

Cancro della mammella

Tralasciando i dati generali d'incidenza sulla popolazione e le conoscenze inerenti la diagnostica corrente sia di screening che di valutazione clinica vediamo alcuni punti di criticità che secondo me andrebbero valutati meglio anche alla luce delle nuove conoscenze nell'ambito della biologia molecolare legate al cancro.

L'ago aspirato

Oggi, dopo il riscontro di un nodulo mammario con la diagnostica standard ecografica e mammografica, in caso di sospetto viene raccomandata è l'esecuzione dell'ago aspirato.

Questa procedura diagnostica, che era stata proposta inizialmente per i noduli profondi nel contesto della ghiandola mammaria, viene praticata su noduli superficiali, palpabili anche dalla stessa paziente e con immagini radiologiche ed ecografiche fortemente dubbie o certe per neoplasia.

La procedura così applicata snatura il suo intento iniziale. Inoltre l'ago-aspirato consente una certezza diagnostica pari al 50% e comunque in caso di positività impone l'asportazione chirurgica.

Alla luce di queste considerazioni ritengo che l'asportazione chirurgica, come prima scelta, vada presa in considerazione laddove il nodulo sia superficiale e la diagnostica per immagini lasci pochi dubbi, integrando magari le stesse con indagini ulteriori quali la RMN e la PET mammaria.

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nel sesso femminile. La sua incidenza presenta un incremento del 3% all'anno.

Il fattore prognostico più importante, per quanto riguarda la sopravvivenza globale, la sopravvivenza libera da malattia e la gestione terapeutica della paziente, è rappresentato dall'eventuale coinvolgimento dei linfonodi ascellari. Al momento attuale la metodica che permette di conoscere in maniera accurata lo stato linfonodale e l'individuazione del linfonodo sentinella a cui può seguire l'intervento di dissezione ascellare completa. Questa seconda tecnica in particolare espone le pazienti a tutta una serie di sequele post-chirurgiche importanti come il linfedema e la limitazione dei movimenti della spalla senza avere una reale ricaduta terapeutica.

È da sottolineare peraltro che una diagnosi precoce dovuta agli screening su larga scala consente oggi di riconoscere la malattia in stadi meno avanzati. Le statistiche riferiscono che il 75% di tutte le pazienti con carcinoma mammario sono al I° e II° stadio presentando un'assenza di linfonodi patologici stimata attorno al 25-30%.

La ricerca si sta muovendo con la messa in campo di nuove tecniche di imaging sostitutive alla dissezione ascellare, meno invasive ma altrettanto accurate, onde evitare un intervento inutile.

La PET con [18F]FDG può evidenziare la presenza sia d'interessamento linfonodale ascellare che della catena mammaria interna, che può essere maggiormente interessata nella patologia dei quadranti interni e non valutabile con la dissezione dei linfonodi ascellari, sia di metastasi a distanza (ossee, epatiche, ecc.).

Biopsie più ampie, non chirurgiche, possono avere la possibilità di una diagnosi istologica e non citologica consentendo una maggior caratterizzazione della neoplasia o addirittura, in casi in cui la lesione è piccola, la sua completa asportazione.

In ogni caso non si può ignorare, secondo i criteri della biologia molecolare a cui si ispirano le nuove terapie, che l'ago aspirato provochi un trauma diretto sul tumore con una attivazione intra-tumorale di processi di riparazione, tipici di ogni tessuto, con attivazione di meccanismi propri della progressione tumorale.

Bisognerebbe quindi suggerire l'ago aspirato o la biopsia non chirurgica solo in casi selezionati in cui l'approccio alla neoformazione non sia chirurgicamente agevole.

La diagnosi strumentale dell'organo

Oggi oltre alla procedura diagnostica ecografica e radiologica tradizionale (mammografia) ha preso campo la valutazione RMN da riservarsi a casi particolari, ma che in un futuro, con la sua esecuzione standardizzata, potrebbe ridurre la necessità di interventi diagnostici invasivi.

In questo senso vi sono già state indicazioni di metodo applicativo dal National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Si sta valutando, come già detto, l'impatto diagnostico della Tc-PET mammaria per il dato anatomico-funzionale. Ha il limite del volume che non deve essere inferiore ai 4.5 mm e la negatività di alcuni tipi istologici di tumore mammario anche se risulta utile per una valutazione più ampia.

Una metodica diagnostica ulteriore, in corso di valutazione, e che se ritenuta attendibile risulterebbe la più sensibile, è il trimprob già sperimentato in ambito urologico per il cancro della prostata.

La diagnosi strumentale generale

La paziente viene avviata all'atto chirurgico in molte occasioni, come si evince dalle cartelle cliniche, senza aver svolto tutti i controlli di stadiazione previsti per determinare se la malattia è confinata all'organo o meno, al di là dei linfonodi ascellari valutati, previa esecuzione della linfoscintigrafia, con individuazione del linfonodo sentinella in corso d'intervento o con altre tecniche.

Risulta quindi irrinunciabile almeno l'esecuzione della scintigrafia ossea, il dosaggio dei marcatori biologici come il ca 15.3 ed il C.E.A.

L'esecuzione della tac torace-addome-pelvi e cerebrale con mezzo di contrasto va valutata in virtù di un riscontro iniziale di malattia in fase più avanzata.

La terapia chirurgica

Oggi l'atteggiamento è quello sempre più conservativo. Si è passati da demolizioni ampie della ghiandola mammaria alla tumorectomia allargata per il nodulo singolo avendo dimostrato uguale dato a distanza di tempo in termini di eventuale ricaduta di malattia.

Nella neoplasia multifocale (più localizzazioni di malattia sulla stessa mammella) è raccomandata la mastectomia radicale. Oggi, in base alla distanza della neoformazione rispetto al capezzolo ed alla cute, si può attuare una mastectomia sottocutanea. Il risparmio del capezzolo, la cui asportazione viene vista dalla paziente come situazione ulteriormente invalidante, rappresenta un importante ulteriore passo avanti nel poter rendere meno invalidante questa grave patologia.

Inoltre per la possibilità di una ricostruzione estetica della ghiandola, grazie alle protesi sempre più tecnologiche, l'assenza del capezzolo non viene certo sostituita adeguatamente dai tatuaggi proposti in alternativa.

Il limite della mastectomia sottocutanea sta nell'obbligo di conservare, per evitare l'ischemia del capezzolo, una piccola porzione del tessuto mammario retroareolare che potrebbe essere in futuro sede di malattia, evento raro peraltro se preventivamente valutato.

Importanza del quadrante mammario interessato dalla malattia

Come visto dalla linfoscintigrafia l'interessamento dei quadranti interni della mammella può indurre localizzazioni secondarie nei linfonodi parasternali e mediastinici.

Una negatività dei linfonodi ascellari in neoplasia localizzata sui quadranti interni della mammella non è rassicurante anche in assenza del conforto linfoscintigrafico. (vedere quanto detto prima)

La terapia medica

Sempre meno viene applicata la chemioterapia classica come trattamento adiuvante del carcinoma mammario nei Centri di riferimento internazionali e nazionali. Uno studio della recettorialità della neoplasia ha aperto nuovi scenari terapeutici che vengono preferenzialmente scelti.

Anche nei casi di negatività dei classici recettori negli esami istologici oggi, ma non sono ancora routinari, possono essere individuati recettori che possiedono un potenziale impatto terapeutico come EGFR-IGFR-VEGFR meglio tipizzabili in futuro con la parallela valutazione del gene profile

La chemioterapia, riservata ai casi di malattia avanzata o ricaduta, deve essere seguita, se ha ottenuto un risultato positivo, da un trattamento farmacologico continuativo praticabile; ecco quindi l'importanza della identificazione recettoriale che può individuare una terapia con le caratteristiche suddette.

Nella malattia recidiva la chemioterapia non rappresenta una terapia risolutiva ma solo un tentativo temporalmente limitato di cronicizzazione, con statistiche che riferiscono sopravvivenze mediane di 24 mesi. Per altre tipologie di terapia il dato è ancora in corso di verifica.

Le terapie mediche citoreduttive pre-operatorie spostano di poco la possibilità di ricaduta di malattia. Rappresentano solo una modalità per praticare un intervento chirurgico con finalità palliative.

[\(Vedi su schemi terapeutici PICURO le modalità di applicazione della mia terapia - Picuro5\)](#)