



# Il ginecologo e la diagnostica mammaria: missione impossibile?

**Molto spesso le patologie della mammella non vengono trattate dai ginecologi, in parte perché in molte regioni sono i chirurghi generali che valutano e operano questi casi, in parte perché il primo approccio al sospetto di malattia è spesso radiologico e, solo secondariamente, clinico.**

**Cerchiamo con poche domande di chiarirci alcuni dubbi**

**Dobbiamo richiedere mammografia/ecografia per ogni nodo palpato?**

Innanzitutto se la tumefazione ha margini netti, ben mobilizzabile sui piani sovra e sottostanti è molto probabile che sia di origine benigna. Bisogna poi valutarne la consistenza: se è teso-elastica potrà essere una cisti, se è più dura un fibroadenoma. Per conferma verrà richiesta un'ecografia mammaria bilaterale se la paziente ha meno di 45 anni, se ne ha di più o se all'ecografia vi è un sospetto di patologia verrà richiesta la mammografia, a giudizio del radiologo. Sarà sempre il radiologo, a seconda dell'esito, che deciderà se continuare la valutazione con eventuale biopsia o confermare la diagnosi di benignità. Viceversa se vi è un addensamento diffuso, spesso dolente, potrebbe essere fibroadenosi, meglio comunque richiedere ecografia per non farsi sfuggire eventuali mastiti, anche di tipo neoplastico. Se il nodo si presenta a margini irregolari, non mobile o ipomobile e di consistenza solida, sarà bene inviarla subito al radiologo che effettuerà RX mammografia bilaterale + ecografia con biopsia mirata (meglio del citologico perché ci da una diagnosi più sicura). Ricordiamoci di palpare sempre i cavi ascellari.

**Cosa significa "screening" e a che età si deve iniziare la prevenzione?**

Per screening si intende un programma regionale che prevede un invito con regolare scaden-

za, rivolto a tutte le donne di una certa età, ad effettuare una mammografia con lo scopo di diagnosticare precocemente il carcinoma mammario. In Piemonte, ad esempio, vengono invitate, con lettera a domicilio, tutte le donne dai 50 ai 70, ogni due anni; dai 45, solo su richiesta delle pazienti, verrà eseguita annualmente fino ai 50.

Se non esiste questo tipo di progetto regionale, l'obiettivo del ginecologo resta la prevenzione e la diagnosi precoce. Prima dei 40 anni, se non ci sono fattori di rischio (età, familiarità, predisposizione genetica, nulliparità, recidiva di tumore, obesità, dieta ipercalorica), basta un controllo senologico annuale e l'autopalpazione. L'età compresa tra i 40-45 è un'area grigia: si consiglia RX mammografia bilaterale annuale nelle donne a rischio, dopo i 45 a tutte ogni anno fino ai 50, in seguito è sufficiente ogni due anni, salvo casi sottoposti a controlli più stretti. Ricordarsi che un seno denso, tipico delle donne giovani o di quelle in ormono-terapia, è meno esplorabile dai raggi quindi può essere necessario un controllo annuale. Nelle donne che hanno subito mastoplastica additiva: eco-

**Raffaella Mellano,  
Ernesto Principe**

U.O. Ginecologia  
Ospedale S Croce, Cuneo

grafia o RMN, a seconda del sospetto e delle possibilità organizzative.

**Se la mamma è affetta dal tumore al seno devo fare accertamenti radiodiagnostici preventivi?**

“Familiarità” significa 3 parenti prossimi in linea materna malati. Prima dei 50 si consigliano controlli con RX mammografia bilaterale annuale o anche RMN (con attenzione ai falsi positivi).

**Nei casi di familiarità i test genetici sono da fare?**

In effetti meglio proporre alle pazienti la consulenza genetica e secondariamente i test genetici, in modo che, se risultano positive, sarà opportuno un follow-up stretto con RMN per una diagnosi precoce. Alcuni optano anche



**Le attuali pillole a basso dosaggio nelle giovani donne non sembrano aumentare il rischio di tumore al seno**

la mastectomia profilattica e l'ovariectomia bilaterale nelle donne ancora fertili. Valutare la possibilità di eseguire una consulenza psicologica alla paziente prima di eseguire il test.

**False credenze da sfatare: pillola aumenta rischio K mammella?**

Le attuali pillole a basso dosaggio nelle giovani donne non sembrano aumentare il rischio di tumore al seno, anche perché spesso i cancri giovanili sono prevalentemente genetici e non ormono-dipendenti. Un recente studio pubblicato sul “New England Journal of Medicine” da ricercatori dei CDC di Atlanta, sostiene infatti che l'uso di contraccettivi orali, anche per lungo tempo, non aumenta il rischio nelle donne di età compresa fra 35 e 64 anni. Il rischio, invece, è risultato maggiore nelle donne con precedenti familiari della malattia. Ricordiamoci di non somministrare comunque la pillola anticoncezionale a donne dai 50 anni di età.

**Terapia ormonale sostitutiva (HRT) e menopausa: amica o nemica delle donne?**

Il dato clinico che abbiamo è che la terapia ormonale sostitutiva data a lungo termine in donne in post menopausa aumenta il rischio di 4/1000 (tra le donne che non utilizzano la terapia ormonale sostitutiva, tra i 50 ed i 65 anni di età, ci si aspetta una diagnosi di cancro mammario in 32 donne ogni 1000).

Non dovremmo quindi utilizzarla nei soggetti a rischio (obesità, età avanzata, diabete, cardiopatie, familiarità) e per più di 5 anni ma ricordiamo anche che un buon utilizzo migliora di molto la vita della donna oltre a migliorare la qualità dell'osso e, in caso di utilizzo di solo estrogeno nelle donne isterectomizzate, oltre a non aumentare il rischio di tumore al seno, sembra migliorare l'assetto lipidico e glicidico riducendo il rischio di patologie cardiovascolari.

Per tutte le donne in terapia ormonale, il rischio aggiuntivo di carcinoma mammario diventa evidente entro qualche mese dall'inizio della terapia, aumenta con la durata dell'assunzione, ma sembra tornare al rischio della popolazione generale entro 3-5 anni dopo la sospensione. Ovviamente non daremo HRT nelle donne affette da K mammella.

**Gravidanza e tumore al seno: cosa fare?**

In Italia è una gestazione su 3000 a essere accompagnata dal cancro alla mammella: il 15% delle neoplasie al seno colpiscono le donne under 35 gravide.

In gravidanza il tumore è più veloce e aggressivo nelle donne giovani. Spesso i sintomi non vengono riconosciuti in tempo e il ritardo della diagnosi peggiora la prognosi. Infatti, da un lato, l'ingrossamento della ghiandola mammaria legato alla gravidanza e, dall'altro, i timori della futura mamma a sottoporsi a esami strumentali (l'ecografia mammaria rimane il gold standard ma la mammografia bilaterale si può fare con schermatura della pancia), per paura di nuocere al piccolo, rischiano di rendere più difficoltoso riconoscere la malattia. Anche il trattamento del tumore durante la gravidanza necessita di alcune cautele: la chemioterapia, nel primo trimestre di gestazione è da evitare, mentre la radioterapia è sempre controindicata durante tutti i nove mesi, per i possibili rischi a carico del nascituro. Per quanto riguarda il “quando” progettare una gravidanza dopo trattamento oncologico, gli studi clinici dimostrano che non vi è un impatto negativo sulla prognosi ma si consiglia di attendere almeno due anni, questo infatti è il periodo con un maggior tasso di recidive.