



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO



GUIDA PER LA PAZIENTE CON NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

www.policlinicocampusbiomedico.it

GUIDA PER LA PAZIENTE CON NEOPLASIA DELLA MAMMELLA



Introduzione

Questa guida intende offrire alle donne candidate ad intervento chirurgico della mammella le informazioni necessarie per una migliore comprensione del tipo di intervento a cui verranno sottoposte e per la gestione del periodo postoperatorio.

La Breast Unit (unità multidisciplinare specializzata nel percorso di cura delle neoplasie del seno) del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico si pone come obiettivo quello di seguire da vicino la donna in questo percorso affinché lo viva con la maggiore serenità possibile.

Composizione della Breast Unit

I professionisti sanitari che compongono la Breast Unit sono specialisti in: chirurgia senologica, radiologia, anatomia patologica, oncologia medica, radioterapia, medicina nucleare, fisioterapia e riabilitazione, chirurgia plastica e ricostruttiva, genetica medica oncologica, psico-oncologia; l'infermiera "case manager" accompagnerà la paziente durante tutto il percorso, dalla diagnosi alla cura, coordinando i vari passaggi pianificati dagli specialisti.

LA VISITA CHIRURGICA SENOLOGICA

LA PREOSPEDALIZZAZIONE

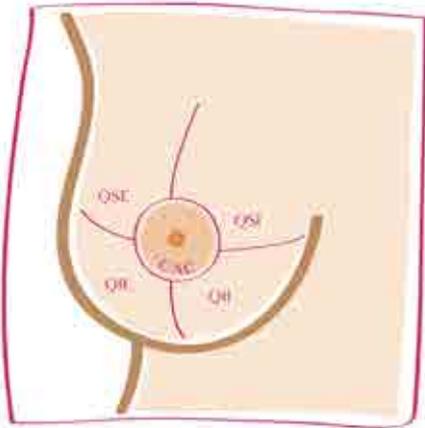
Il chirurgo senologo prende in carico la paziente dall'esordio della malattia, valutando le eventuali patologie associate prende visione di tutti gli esami strumentali e porta in discussione il caso al Meeting Multidisciplinare.

In questa fase possono essere prescritti ulteriori accertamenti per definire con esattezza la diagnosi e la tipologia di intervento più adatta al singolo caso.

In fase di preospedalizzazione la paziente viene sottoposta ad esami ematici, elettrocardiogramma e radiografia del torace (laddove necessario); seguono la visita con il chirurgo senologo e l'anestesista, il quale, valutate le condizioni della paziente, può dare il nulla osta all'intervento o prescrivere consulenze con altri specialisti per approfondire eventuali comorbidità.

QUADRANTECTOMIA

La quadrantectomia è un intervento chirurgico che prevede la resezione parziale della mammella; il tessuto che viene asportato comprende sia la lesione che una porzione di tessuto sano circostante.



Divisione del seno in quattro quadranti:

- QSE: quadrante superiore destro
- QIE: quadrante inferiore esterno
- QSI: quadrante superiore interno
- QII: quadrante inferiore interno
- CAC: complesso areola-capezzolo

Dopo la dimissione vengono programmati gli appuntamenti per le medicazioni che, rientrando nel contesto dell'atto chirurgico, non necessitano di alcuna impegnativa aggiuntiva.

La quadrantectomia viene solitamente associata ad un rimodellamento della ghiandola al fine di ottenere un risultato estetico migliore.

In alcuni casi è previsto il posizionamento di alcune clips in titanio che hanno la funzione di permettere un più mirato trattamento radioterapico. Le clips sono di materiale atossico e amagnetico e non interferiscono con gli esami di risonanza magnetica o altre situazioni in cui è importante rilevare la presenza di metalli.

Viene prescritto l'uso di un reggiseno compressivo di tipo sportivo, di colore bianco, per almeno 30 giorni dopo l'intervento.



MASTECTOMIA

La mastectomia è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria. Ci sono varie tipologie:

- **Totale:** asportazione ampia di cute mammaria, areola e capezzolo
- **Skin-sparing:** asportazione ridotta di cute comprendente comunque areola e capezzolo
- **Nipple-sparing:** asportazione che conserva areola e capezzolo previa biopsia di controllo intraoperatoria del tessuto ghiandolare retroareolare che confermi l'assenza di malattia residua.

L'intervento di mastectomia può prevedere l'inserimento di protesi definitiva o di un espansore (protesi provvisoria) da parte del chirurgo plastico.

Questa tipologia di intervento prevede il posizionamento di drenaggi che la paziente manterrà per alcuni giorni anche dopo la dimissione; sarà cura dell'infermiera case manager o dell'infermiere di reparto istruire la paziente e i familiari sulla corretta gestione degli stessi (vedi in seguito).

Dopo la dimissione vengono programmati gli appuntamenti per le medicazioni che, rientrando nel contesto dell'atto chirurgico, non necessitano di alcuna impegnativa aggiuntiva.

LINFONODO SENTINELLA E LINFOSCINTIGRAFIA

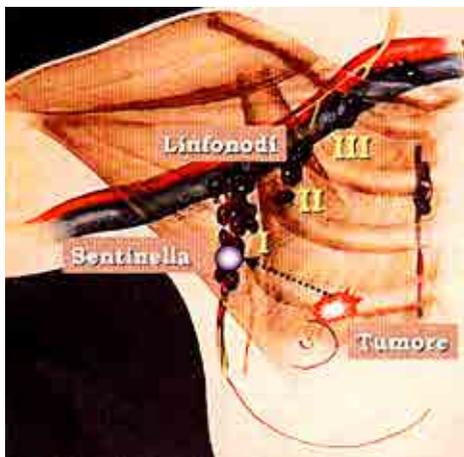
Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo ascellare (o gruppo di linfonodi) che riceve la linfa proveniente dal tumore e quindi il primo organo che potrebbe essere interessato da cellule neoplastiche trasportate per via linfatica.

Il linfonodo sentinella viene individuato mediante la linfoscintigrafia, un esame che prevede l'iniezione di un liquido debolmente radioattivo, a livello mammario nella sede

del tumore; tale sostanza viene drenata dal sistema linfatico fino ad arrivare ai linfonodi ascellari. Il linfonodo che diventa 'radioattivo' viene localizzato prima dell'intervento attraverso la linfoscintigrafia.

Se il linfonodo sentinella non è interessato non è necessario procedere con l'asportazione chirurgica degli altri linfonodi; in caso di presenza di malattia si procede, nella maggior parte dei casi, all'asportazione chirurgica di tutti i linfonodi ascellari (I e II livello).

Per l'esecuzione dell'esame, la paziente viene inviata in un centro di riferimento che collabora con la nostra unità operativa.



DISSEZIONE ASCELLARE ED EFFETTI COLLATERALI

L'asportazione del grasso ascellare e dei linfonodi ivi presenti è necessaria in caso di linfonodo sentinella positivo o nel caso in cui il tumore sia di grandi dimensioni.

Gli effetti collaterali della dissezione possono prevedere un'alterazione della sensibilità della parte interna del braccio e un gonfiore (linfedema) dello stesso, non essendo più presente il fisiologico sistema di drenaggio della linfa.

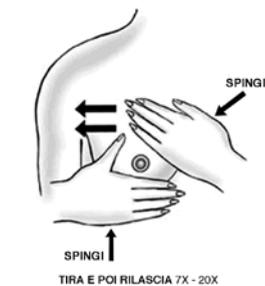
Durante il primo mese, il braccio interessato non deve essere sottoposto a sforzi prolungati o lavori pesanti; successivamente si può iniziare gradualmente un programma di attività fisica che favorisca la circolazione venosa e linfatica.

Va evitato il trasporto di pesi dal lato operato ed inoltre:

- i prelievi ematici o terapie endovenose;
- la misurazione della pressione arteriosa;
- l'eccessiva esposizione al calore o al freddo;
- gli indumenti stretti, bracciali;
- i traumi dell'arto dal lato operato che possono causare infezioni.

LA CONSULENZA FISIATRICA

A seguito di un intervento chirurgico che preveda l'asportazione dei linfonodi ascellari, può essere necessaria una consulenza fisiatrice.



Un lieve e transitorio aumento di volume della mano o del braccio può comparire subito dopo l'intervento chirurgico; in genere scompare con la ripresa di una moderata attività di esercizio fisico.

Il linfedema è una complicanza che può insorgere a distanza di tempo (anche molti anni) dall'intervento.

Si consiglia di tenere l'arto sollevato con dei cuscini in modo da favorire lo svuotamento linfatico.

La visita fisiatrice indirizza la paziente verso la terapia più adatta a seconda dei casi: il drenaggio linfatico manuale, la pressoterapia, l'impiego di bendaggi e guaine elastiche,

gli esercizi che migliorano la circolazione favorendo il ritorno venoso e linfatico.

LA RICOSTRUZIONE DELLA MAMMELLA

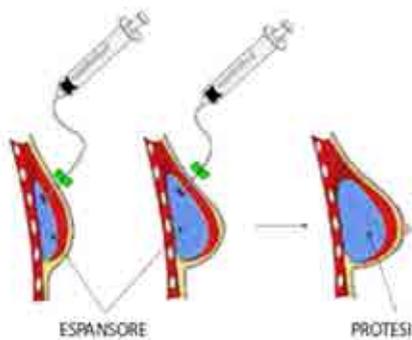
Un aspetto fondamentale per la donna che subisce un intervento alla mammella è la procedura di ricostruzione. È importante tenere presente che il risultato finale, a seguito di interventi di questo tipo, non può essere messo a confronto con ricostruzioni effettuate per motivi puramente estetici.

A seguito di una quadrantectomia non vengono inserite protesi ma viene rimodellato il tessuto esistente.

A seguito della mastectomia, la tipologia di ricostruzione più utilizzata è quella “eterologa” che prevede l’inserimento di un corpo estraneo (espansore o protesi definitiva). È utile sapere che in alcuni casi potrà essere necessario ricostruire il seno con i propri tessuti (ricostruzione autologa), questi vengono prelevati il più delle volte dalla regione dorsale o da quella addominale.

RICOSTRUZIONE CON POSIZIONAMENTO DI ESPANSORE

L’espansore è un presidio che permette di aumentare la disponibilità ed elasticità di cute e muscoli pettorali che altrimenti non sarebbero sufficienti a garantire l’impianto di una protesi definitiva; lo scopo è quello di distendere progressivamente i tessuti.



È una protesi che, periodicamente, viene riempita con soluzione fisiologica attraverso una valvola magnetica situata all’interno del dispositivo. L’espansore è un dispositivo temporaneo che viene sostituito successivamente con la protesi definitiva.

RICOSTRUZIONE CON PROTESI DEFINITIVA

Questa tecnica viene limitata a casi particolari di conformazione mammaria qualora la cute ed i muscoli pettorali siano in condizione tale da coprire adeguatamente la protesi.

Laddove necessario si può programmare un rimodellamento del seno contralaterale per renderlo più simile a quello operato.



IL DRENAGGIO CHIRURGICO

Favorisce la fuoriuscita di liquido (sangue e siero) che, se non drenato, può causare infezioni o ritardi nella cicatrizzazione-guarigione. Permette di valutare, osservando natura e quantità del liquido drenato, l'insorgenza di eventuali complicanze.

È cura del case manager istruire la paziente e i familiari sulla sua gestione domiciliare e di informarli su quali sono le anomalie da segnalare tempestivamente.

RICOSTRUZIONE AREOLA E CAPEZZOLO

L'areola viene ricostruita attraverso un tatuaggio cutaneo di forma circolare, del colore più simile all'areola controlaterale; il capezzolo viene ricostruito utilizzando dei lembi cutanei che ne riproducano la forma o, in caso di capezzoli della mammella sana di dimensioni adeguate, prelevandone una parte ed innestandolo in posizione simmetrica al controlaterale.

RISULTATO CHIRURGICO: SIMMETRIA DEI SENI

È importante sapere che diverse condizioni cliniche possono rendere il risultato finale diverso dalle attese; anomalie della cicatrizzazione, asimmetrie che si manifestano anche a distanza di tempo, esiti di radioterapia.

Per rendere simmetrici i seni sono disponibili differenti tecniche che prevedono la riduzione del controlaterale (mastoplastica riduttiva), il rimodellamento (mastopessi) o l'ingrandimento (mastoplastica additiva) o la combinazione di queste tecniche (mastopessi e mastoplastica additiva).

INNESTI DI TESSUTO ADIPOSO

Attraverso l'iniezione, con microcannule, di grasso sottocutaneo, prelevato dalla regione trocanterica ovvero la zona della tuberosità presente sull'estremità superiore del femore; dai fianchi, o dall'addome, è possibile rimodellare irregolarità del profilo, attenuare esiti di cicatrici, migliorare asimmetrie di forma e volume della regione mammaria operata (lipostrutturazione o lipofilling).



IL TEAM MULTIDISCIPLINARE

Lo scopo principale del Team Multidisciplinare è quello di personalizzare quanto più possibile il trattamento, ottimizzare le risorse e assicurare la continuità delle cure anche dopo l'intervento e durante il periodo del follow-up (controlli periodici stabiliti dal medico senologo di riferimento e dall'oncologo).

Ogni donna ha caratteristiche individuali, necessità e bisogni che non possono essere paragonati a nessun'altra né totalmente standardizzati.

IL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

La chemioterapia consiste nell'impiego di farmaci, che, attraverso il circolo sanguigno, possono raggiungere le cellule tumorali in ogni parte dell'organismo.

I farmaci chemioterapici sono somministrati prevalentemente per via endovenosa, in alcuni casi per via orale. La loro somministrazione avviene attraverso cicli di trattamento a cadenza variabile (settimanale, trisettimanale). La durata di ogni somministrazione può variare (da minuti a ore) a seconda dei farmaci utilizzati; generalmente le somministrazioni sono eseguite in regime ambulatoriale e solo in alcuni casi può essere necessario il ricovero in ospedale.

La chemioterapia produce risultati terapeutici ma anche effetti collaterali: oltre le cellule tumorali anche quelle sane sono sensibili a questi farmaci. Non tutti i pazienti hanno gli stessi effetti e le reazioni possono essere differenti. Si tratta comunque di effetti transitori che scompaiono con la sospensione del trattamento; grazie ad alcuni accorgimenti i sintomi più diffusi vengono tenuti sotto adeguato controllo.





IL TRATTAMENTO RADIANTE

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia con l'intento di distruggere le cellule tumorali e, al tempo stesso, di non arrecare danno ai tessuti sani. Nel trattamento dei tumori della mammella si usa più frequentemente per eliminare eventuali focolai di cellule tumorali rimasti dopo l'intervento. È indicata dopo interventi di chirurgia conservativa della mammella.

La modalità più diffusa di radioterapia consiste nell'irradiare la zona interessata dall'esterno, utilizzando, nella maggior parte dei casi, un'apparecchiatura chiamata acceleratore lineare (LINAC). Si esegue presso il centro di radioterapia dell'ospedale, di solito in regime ambulatoriale. La dose totale da irradiare è suddivisa in sedute giornaliere di breve durata con una pausa nel fine settimana. Un ciclo di trattamento per tumore della mammella dura dalle tre alle sei settimane.

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __

ESAME/VISITA DA ESEGUIRE

Da prenotare [_] Prenotata il __ / __ / _____ alle ore: __ : __



Policlinico Universitario accreditato JCI
Qualità e Sicurezza per i nostri Pazienti

BREAST UNIT

senologia@policlinicocampus.it

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma
Tel. (+39) 06.22541.1633 - Fax (+39) 06.22541.1935

www.policlinicocampusbiomedico.it