell'evento. Ovvero, il benessere psicologico è direttamen-



te proporzionale al benessere fisico: non avvertendo dolori e irrigidimenti all'articolazione né modificazioni al braccio, il trauma dell'intervento è destinato ad attenuarsi.

Effettuata la necessaria fisioterapia e un periodo di almeno sei mesi di attività fisica adattata specifica, l'avviamento allo sport delle donne operate al seno ha lo scopo di promuovere la salute della donna inserendola in un gruppo per condividere con le compagne le esperienze e le emozioni e allo stesso tempo condurre un'attività fisica ai livelli adeguati per mantenere e migliorare i benefici psico-fisici e sociali già acquisiti.

Perché il Dragon Boat?

Nel 1996 in Canada il Dr. Mckenzie insieme ad altri medici sportivi idearono il progetto «Abreast in a boat» per smentire la teoria, tradizionalmente sostenuta in ambito medico, che impegnare la parte superiore del corpo in attività sportive faticose fosse sconsigliato per evitare la formazione di linfedema. Venti-quattro furono le donne pioniere che, dopo intervento al seno, parteciparono ad allenamenti sul Dragon Boat, presentandosi successivamente all'International Dragon Boat Festival del giugno 1996 a Vancouver: nessuna delle partecipanti presentò linfedema.

L'attività sul Dragon Boat è un'attività impegnativa, caratterizzata da movimenti di tipo ciclico che coinvolgono grandi gruppi muscolari della parte superiore del corpo. Ciò, diversamente da quanto in precedenza sostenuto, garantendo un linfodrenaggio naturale favorisce la prevenzione del linfedema, grazie proprio al movimento ritmico e ciclico tipico della pagaia.

L'evento del 1996 si rivelò l'input per la diffusione di questa disciplina e per la formazione di più di cento equipaggi in tutto il mondo composti da donne operate di tumore al seno.

In Italia...

Dopo la presenza ai mondiali di Filadelfia nel 2001 e di Roma nel 2002, si è sviluppato in Italia il movimento delle «DONNE IN ROSA», rappresentate nella Federazione Italiana Dragon Boat (FIDB) da una Commissione Federale ad hoc. Il movimento è stato fondato e guidato da Orlanda Cappelli, già tamburina ed atleta della nazionale master, unica italiana ad aver partecipato ai mondiali di Roma 2002 co-



me ospite sull'equipaggio australiano delle «International Abreast». Si tratta di squadre di dragon boat formate da donne che hanno vissuto l'esperienza del tumore al seno (Breast Cancer Survivors) e hanno voglia di dimostrare che, aiutate anche dalla pratica sportiva, hanno superato i loro problemi e riacquisito la loro voglia e gioia di vivere.

Sono donne di età compresa tra i 30 e i 73 anni. La prima squadra nata in Italia è stata quella delle «Pink Butterfly» di Roma cui è seguita la squadra di Firenze, quella di Catania e lo scorso maggio 2012 è stato inaugurato il Dragon Boat a Pisa promosso dall'Associazione Senologica Internazionale e dall'Unità Operativa di Senologia di Pisa che hanno trovato nella Canottieri Arno l'alleata per la realizzazione del progetto.

Il Dragon Boat ...

L'imbarcazione del dragon boat è lunga 12,66 metri ed è provvista di una testa e di una coda a forma di drago. Questa è spinta da venti atlete, dieci a destra e dieci a sinistra, con pagaie semplici formate da pala, manico ed impugnatura della lunghezza variabile da 1,05 a 1,30 metri. Il ritmo della pagaia viene scandito attraverso un tamburo mentre il timoniere tiene la direzione con un remo lungo circa tre metri.

Le atlete siedono a coppie sulle panche l'una di fianco all'altra e spingono la barca avanti attraverso le pagaie.

La tecnica di guida del dragon boat è quella tipica degli sport di tipo ciclico, in cui i movimenti omogenei si trasformano l'uno nell'altro in maniera fluida. Lo svolgimento del movimento consiste in due fasi, fase principale costituita da attacco-trazione-uscita e fase aerea di preparazione dell'azione successiva.

L'attività sul Dragon Boat è per molti versanti un esercizio ideale e sicuro. Le donne acquisendo una buona tecnica di movimento possono ottenere una ragionevole quantità di massa muscolare e indurre gli adattamenti positivi nei sistemi muscolo-scheletrico e cardiovascolare.

È uno sport di squadra che costruisce armonia e senso di solidarietà, rappresenta un esercizio fisico esaltante che vuole trasmettere un messaggio di speranza, sostegno e coraggio.

Donne armatevi di pagaia e andate a conquistare la vostra libertà.



...prima di pagaiare...

Alcuni suggerimenti di Sonia Avolio, fisiatra e componente dell'equipaggio del Dragon Boat di Pisa

Nell'immediato post-operatorio, il primo nemico da combattere è il dolore proveniente dall'emitorace interessato, pertanto bisognerà eseguire lunghe e ed ampie inspirazioni seguite da lente e complete espirazioni. In qualsiasi momento o posizione, aprire e chiudere le mani ripetutamente, tenendo le braccia lungo i fianchi e i gomiti estesi.

Una volta a casa, bisognerà effettuare una serie di esercizi semplici, che si possono eseguire autonomamente, per poco tempo e tre volte al giorno, arrivando sulla soglia del dolore, per poi tornare alla posizione di partenza.

Ogni esercizio va effettuato arrivando al limite del movimento possibile, questo limite si sposterà ogni giorno.

Per ogni paziente verrà costruito uno schema riabilitativo personalizzato, con diverso tempo di progressione, tipologia e tempo degli esercizi, che risponde a queste domande:

Quando cominciare gli esercizi?

Quali esercizi e quante ripetizioni al giorno?

Quante volte al giorno?

Fino a quando continuare?

Quando programmare le visite fisiatriche?

In linea di massima, i primi esercizi da compiere saranno i seguenti:

- 1) In posizione seduta, con le braccia rilassate lungo i fianchi, ruotare le spalle in avanti, in alto, in dietro.
- 2) In posizione seduta, con le braccia rilassate lungo

i fianchi, piegare lentamente il collo da un lato e dall'altro, avvicinando l'orecchio alla spalla.

- 3) In posizione seduta, a mani giunte, portare le braccia sopra la testa con i gomiti estesi e da questa posizione far scivolare le mani dietro la nuca.
- 4) In piedi, intrecciare le dita dietro la schiena e stendere le braccia all'indietro.
- 5) In piedi di fronte alla parete, appoggiare le mani all'altezza delle spalle e far camminare le dita verso l'alto estendendo le braccia
- 6) Portare le mani alle spalle piegando i gomiti e far ruotare le braccia in entrambi i sensi.
- 7) Aprire le braccia e disegnare piccoli cerchi, in un senso e nell'altro.
- 8) Aprire le braccia e portarle in alto, chiudendo i palmi delle mani sopra la testa
- 9) Aprire le braccia con il palmo delle mani rivolto in fuori e immaginare di spingere verso l'esterno.
- 10) Alzare un braccio sopra la testa, inclinandosi con il tronco, da entrambi i lati.

Il nostro Dragone ci aspetta, ci aspetta tutte, perché TUTTE saremo in grado di vogare e di far parte di una meravigliosa squadra. I percorsi saranno diversi, alcune potranno accedervi subito dopo la prima fase di riabilitazione post chirurgica, altre dovranno seguire un iter di allenamento richiesto dalle condizioni generali, ma qualunque sia l'iter riabilitativo TUTTE le donne operate potranno, se vorranno, far parte della squadra di canottaggio... quindi essere in grado di pagaiare !



Orchidee d'Italia

Bruno Barsella

Le immagini che accompagnano vari articoli di questa rivista mostrano alcune orchidee selvatiche, o spontanee, cioè non coltivate dall'uomo. In Italia ce ne sono moltissime, di specie e sottospecie diverse che sono presenti dalle Alpi alle isole, con fioritura dalla primavera all'autunno inoltrato. Sono più piccole delle orchidee tropicali o di serra, ma la loro bellezza non è inferiore, come pure la perfezione e la complessità dell'apparato florale. A chi, incuriosito, volesse saperne di più e ammirarne molte altre, segnaliamo il libro «Orchidee d'Italia», a cura del G.I.R.O.S. Il G.I.R.O.S. è stato fondato nel 1995 da Paolo Liverani, un micologo e orchidologo faentino, assieme a un gruppo di amici romagnoli, emiliani e toscani. È diventato rapidamente un gruppo a livello nazionale e nel 2000 ha promosso un convegno internazionale, Orchis 2000, a San Zeno di Montagna sul Monte Baldo di Verona.

Pubblica dalla sua origine un notiziario periodico, ora quadrimestrale: GIROS Notizie.

32

Nel 2009, per i tipi della casa editrice Castello di Cornaredo (MI), ha pubblicato una guida alle orchidee spontanee italiane: Orchidee d'Italia. Guida alle orchidee spontanee. La prima edizione è già esaurita. Il G.I.R.O.S. ha già accordo con l'editore per una seconda edizione ampliata, riveduta e corretta che dovrebbe uscire alla fine del 2015.

Commento ad una fotografia

Ho scattato la foto che vorrei commentare (foto 1) in una brutta mattinata della primavera del 1998 in una località vicina a Santa Maria del Giudice (LU): uno dei due steli di orchidee (quello a destra) è una *Serapias neglecta* De Not., un endemismo ligure-toscano che posiziona geograficamente benissimo l'immagine. Lo stelo di sinistra e invece quello di una *Ophrys speculum* Link e questo dice che si tratta di una delle stazioni più settentrionali dell'areale di questa pianta.

Nel grande genere delle *Ophrys*, l'*Ophrys speculum* fa parte di un singolare terzetto: la specie più occidentale, denominata *Ophrys vernixia* Brot. (foto 2, la foto mi è stata inviata dal Portogallo da un amico, Miguel Porto) vive all'estremo est della penisola spagnola. *Ophrys speculum* Link è invece caratteristica del Mediterraneo centrale sia nella parte europea che in quella Africana ed è frequentissima nel sud dell'Italia e nelle isole. Il terzo componente del terzetto è invece la *Ophrys regis-ferdinandii* (Achtaroff & Kellner ex Renz) Buttler di cui mostro una foto (foto 3) da me fatta nel 2005 nell'isola di Chios. Questa specie è infatti distribuita genericamente nell'Egeo.

Nelle nostre zone l'incontro con *Ophrys speculum* è di solito abbastanza entusiasmante: specialmente al sole il labello di questa pianta, blu metallico brillante, appare molto più simile a un insetto, un coleottero ad esempio, che a un fiore. Poi, essendo al limite settentrionale dell'areale, ogni volta che lo si trova è una scoperta!



Foto 1



Foto 2



Foto 3

I sapori della tradizione

La Tajeddha

Tiziana Centonze



Questa è una ricetta salentina, tipicamente mediterranea, che unisce la semplicità degli ingredienti ai sapori del mare e della terra.

Piatto unico a base di riso, patate e cozze che ricorda un po' la Paella quale segno della dominazione spagnola (1600); minestra di vari ingredienti sovrapposti a crudo in strati distinti in una pirofila da infornare.

Ingredienti per 6 persone

kg 1,5 di cozze sgusciate (meglio a crudo), filtrare e conservare il liquido
2-3 cipolle tagliate a fette
5-6 patate tagliate a fette sottili
5-6 zucchine tagliate a rondelle
g 200 di riso crudo per cottura al forno
g 100 di pecorino grattugiato
q.b. pepe, sale, olio d'oliva, prezzemolo tritato, pangrattato

Ogni strato dovrà essere irrorato con olio e condito con sale, pepe, pecorino e prezzemolo. (non eccedere con il sale considerando la presenza delle cozze).



Esecuzione

Irrorare il fondo di una pirofila con olio e fare un primo strato con le cipolle, un secondo strato con le patate, un terzo con le zucchine. Ricoprire con le cozze (alcune possono mantenere mezzo guscio) coperte di abbondante riso. Ultimare con uno strato di zucchine e poi di patate. Versare lateralmente il liquido filtrato delle cozze e acqua fino all'ultimo strato di patate. Completare con una spolverata di pecorino, pangrattato e olio.

Appoggiare un foglio d'alluminio sulla pirofila (dovrà essere tenuto fino a metà cottura), infornare in forno caldo (180-200°) per un'ora abbondante. A fine cottura il liquido non dovrà essere presente.

Si consiglia di consumare questo piatto tiepido.

Vino

Salice salentino bianco. Questo vino trae il suo nome dal paese omonimo, a nord di Lecce, è un vino Doc il cui vitigno risale all'antica tradizione vinicola. Colore paglierino chiaro con riflessi verdolini. Odore delicato e vivace. Gradazione 11 gradi, va servito a 10 gradi.



Una gita a Bargino: un giorno «DI... VINO»

Edna Maria Ghobert



34

Il turista che, lasciata l'Autostrada A1, inizia il percorso che lo porterà a Siena si imbatte, ad una delle prime uscite, in un simpaticissimo paesino: Bargino, piccola frazione del Comune di San Casciano Val di Pesa.

La campagna circostante è colorata di varie sfumature di verde e si muove tra piccoli e dolci rilievi dove tutto profuma di genuino e l'occhio non si stanca di guardare, affamato di quello spettacolo così ricco di serenità e gioia.

È la zona dove si produce, tra l'altro, il Chianti Classico e tutto ci racconta la sua storia.

Dirigendoci verso Siena, lasciato Bargino ci si imbatte in una terrazza circondata da vigneti che a prima vista sembra un bellissimo punto di osservazione per godersi il panorama circostante, ma guardando più attentamente si scopre qualcosa di molto particolare ed insolito.

Si tratta infatti di una «cantina» che per volontà degli ideatori è tutta focalizzata sul legame profondo con la terra, forte di un bassissimo impatto ambientale.

Lo stupore ci coglie e per un attimo ci immobilizza.

Non c'è dubbio che si tratti di un'architettura innovativa nascosta tra ulivi, vigneti, lecci e querce,

pensata e voluta, quale fusione con il paesaggio, con l'intento di scomparire in esso, una cattedrale dedicata al vino, al vigneto, vero protagonista dell'opera, e tutto è rispettosamente piegato al suo cospetto.

Quest'opera nasce il 25 ottobre 2012 per volontà della famiglia Antinori che da ventisei generazioni si dedica alla produzione vinicola.

Le fonti storiche dicono che è Giovanni di Piero Antinori che inizia questa attività: nel 1385 entra infatti a far parte dell'Arte Fiorentina dei Vinattieri.

Altro aspetto molto particolare che caratterizza questa produzione consiste nel fatto che la famiglia



Antinori ha sempre gestito in prima persona questa attività, incrementata e potenziata nel tempo, senza mai perdere di vista, e per ciò rispettando, sia il territorio che le tradizioni.

Al turista non particolarmente competente nel ramo, e non solo, suscita sicuramente meraviglia e stupore apprendere che qui, tra l'altro, si effettua la vinificazione «per gravità» ricorrendo ad un metodo che traumatizza al minimo l'uva.

Come pure segno di estrema attenzione all'ambiente ed al paesaggio toscano sono i materiali usati per la costruzione di questo spettacolare complesso poiché sono quasi tutti di provenienza locale.

Il filo conduttore che guida la costruzione è portare il visitatore passo a passo a «vivere» la produzione del vino in tutte le sue fasi, accompagnando la visita con il «racconto» della terra da cui trae l'uva, le varie specificità e non ultima la storia della famiglia.

Originale a tale proposito è il Museo dove ci si imbatte nelle opere di Artisti di fama internazionale, inoltre, sul medesimo piano, si trova un modernissimo Auditorium interamente rivestito da legno di rovere che racconta la storia della costruzione della cantina.



La visita guidata, ricca di informazioni sia tecniche che di carattere generale, si conclude al negozio, giustamente definito la «bottega dei sapori» ed al ristorante, chiamato «Rinuccio» in onore del capostipite della famiglia, alloggiato sul tetto della cantina da cui si gode un panorama stupendo su questo incantato paesaggio chiantigiano.

Il tempo è volato tra le tante sensazioni piacevoli provate; godimento e cultura si sono fusi in questa occasione e ci hanno regalato stupore, ammirazione, note storiche e una grande gioia per il palato.



Letto per voi...

Liana Martinelli

Il libro di cui voglio parlarvi «Il mio nome è Nessuno-Il Giuramento» di Valerio Massimo Manfredi è la prima parte di un'opera dedicata alla figura di Ulisse o Odisseo, l'eroe che ha affascinato poeti e scrittori di tutti i tempi che ne hanno esaltato l'intelligenza, l'astuzia, la curiosità, le fragilità e nel quale molti di noi si sono identificati.

In questo libro Ulisse in prima persona racconta la propria infanzia, la giovinezza, l'incontro con Penelope ed Elena, gli eventi che preludono alla guerra di Troia o Ilio fino al lungo assedio e alla caduta della potente e gloriosa città. L'Iliade insomma, una bella e tragica storia dietro la quale probabilmente (quasi certamente) c'è una realtà di conquiste, colonie, avamposti commerciali. Ma mi piace pensare che le cose siano andate come Omero le ha narrate, «storie lontane come la luce delle stelle», magnifiche, e VMM ce le restituisce vicine e vive, tanto che non è sempre facile ritornare alla realtà dopo l'incanto. C'è Odisseo, la sua giovinezza nell'isola di Itaca. Quel mondo arcaico con la sua etica, la sua civiltà, viene evocato con una scrittura sempre agile capace di fotografare la vita quotidiana della piccola isola, una realtà non molto diversa dalla vita contadina di soli sessanta anni fa. C'è il viaggio di iniziazione, luoghi, immagini, profumi, splendori di città. C'è l'amore, «un sentimento umano che trasforma una donna mortale in una dea e rende eterna la sua bellezza e il suo incanto». Sfilano davanti a noi gli eroi dei miti, archetipi di tutti i sentimenti dell'umanità. C'è la nefandezza di Euristeo, figlia dell'avidità, la forza grandiosa, l'ingenuità e l'infelicità di Eracle, il valore di Achille, il suo cercare la gloria perché «quando moriamo tutto ciò che rimane è il nome... la gloria è l'unica luce dei morti», la sua irascibilità. Ancora risuona l'incipit dell'Iliade nella traduzione di Pindemonte «Cantami, o diva, del Pelide Achille l'ira funesta, che tanti lutti addusse agli Achei». C'è poi la saggezza di Nestore anziano re, l'arroganza e la prepotenza di Agamennone, e poi Penelope, moglie ed amante, ed Elena bellissima che è tutte le donne, forse innamorata di Odisseo, e

che sceglie Menelao perché rifiutata dall'eroe. Priamo, tragico nella sua debolezza, Ettore eroe puro, come Foscolo e la letteratura romantica ce lo hanno tramandato, Aiace Telamonio, l'eroe che non chiede niente a nessuno, nemmeno agli dei, si dà con generosità, per una sorta di imperativo morale, e niente ottiene e impazzisce. Molti altri personaggi ancora, che avevamo incontrati sui banchi di scuola e credevamo di avere dimenticati, ma erano solo assopiti. E ci sono gli dei impassibili che giocano con le vite umane e sopra a tutto, anche agli dei, il fato, che in un qualche modo giustifica gli uomini e le loro scelte e ne attenua così le colpe individuali. Poi c'è una guerra che pare priva di senso e nel racconto di questa guerra c'è la condanna di tutte le guerre. Nella descrizione di come Ilio appare ad Odisseo «Ilio sacra... splendida con le sue torri e le sue mura, con i palazzi e i santuari, le case a terrazze degradanti fino al vallo esterno...» c'è l'incanto della visione di questa superba città e ad un tempo la consapevolezza della fine di tanta bellezza, perché la vittoria si accompagnerà inevitabilmente a distruzioni, uccisioni crudeli, massacri, saccheggi. Nel racconto di VMM attraverso le parole di Ulisse traspare la condanna a qualunque guerra, che abitua a qualunque atrocità senza che il cuore inorridisca. Ogni vittoria lascia dietro di sé sempre dolori: Odisseo dice al giovane Eumelos mentre aspettano dentro al cavallo di entrare in Ilio «...ciò che vedrai e farai questa notte ti lascerà nel cuore una ferita profonda, un dolore insanabile perché ogni volta che ucciderai inermi in fuga, avversari già sconfitti, dispersi e annientati, anche una parte di te morirà...».

A me le belle storie piacciono tanto e questa è una bella storia che viene dal profondo passato e che VMM ci ha riproposto in questo libro. Aspetto di poter leggere il prosieguo, il viaggio di ritorno di Odisseo.

Abbiamo chiesto a VMM di scrivere per noi qualche cosa sulla genesi e sulle motivazioni di questo suo lavoro. Con estrema gentilezza ci ha risposto e ci ha mandato quanto riportiamo qui di seguito.



Non esiste di fatto un motivo specifico per cui un autore decide di scrivere una certa storia. In questo caso poi una storia che è stata recitata, poi scritta e letta infinite volte. La storia di un piccolo re di un arcipelago della Grecia occidentale che parte per combattere una guerra che non ha voluto ma che è deciso a vincere a tutti i costi, in un modo o nell'altro, per poter fare ritorno alla sua isola e alla sua famiglia. Sulla via del ritorno si perde, perde la flotta e l'esercito e dopo molte peripezie rimette piede in patria dove trova la casa invasa da giovani arroganti che insidiano la sua sposa. E fa un massacro.

Diciamo che questa avventura ha qualcosa di unico altrimenti non si spiegherebbe come il suo protagonista sia il personaggio letterario più fortunato di tutti i tempi: da Omero a Eugammon di Cirene, ai grandi tragici del V secolo, a Licofrone di Alessandria, a Virgilio, Dante, Pascoli, Tennyson, Kavafis, James Joyce.

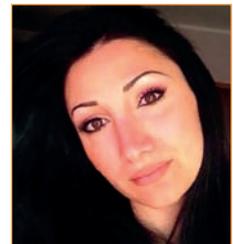
Ma perché un'altra volta? Si potrebbe rispondere che i classici sono tali in quanto riescono a parlare a ogni epoca e a ogni cultura ma per me è stata la scoperta di una quantità di non sequitur e di sottintesi presenti nel testo omerico e nei frammenti del ciclo che mi ha consentito di ricostruire una storia completa della vicenda dell'eroe dell'Odissea dalla nascita fino all'enigmatico ultimo viaggio: uno dei grandi misteri della Letteratura Universale.

Per me poi, nato e cresciuto in un piccolo centro rurale della valle padana il fascino dell'avventura e dell'esplorazione è sempre stato enorme. Il mio eroe è sempre stato lui, l'uomo dal pensiero complesso, dalla mente labirintica mai domo, capace di sfide temerarie ma anche di meschinità. Un uomo da tutti i punti di vista che è tutti noi e nessuno. Così disse al ciclope di chiamarsi «Nessuno è il mio nome, Nessuno mi chiamano padre e madre e tutti quanti i compagni». Un nome che è mistero, astuzia, enigma e ambiguità.

Si è molto dibattuto su quale sia l'identità di Odisseo in effetti: se si debbano considerare l'eroe dell'Iliade e quello dell'Odissea come la stessa persona o come una sorta di collage di due personaggi diversi. Ci sono risposte che forse un'opera letteraria può dare con maggior chiarezza che una pubblicazione scientifica perché l'epos è prima di tutto emozione. Per questo ho pensato che fosse venuto il momento di unificare il personaggio dalla sua nascita fino alla fine della guerra e poi attraverso l'avventura, il ritorno, la strage e di nuovo un viaggio che tanti hanno cercato di raccontare in modi diversi e che comunque tracima verso l'infinito.

VMM

... comunque belle



Anche nei momenti più difficili, quando lo specchio diventa un nemico e la nostra femminilità ci appare schiacciata da un'immagine che non vorremmo avere, ci dobbiamo ricordare della nostra personalità, di tutte le componenti che la formano, evidenziando il fatto che la nostra immagine è, comunque, un'immagine perché **la sostanza** è altrove ed abbiamo il dovere verso noi stesse di assegnarle il ruolo in primo piano che merita.

Attraverso la consapevolezza di ciò che siamo comprenderemo anche ciò che valiamo per noi, per i nostri compagni e per le nostre famiglie.



Lasciamo pure scendere qualche lacrima, ma non rinunciamo alla nostra femminilità, non rinunciamo ad essere donne che curano la propria persona per piacersi e per piacere. Così facendo toglieremo il cancro «dall'occhio di bue» dei nostri pensieri e lo metteremo, seppur in vista, al lato della nostra persona laddove lo terremo d'occhio, lo sorveglieremo, facendogli capire che abbiamo armi per combatterlo e che la sua aggressività non riuscirà ad abbattere la forza della nostra persona.

Poiché la malattia non ci deve impedire di curare il nostro corpo ci siamo rivolte alla nostra amica

Gohar che ci propone alcune semplici ricette per continuare ad avere cura del nostro aspetto.

In questo primo numero proponiamo uno scrub per il viso e per il corpo, un piling ed una maschera idratante e nutriente.

Scrub per il viso

Ingredienti:

½ cucchiaino di zucchero

1 cucchiaino di miele

(volendo si possono aggiungere 3 o 5 gocce di succo di limone e 5 gocce di glicerolo)

Mescolare il tutto ed applicare il composto sul viso con leggeri movimenti circolari dall'interno verso l'esterno per 5 minuti e lasciarlo senza massaggiare per altri 10 minuti. Lavare il viso con acqua tiepida e poi con acqua fredda.

Questo è uno scrub dolce e leggero per pelli sensibili.

Maschera idratante e nutriente

Ingredienti:

2 cucchiaini di miele

2 cucchiaini di succo di uva

In una ciotola di porcellana mescolare il miele e il succo di uva.

Impregnare una garza della composizione ottenuta e porla sul viso dove andrà tenuta per 10-15 minuti.

Sciacquare abbondantemente il viso con acqua fresca.

Piling e maschera con Aspirina

Ingredienti:

1 aspirina

1 cucchiaino di miele

Versare poco alla volta qualche goccia d'acqua sull'aspirina fino a scioglierla tutta. Aggiungere un cucchiaino di miele e mescolare bene.

Applicare sul viso per 10 minuti e massaggiare come fosse uno scrub. Sciacquare il viso con acqua fredda.

Questa maschera rimuove tutto il rossore e rende uniforme la pelle. Si consiglia di farla una volta alla settimana.

Scrub al sale per il corpo

Ingredienti:

1 tazza di sale grosso, possibilmente integrale

2-3 cucchiaini di olio (olio d'oliva, mandorle dolci o jojoba a piacere)

aggiungere a piacere qualche goccia di olio essenziale, per esempio di:

- citrus per tonificare
- neroli contro l'invecchiamento
- rosa per profumare
- lavanda per un effetto rilassante

- menta (energizzante, meglio non farlo alla sera)

Mescolare bene il tutto. Con una spugna o un guanto di cotone stendere il composto sul corpo asciutto o leggermente umido e fare il solito massaggio circolare, ricordando che le gambe vanno sempre massaggiate dal basso verso l'alto. Sciacquare poi con acqua tiepida senza alcun detergente. Per un effetto tonificante alternare getti di acqua calda e fredda e finire con acqua fredda.

Il sale, oltre all'effetto levigante, è efficace contro la cellulite e richiama in superficie le tossine. L'olio lascerà la pelle nutrita e morbida.



La vostra posta

Care Lettrici e cari Lettori,

dal prossimo numero la rivista dedicherà uno spazio alle vostre lettere.

Potrete, se volete, raccontarci le vostre esperienze, segnalare e raccontarci un libro che vi è particolarmente piaciuto o che vi ha aiutato a superare momenti difficili, segnalarci situazioni problematiche che eventualmente avete incontrato, fare domande e chiedere informazioni.

L'indirizzo e-mail a cui potete inviare la vostra posta è:

rivista.asi@gmail.com

Saremo lieti di ospitare le vostre richieste e le vostre impressioni e di rispondere alle vostre lettere.

Qualsiasi suggerimento che possa aiutarci a migliorare la rivista e renderla così meglio fruibile sarà per noi prezioso.

Anche il web può darci una mano. Alcune socie, navigando in rete, hanno trovato utili i seguenti siti che volentieri segnaliamo:

www.favo.it (Federazione Italiana Associazioni di Volontariato in Oncologia)

www.aimac.it (Associazione Italiana Malati di Cancro)

www.kousmine.net



