

La prevenzione del carcinoma della mammella e il ruolo del medico di medicina generale

Dr.ssa Irina Vitez
Corso di formazione in Medicina Generale
Provincia Autonoma di Bolzano
Triennio 2017-2020

Abstract in italiano

Secondo i dati dell'OMS, le persone che ricevono una diagnosi di tumore sono in continuo aumento, tanto che si stima che nel 2030 supereranno gli 11 milioni. Si stima però che circa il 30% dei tumori possa essere prevenuto adottando uno stile di vita sano ed evitando i fattori di rischio, mentre sottoponendosi con regolarità a visite ed esami di screening può essere diagnosticato in fase precoce. Il tumore al seno è la neoplasia più diagnosticata nelle donne in tutte le fasce d'età, in cui circa un tumore maligno ogni tre è un tumore mammario. Ai fini della diagnosi precoce le donne hanno a disposizione, oltre agli esami strumentali, come la mammografia e l'ecografia, una tecnica di autovalutazione ovvero l'Autoesame del seno (AES), che consente alla donna di acquisire una profonda conoscenza del proprio corpo in modo da saper riconoscere eventuali cambiamenti e alterazioni del proprio seno e quindi segnalarli eventualmente al medico di fiducia. Purtroppo, ancora oggi, molte donne probabilmente per inadeguata informazione sui vantaggi derivanti dalla diagnosi precoce in assenza di sintomi, non si sottopongono a controlli di tipo preventivo. Proprio per questo motivo il Medico di Medicina Generale (MMG), grazie al rapporto privilegiato e continuativo con le proprie assistite, può svolgere un importante ruolo come informatore, educatore e promotore della prevenzione del tumore mammario, dirimendo gli eventuali dubbi e stimolando l'adesione ai programmi di screening.

Obiettivi: L'obiettivo dello studio, attraverso un'indagine osservazionale sulla conoscenza della prevenzione del tumore al seno, è stato quello di analizzare le conoscenze delle donne residenti in Alto Adige riguardo la prevenzione del tumore al seno, sensibilizzare ed educare le pazienti all'autoesame del seno nonché indagare il ruolo dei MMG nella prevenzione del tumore del seno.

Materiali e metodi: L'indagine osservazionale è stata svolta, nel periodo compreso gennaio-marzo 2020, nelle sale d'attesa di due ambulatori di medicina generale nel Comune di Bressanone e dintorni nonché per via telematica (e-mail fornite dal MMG) tra le donne di età superiore ai 20 anni residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano. È stato sviluppato un questionario anonimo bilingue contenente 18 domande a scelta multipla che comprendevano i seguenti temi: descrizione del campione (età, familiarità, esami eseguiti), grado di informazione sul tumore al seno (segni e sintomi, prevenzione), grado di informazione sulle tecniche di prevenzione (mammografia, AES), educazione e informazione della prevenzione (dialogo con MMG, campagna informativa). Al questionario è stata allegata una brochure bilingue sull'autopalpazione del seno con la metodica Mamma Care, elaborata e pubblicata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in collaborazione con la Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige. La raccolta dati è stata realizzata utilizzando una Tabella Excel. La successiva analisi degli stessi ha permesso di generare una serie di grafici i cui risultati sono stati interpretati e discussi.

Risultati: Dall'analisi dei dati, su 100 questionari adeguatamente compilati, è emerso che la maggior parte delle intervistate ha dimostrato di essere informata riguardo la problematica del tumore al seno e di conoscere i programmi di screening disponibili sul territorio. Le donne hanno inoltre dimostrato di avere una certa discreta competenza in materia di esame clinico e autopalpazione del seno, pur avendo qualche lacuna nella percezione esatta dei vari aspetti legati alla diagnostica della malattia. Dallo studio è emersa una chiara fiducia nei confronti del MMG ed una disponibilità al confronto sulle tematiche trattate.

Conclusioni: Viene auspicata da parte delle pazienti una partecipazione attiva del MMG allo scopo di incrementare la frequenza di partecipazione delle pazienti agli screening strutturati proposti dal sistema sanitario regionale.

Abstract auf Deutsch

Laut Angaben der WHO nehmen die Krebsdiagnosen ständig zu, es wird geschätzt, dass im Jahr 2030 mehr als 11 Millionen Menschen betroffen sein werden. Man weiß dass circa 30% der Krebserkrankungen durch einen gesunden Lebensstil und die Vermeidung von Risikofaktoren verhindert werden können. Die regelmäßige Durchführung von Besuchen und Screening-Tests kann oft die Frühkarzinomen entdecken. Der Brustkrebs ist die am häufigsten diagnostizierte Krebsart bei Frauen in allen Altersgruppen, bei denen etwa jede dritte bösartige Erkrankung Brustkrebs ist. Zur Früherkennung des Tumors verfügen Frauen, neben instrumentellen Tests wie Mammographie und Ultraschall, über eine Selbsteinschätzungstechnik oder eine Selbstuntersuchung der Brust (AES), die es der Frau ermöglicht, ein Selbstbewusstsein über ihren Körper zu erlangen, um Veränderungen ihrer Brüste erkennen zu können und diese gegebenenfalls ihrem Arzt zu melden. Leider werden auch heute noch viele Frauen, wahrscheinlich aufgrund unzureichender Informationen über die Vorteile einer frühzeitigen Diagnose, keinen vorbeugenden Kontrollen unterzogen. Gerade aus diesem Grund kann der Allgemeinmediziner dank der privilegierten und kontinuierlichen Beziehung zu seinen Patienten eine wichtige Rolle als Berater bzw. Förderer der Brustkrebsvorsorge spielen, eventuelle Zweifel auflösen und die Beteiligung an den Screening-Programmen anregen.

Ziele: Ziel der Studie war es, durch eine Beobachtungsumfrage über die Prävention von Brustkrebs, das Wissen der in Südtirol lebenden Frauen zu analysieren bzw. die Patienten über die Selbstuntersuchung des Brustkrebses aufzuklären. Ziel der Studie war es auch, die wachsende Rolle von Hausärzten bei der Prävention von Brustkrebs zu unterstreichen.

Material und Methoden: Die Beobachtungserhebung wurde im Zeitraum von Januar bis März 2020 in den Warteräumen zweier allgemeinmedizinischer Praxen in der Gemeinde Brixen und Umgebung sowie elektronisch (Mailinglist vom Hausarzt) bei in der Autonomen Provinz Bozen ansässigen Frauen über 20 Jahren durchgeführt. Es wurde ein anonymer zweisprachiger Fragebogen entwickelt, der 18 Multiple-Choice-Fragen enthielt, die die folgenden Themen umfassten: Beschreibung der Stichprobe (Alter, Familiarität, durchgeführte Tests), Informationsgrad zu Brustkrebs (Anzeichen und Symptome, Prävention), Informationsgrad zu Präventionstechniken (Mammographie, AES), Präventionserziehung und Information (Dialog mit dem Hausarzt, Informationskampagne). Der Fragebogen wurde von einer zweisprachigen Broschüre zur Selbstuntersuchung der Brust nach der Mamma-Care-Methode begleitet, die von der Südtiroler Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol entwickelt und veröffentlicht wurde. Die Datenerfassung erfolgte anhand einer Excel-Tabelle. Die anschließende Analyse derselben ermöglichte es, eine Reihe von Graphiken zu erzeugen, deren Ergebnisse interpretiert und diskutiert wurden.

Ergebnisse: Aus der Analyse der Daten von 100 ausreichend ausgefüllten Fragebögen ging hervor, dass die meisten Befragten sagten, dass sie über das Problem des Brustkrebses informiert waren und die in der Region verfügbaren Screening-Programme kennen. Die Frauen haben auch gezeigt, dass sie eine diskrete Kompetenz im Bereich der klinischen Untersuchung und der Selbstuntersuchung der Brust haben, obwohl es einige Lücken in der genauen Wahrnehmung der verschiedenen Aspekte im Zusammenhang mit der Diagnose der Krankheit gibt. Die Studie zeigte ein klares Vertrauen in den Hausarzt und die Bereitschaft, die behandelten Themen zu diskutieren.

Schlussfolgerungen: Die Patienten schlagen eine aktive Teilnahme des Hausarztes implizit vor, um die Häufigkeit der Patientenbeteiligung an den vom regionalen Gesundheitssystem vorgeschlagenen strukturierten Screenings zu erhöhen.

Introduzione

Il tumore al seno rappresenta il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne e la causa più frequente di morte per tumore nelle donne in tutto il mondo. A livello globale, si stima che nel 2012 ci siano state 1,68 milioni di nuove diagnosi (il 25% di tutte le nuove diagnosi di cancro nelle donne) e 520.000 di decessi (15% di tutti i decessi per cancro nelle donne) da carcinoma mammario invasivo (1).

In Italia vivono oltre 800.000 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 44% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore. Ogni anno, secondo le stime AIRTUM (Associazione Italiana Registro Tumori), vengono diagnosticati oltre 50.000 nuovi casi di tumore al seno femminile con oltre 12.000 decessi. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, nel nostro Paese, raggiunge l'87% e a 10 anni l'80%, superando la media europea (82% e 70%) (2). Attualmente i tassi di mortalità sono notevolmente diminuiti (-2,2% ogni anno) nonostante il continuo aumento dell'incidenza (+0,9% ogni anno), soprattutto nelle donne fuori fascia screening e nelle aree del Centro-Nord, attribuibile alla maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e anche ai progressi terapeutici. Considerando le frequenze nelle varie fasce d'età, i tumori della mammella rappresentano il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (40%), sia nella classe d'età 50-69 anni (35%), sia in quella più anziana >70 anni (22%). In Alto Adige ogni anno il numero medio di nuovi casi di tumore diagnosticati nelle donne è pari a 1.373 (528,2/ 100.000/anno) e il tumore al seno è al primo posto sia per incidenza (con il 25,1% pari a 350 casi/anno) che per mortalità (15,6% pari a 80 casi/anno). Nel 2017 sono stati trattati 486 nuovi casi presso i Centri senologici della Provincia Autonoma di Bolzano (3).

Moltissime Linee Guida per la diagnosi e terapia della neoplasia della mammella sono a disposizione degli operatori sanitari, come per esempio la Linee Guida della AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) (4).

La diagnostica si basa fundamentalmente sullo Screening della malattia. La maggioranza delle lesioni mammarie, che possono presentarsi in modo sintomatico o essere rilevate appunto mediante metodi di screening del seno, compresa la BSE (Breast self Examination), non verranno alla fine del percorso diagnostico classificate come Cancro al Seno.

Le lesioni benigne meritano di regola il trattamento chirurgico per escissione solo se causano sintomi, altrimenti non richiedono alcun intervento. Al contrario, varie forme di proliferazione epiteliale della mammella sono state associate ad un aumentato rischio medio di successivo carcinoma mammario (1,5-2,0 volte per la normale iperplasia epiteliale e 2,5-4,0 volte per l'iperplasia atipica).

Il carcinoma mammario non invasivo in situ prende il nome di DCIS (Carcinoma duttale in situ), mostra caratteristiche morfologiche e comportamentali distintive dal carcinoma invasivo. Le popolazioni di cellule neoplastiche sono confinate all'interno del sito di origine parenchimale e le cellule non superano la membrana basale limitante. La classificazione in base al Grading (G) è il metodo raccomandato per la sottoclassificazione del DCIS nelle categorie di grado alto, intermedio e basso, ma sono anche riconosciuti i sottotipi misti e rari. Il DCIS presenta alterazioni molecolari e caratteristiche intrinseche molecolare simili a quelle delle forme del carcinoma mammario invasivo; pertanto, non sono stati identificati segni distintivi biologici o molecolari che possano prevedere con sufficiente certezza il potenziale invasivo futuro.

I dati disponibili sul DCIS di basso grado mostrano che almeno il 40% dei casi progredisce verso il carcinoma invasivo, dato questo emerso in seguito a follow-up a lungo termine.

Allo stesso tempo però non sono emerse evidenze sufficienti a dimostrare che DCIS di alto grado siano correlati ad alti tassi di progressione verso carcinoma mammario invasivo. Questo vuol dire che allo stato attuale non ci sono metodi disponibili per distinguere in modo affidabile quali tra i casi di DCIS evolverà verso una forma invasiva.

Il DCIS è la lesione più frequentemente identificata dallo screening mammografico, dal momento che essendo la lesione raramente palpabile, non è in grado di essere repertata dalla paziente con l'autoesame del seno. Alla mammografia il reperto consiste tipicamente in piccoli depositi radiodensi, quest'ultimi segno di microcalcificazione patologica.

Il carcinoma invasivo della mammella è un tumore maligno, che supera la membrana basale focalmente o diffusamente a partire dal sito di origine (cioè il dotto o il lobulo mammario) e infiltra il circostante tessuto mammario. La stragrande maggioranza di questi tumori sono adenocarcinomi derivati da cellule epiteliali mammarie. L'aspetto morfologico di questi tumori varia ampiamente e molti dei tipi istologici riconosciuti presentano caratteristiche comportamentali, prognostiche e cliniche specifiche (5).

La diversità morfologica del carcinoma mammario invasivo è direttamente correlata intimamente alla genetica molecolare della lesione tumorale e, conseguentemente, alle sue caratteristiche biologiche. In particolare, sono stati identificati distinti pattern molecolari, che determinano conseguentemente una suddivisione delle forme di tumore in sottotipi accumulati dallo stesso profilo di espressione molecolare. Oltre alle classi "Luminali A" (neoplasie con marcata espressione dei recettori ormonali) e "Luminali B" (neoplasie con marcata espressione dei recettori ormonali e con un rischio di recidiva elevato, a causa dell'elevato indice proliferativo correlato ad alta espressione dei geni di proliferazione) che esprimono i recettori estrogenici, si osserva il gruppo caratterizzato da sovraespressione di "HER2" (recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano) ed infine il gruppo "Basal-Like", neoplasie con assenza di espressione di recettori ormonali e HER2 e con un'aumentata espressione di citocheratine basali, quasi sempre invece triplo negativo. L'importanza di questi sottogruppi consiste nella correlazione tra i diversi pattern molecolari e lo specifico approccio terapeutico che ognuno di esso necessita, avendo i diversi gruppi una diversa biologia e un diverso outcome. La speranza

in questo senso è che i continui sviluppi nelle tecniche di biologia molecolare forniscano maggiori informazioni sulla patologia molecolare del carcinoma mammario.

Il carcinoma mammario invasivo può diffondersi attraverso il sangue e i sistemi linfatici e può progredire attraverso i linfonodi regionali e giungere alla diffusione metastatica sistemica. La probabilità che si sia verificata tale evenienza è fortemente correlata alla dimensione del tumore (T) mentre la capacità di diffusione metastatica tramite i linfonodi è, generalmente, acquisita prima della capacità di diffusione metastatica sistemica. Gli studi passati che riportano la storia naturale del carcinoma mammario invasivo non trattato mostrano una scarsa sopravvivenza, con spiccata tendenza alla progressione verso la malattia metastatica. Soltanto Report aneddotici in letteratura citano casi clinici di regressione spontanea del carcinoma mammario.

Diversi fattori di rischio ormai ben noti, come età avanzata al primo parto, oppure la nulliparità come un'anamnesi familiare di carcinoma mammario in parenti di primo grado, sono stati associati chiaramente all'insorgenza del carcinoma mammario. Diversi studi clinici hanno cercato in passato di appurare quale sia il modo migliore per utilizzare i fattori di rischio noti al fine di produrre strategie di screening efficaci.

La conclusione generale è stata che lo screening della mammella sulla base di determinati fattori di rischio di carcinoma mammario, singolarmente o in combinazione, non è in grado di identificare un sottogruppo di donne da cui si possa prevedere una maggior incidenza di carcinoma mammario. Dal punto di vista sanitario e basandosi sulla valutazione del rapporto costo/beneficio, sembra ormai assodato che la migliore strategia per lo screening del cancro al seno sia quella che si basa sull'invito legato all'età delle pazienti. I fattori di rischio infatti dipendono fortemente dall'assetto ormonale specifico riscontrabile nelle diverse fasi di vita delle donne; tra i fattori rilevanti vi sono gli ormoni sessuali per i parenchimi degli organi genitali tra cui gli estrogeni, i progestinici e la prolattina. I fattori riproduttivi, antropometrici e legati allo stile di vita, molti dei quali osservati prevalentemente nei paesi ad alta incidenza di tumore, sono fattori di rischio ben conosciuti: menarca precoce, menopausa tardiva, età avanzata alla prima gravidanza, nulliparità, poco o nessun allattamento al seno, indice di massa corporea (BMI) più elevato in età postmenopausale. I fattori relativi allo stile di vita associati all'aumento del rischio per carcinoma mammario includono bassi livelli di attività fisica, il consumo di alcool, il fumo, alcune terapie ormonali esogene e l'esposizione a radiazioni ionizzanti. La densità del seno, l'anamnesi di patologia mammaria benigna e l'anamnesi familiare relativamente alle diverse forme di cancro sono anch'esse collegate a un aumentato rischio di cancro al seno. Inoltre, una piccola percentuale di tumori al seno è ereditaria e correlata ad alcune specifiche mutazioni genetiche. Tra i fattori di rischio accertati per il carcinoma mammario (6), i fattori genetici sono di particolare importanza. Il carcinoma mammario ereditario è causato da mutazioni germinali in geni suscettibili al carcinoma mammario altamente penetranti, più comunemente i geni BRCA1 e BRCA2 (7,8). I tumori al seno attribuibili a fattori ereditari rappresentano il 5-10% di tutti i casi di tumore al seno, una percentuale modesta ma importante. È stato suggerito che diversi

fattori legati allo stile di vita possono modulare il rischio di cancro al seno nei portatori di mutazione BRCA1 e BRCA2, incluso l'allattamento al seno, l'uso di contraccettivi orali (associati a un rischio ridotto nei portatori di mutazione BRCA1 e BRCA2) e il fumo (associato a un aumento del rischio nei portatori di mutazione BRCA2) (9).

La stadiazione dei tumori, organizzata sistematicamente dalla classificazione TNM (UICC), descrive le dimensioni di un carcinoma, se si è diffuso a livello regionale ai linfonodi o se metastatizzato ad organi distanti. Una stadiazione accurata fornisce informazioni prognostiche importanti, aiuta a personalizzare i protocolli di trattamento e contribuisce alla pianificazione e all'attuazione di specifici interventi di sanità pubblica, come i programmi di screening.

Tale classificazione, ormai da tempo riconosciuta a livello internazionale, descrive le lesioni tumorali al seno localizzate come Stadio I e II, le malattie con interessamento loco-regionale come stadio III e le malattie sistemiche come Stadio IV, principalmente basandosi sull'estensione anatomica del tumore primario e sulla presenza/assenza di interessamento linfonodale regionale oltre che sulla presenza o meno di metastasi a distanza (10).

Negli ultimi 50 anni le terapie del tumore al seno sono notevolmente migliorate, grazie ai progressi nella gestione multidisciplinare della malattia nonché nella diagnosi e nel trattamento della stessa come ad esempio i trattamenti neoadiuvante e adiuvante. Sono stati identificati marcatori biologici che correlano con la prognosi, oltre a biomarcatori utili per terapie mirate, come gli inibitori dell'aromatasi per i tumori al seno positivi ai recettori ormonali e le molecole anti-HER2 per carcinomi mammari che sovraesprimono questo recettore.

La gestione del carcinoma mammario richiede spesso un trattamento multimodale che comprende chirurgia, radioterapia, trattamento sistemico con chemioterapia e/o terapia ormonale e terapia mirata. La terapia neoadiuvante può essere somministrata prima dell'intervento chirurgico per ridurre il tumore, mentre la terapia adiuvante si impiega dopo l'intervento chirurgico per il trattamento delle eventuali residue localizzazioni sistemiche.

La chirurgia nel tumore della mammella ha compiuto progressi notevolissimi, passando dai primi interventi mutilanti a quelli cosiddetti "conservativi", che mirano cioè a eliminare solo la massa tumorale preservando il più possibile il muscolo pettorale, soprattutto nel caso in cui il linfonodo sentinella risulti negativo in sede di intervento. I progressi in questo campo consentono inoltre di effettuare la ricostruzione sincrona del seno a seguito della mastectomia, evitando alla paziente lo stress di un nuovo intervento e garantendo un miglior recupero psicofisico. Quest'ultima rappresenta l'opzione terapeutica principale per le pazienti il cui tumore non si è ancora diffuso ad altre parti del corpo (ad esempio alla parete toracica o ai polmoni) e può essere implementata dalla radioterapia intraoperatoria. La chirurgia può essere inoltre un'opzione curativa in pazienti selezionate con localizzazioni di malattia in alcune specifiche parti del corpo come per esempio fegato o polmone.

La terapia con radiazioni, o radioterapia, è invece un'opzione terapeutica spesso usata in combinazione con la chirurgia e la chemioterapia per ridurre la possibilità che il tumore possa recidivare. La radioterapia può essere utilizzata nelle pazienti con cancro alla mammella metastatico in setting palliativo, per alleviare i sintomi dovuti a localizzazioni per esempio ossee. La chemioterapia somministrata in setting palliativo ha lo scopo di ridurre i sintomi, migliorare la qualità di vita e prolungare il più possibile la sopravvivenza. I farmaci chemioterapici possono essere somministrati per via endovenosa o per via orale.

La terapia ormonale nel tumore al seno consiste nella somministrazione di farmaci che bloccano l'attività degli ormoni estroprogestinici, che si ritiene siano coinvolti nell'insorgenza e nello sviluppo di almeno un terzo dei tumori mammari. I meccanismi d'azione sono principalmente tre:

- impedire alla cellula tumorale di essere influenzata dagli ormoni prodotti dall'organismo attraverso la somministrazione di un antiestrogeno;
- inibire la produzione degli estrogeni bloccando l'azione di un enzima, aromatasi, che trasforma gli androgeni in estrogeni (inibitori dell'aromatasi)
- inibire la produzione degli estrogeni prodotti dalle ovaie utilizzando gli analoghi dell'LHRH (ablazione o soppressione ovarica).

La possibilità di essere sottoposte alla terapia ormonale - prima dell'intervento per ridurre le dimensioni della neoplasia o nei cinque anni successivi per contrastare una possibile recidiva - dipende dalla presenza di recettori estrogenici e/o progestinici sulla superficie delle cellule tumorali, dalla presenza o meno di controindicazioni al trattamento e/o dall'assenza di altre patologie concomitanti. Se invece il tumore non presenta questi specifici recettori, la terapia non è efficace e per questo non indicata. Il meccanismo di azione degli antiestrogeni consiste nell'impedire che l'estrogeno si combini con le cellule tumorali e ne stimoli la crescita. Possono essere utilizzati sia nelle donne che non hanno raggiunto la menopausa (stato pre-menopausale) sia nelle donne che sono già in menopausa (stato post-menopausale).

Gli inibitori dell'aromatasi, indicati per le donne già in menopausa, riducono la quantità di estrogeni in circolo nell'organismo e di conseguenza la quantità di ormoni che raggiungono le cellule tumorali nel seno. Nelle donne in età pre-menopausale l'ablazione ovarica permette di abbassare i livelli di estrogeni e di indurre una menopausa temporanea, contribuendo quindi a bloccare la crescita delle cellule tumorali. La terapia ormonale si può attuare in sequenza dopo la chemioterapia oppure da sola nei casi in cui rappresenti il trattamento più indicato.

Le terapie biologiche (definite anche target Therapy) sono indirizzate alla soppressione dei pathway molecolari che controllano la crescita e la diffusione del cancro, modulando specifici processi molecolari e cellulari che partecipano allo sviluppo e alla progressione della malattia. La terapia biologica può includere gli anticorpi monoclonali, i vaccini e le terapie genetiche.

In particolare, un anticorpo monoclonale che agisce sui carcinomi della mammella che presentano un recettore chiamato HER2 è in grado di ridurre il rischio di recidiva dopo il trattamento chirurgico.

La diagnosi precoce del carcinoma mammario mira a ridurre la mortalità attraverso la diagnosi clinica del carcinoma mammario sintomatico o mediante screening delle donne asintomatiche. Nei casi in cui l'applicazione di questa strategia sia efficace, l'aspettativa di vita, il controllo locoregionale della malattia e la qualità della vita sono notevolmente migliorati. La diagnosi precoce del cancro fa parte di una strategia di controllo del cancro, che comprende innanzitutto una sensibilità nei confronti del cancro al seno in generale nella popolazione e parallelamente una struttura sanitaria capace di gestire la problematica nel suo complesso, come ad esempio la capillare diffusione sul territorio dei presidi diagnostici nonché la possibilità di tramutare in provvedimento terapeutico un eventuale riscontro di malattia.

Infondere autoconsapevolezza nelle donne riguardo la problematica del tumore al seno ha lo scopo di incoraggiare le donne a prendere coscienza di quale sia la fisiologia normale dell'organo di modo che possano riconoscere e segnalare la comparsa di qualsiasi anomalia.

La premessa di cui sopra, introduce l'argomento che prende il nome di autoesame del seno (AES). Lo scopo dell'AES è di rilevare eventuali cambiamenti e alterazioni del proprio seno eseguendo regolarmente e sistematicamente l'ispezione e la palpazione del seno con l'intento di rilevare autonomamente le anomalie nelle fasi più precoci con la possibilità di una diagnosi precoce di un tumore al seno.

Dato che la maggior parte dei tumori al seno viene in effetti inizialmente riconosciuta dalle pazienti (11), un aspetto fondamentale della diagnosi precoce è quello di incoraggiare le donne a cercare assistenza non appena notino segni o sintomi sospetti. Il primo contatto avviene di norma negli ambulatori dei ginecologi o dei MMG. È fondamentale pertanto che i medici, le infermiere e gli operatori sanitari operanti in questi ambiti di assistenza primaria siano ben informati e competenti sui sintomi e sui segni precoci del cancro al seno. Una revisione sistematica di 23 studi in tutto il mondo ha riportato una differenza del 7% nella sopravvivenza a 5 anni tra i pazienti che sono stati trattati entro un intervallo temporale minore di 3 mesi dall'esordio di sintomi e quelli che invece hanno iniziato il percorso terapeutico solamente 3-6 mesi dopo (12).

I sintomi e i segni clinici più comuni del carcinoma mammario sono:

- presenza di nodulo palpabile duro-elastico sia singolo che plurimo al seno
- asimmetria di forma del seno
- retrazione unilaterale del capezzolo
- secrezione unilaterale sanguinante o sierosa del capezzolo
- alterazioni localizzate del seno come edema, gonfiore o ispessimento della cute
- cambiamenti eczematosi dentro o intorno al capezzolo o all'areola

Il segno clinico più importante del carcinoma mammario in fase iniziale rimane ad ogni modo la presenza di un piccolo nodulo palpabile.

La stragrande maggioranza dei noduli al seno sono costituiti principalmente da lesioni benigne come il fibroadenoma, la fibroadenosi, la mastopatia fibrocistica, la mastite o semplici cisti

solitarie. Noduli invece di consistenza duroelastica, noduli con alterazioni della pelle soprastante o alterazioni dei capezzoli, noduli associati a secrezione unilaterale del capezzolo e noduli persistenti del seno sono invece spesso associati a carcinoma mammario in stadio avanzato. Il dolore al seno senza la contemporanea presenza di un nodulo palpabile è un sintomo molto comune nelle donne mestruali e premenstruali ed è raramente un segno di carcinoma mammario, mentre i noduli indolori dovrebbero essere portati immediatamente alla osservazione del medico. Il primo approccio di base che comprende esame clinico, imaging ed eventuale biopsia della lesione è un approccio economico, facile da eseguire e che consente di giungere alla diagnosi in tempi relativamente rapidi, senza però dimenticare che si ottengono risultati soddisfacenti sostanzialmente in ambiti sanitari che mettono a disposizione risorse e strutture di imaging diagnostico e diagnostica istopatologica adeguati.

L'obiettivo principale dello screening mammografico in donne asintomatiche in età a rischio per carcinoma mammario è quello di consentire un trattamento adeguato e possibilmente curativo prima che la patologia evolva in una forma avanzata. Come in ogni forma di strategia pensata all'ottenimento della diagnosi precoce, un accesso tempestivo al trattamento necessario è la chiave fondamentale per ottenere un potenziale beneficio dallo screening intrapreso. Inoltre, va considerato che meno di un terzo dei tumori al seno rilevati mediante screening mammografico sarebbe stato riscontrato anche mediante il solo esame clinico (13). A questo scopo la Commissione europea ha pubblicato Linee Guida europee multidisciplinari complete per assicurare la qualità nello screening e nella diagnosi del carcinoma mammario e per promuovere la creazione strutturata di programmi di screening del cancro al seno che coinvolgano tutta la popolazione (14, 15).

I risultati relativi alla percentuale di partecipazione delle donne invitate allo screening sono di particolare interesse per le autorità sanitarie pubbliche se si considerano i potenziali costi/benefici per la popolazione inserita nel programma. Questi dati sono fondamentali in sede decisionale da parte delle autorità preposte per poter valutare l'opportunità o meno di intraprendere campagne informative a riguardo.

TECNICHE DI SCREENING

Il carcinoma mammario viene rilevato radiograficamente in base a quattro segni principali: aumento densitometrico di parenchima mammario con caratteristiche specifiche di margine e forma, presenza di microcalcificazioni, distorsioni architettoniche e asimmetrie nel reperto radiologico del seno controlaterale (16).

La qualità dell'immagine è una componente essenziale ma non sufficiente per garantire un alto livello di precisione nella rilevazione delle lesioni sospette. Di pari o forse maggiore importanza sono la competenza specifica del tecnico di radiologia che imposta i parametri degli strumenti diagnostici nonché la competenza specifica del radiologo che interpreta le immagini. Ciò sottolinea la necessità di una solida formazione dedicata alla malattia in questione e il mantenimento costante delle competenze acquisite di questi operatori.

L'atteggiamento degli operatori sanitari durante lo screening mammografico è diverso da quello tenuto durante la mammografia diagnostica, in cui la donna presenta generalmente sintomi e la probabilità di cancro può essere del 10% o superiore. Durante lo screening, le donne sono asintomatiche e i tassi di rilevazione del cancro sono in genere compresi tra 2 e 8 per 1000 esami. Rilevare con precisione le lesioni sospette nel grande pool di esami eseguiti, evitando al contempo di generare un elevato numero di follow up per anomalie aspecifiche, è un compito impegnativo per il radiologo e richiede formazione specifica continua.

La sensibilità della metodica dipende anche dalla dimensione della lesione (in genere è molto più facile rilevare tumori di grandi dimensioni perché forniscono un maggiore contrasto) e dalla presenza o meno di microcalcificazioni. I radiologi spesso considerano le modificazioni intercorse tra la mammografia in corso e gli esami precedenti, in particolare vengono attentamente valutati quegli addensamenti parenchimali sospetti che aumentano di dimensioni nel tempo. Pertanto, la presenza di immagini precedenti utili al confronto radiologico è di grande valore. Le tecniche di imaging non mammografiche sono l'ecografia e la risonanza magnetica del seno (RM). Mentre la prima utilizza onde sonore riflesse, la seconda si basa sulla modificazione dello spin elettronico dell'atomo in seguito all'applicazione di un campo magnetico con un'intensità che va da 1,5 a 3 Tesla.

Ad oggi, non esistono studi randomizzati o studi prospettici osservazionali in cui la risonanza magnetica sia stata utilizzata nello screening di donne asintomatiche a rischio medio. Considerando gli alti costi della risonanza magnetica e i costi di un eventuale follow up per le lesioni di dubbia interpretazione uno screening utilizzando questa metodica non sembra essere un'opzione ragionevole per le donne a rischio intermedio. Per le donne invece considerate ad alto rischio di patologia maligna (presenza/assenza di mutazione BRCA1 o BRCA2), vi sono ampie prove di un significativo vantaggio diagnostico mediante studio del seno con RM (17). Va comunque sempre tenuto in considerazione il fatto che livelli elevati di progesterone possono causare un forte aumento del enhancement del parenchima ghiandolare e interferire con l'accuratezza diagnostica. Pertanto, ove possibile, la RM deve essere programmata rispetto al

ciclo mestruale e il trattamento con progesterone deve essere interrotto per circa 4 settimane prima dell'esecuzione della metodica (18).

Un altro importante presidio diagnostico è rappresentato dalla tomografia ad emissione di positroni (PET Total Body) che consente l'imaging non solo del tumore primario ma anche dei linfonodi e delle metastasi a distanza. Tuttavia, a causa della risoluzione insufficiente e della talvolta dubbia interpretazione delle aree captanti, la PET dimostra una bassa sensibilità per le lesioni di piccole dimensioni ed è quindi considerata inappropriata per l'imaging del carcinoma mammario in fase iniziale (19).

L'imaging con radionuclidi, o scintimammografia, è considerato un altro strumento utile alla diagnosi ma soprattutto per la stadiazione del tumore al seno. La metodica consente comunque l'imaging di piccole lesioni al seno con sufficiente affidabilità. Sulla base di risultati positivi negli esami diagnostici, il metodo è già stato testato come strumento complementare per la diagnosi precoce e l'imaging del seno mammograficamente denso.

L'esame clinico del seno (ECS), costituisce parte fondamentale dell'esame clinico per la diagnosi precoce del carcinoma mammario ed è praticato abitualmente da operatori sanitari, quali ad esempio medici chirurghi e ginecologi. La tecnica dell'ECS prevede l'ispezione visiva e la palpazione di entrambi i seni da parte dell'operatore. Durante l'ispezione visiva, il medico esamina cambiamenti della forma del seno, della cute e dei capezzoli qualora appaiano asimmetrici. Durante la palpazione, l'operatore utilizza i polpastrelli delle tre dita centrali della mano per esaminare tutte le aree di entrambi i seni e le ascelle valutando la presenza/assenza di tumefazioni o ispessimenti del tessuto mammario e dei linfonodi. La palpazione viene eseguita con la donna seduta e in posizione supina (20). È noto che l'età, lo stato menopausale, il peso corporeo, la densità del seno, l'etnia e l'utilizzo di terapia ormonale sostitutiva influiscono sulle prestazioni del ECS.

L'autoesame del seno (AES) è invece un esame del seno eseguito dalla donna stessa, allo scopo di individuare lesioni anomale del seno che può contribuire alla diagnosi precoce del cancro al seno nonché aiutare a ridurre il rischio di diagnosticare un tumore al seno in fase avanzata. Dovrebbe essere eseguito mensilmente a partire dai 20 anni, qualche giorno dopo il termine del ciclo mestruale, quando il seno è meno dolente e turgido, o nel caso non sia presente, come in gravidanza o in menopausa, in un giorno prestabilito. La sensibilità, la specificità e la PPV (positive predictive Value) dell'AES nel rilevare il carcinoma mammario sono state riportate rispettivamente al 58,3%, 87,4% e 29,2% (21).

I componenti essenziali dell'AES sono l'ispezione visiva di fronte a uno specchio e la palpazione del seno, dei capezzoli e dei linfonodi sovraclaveari e ascellari con i polpastrelli delle tre dita centrali della mano controlaterale. Un esame visivo dovrebbe essere eseguito con la donna in tre diverse posizioni in piedi: con le braccia rilassate ai lati (Figura a), con le braccia sopra la testa (Figura b) e con le mani premute saldamente sulla vita e sporgendosi in avanti (Figura c).

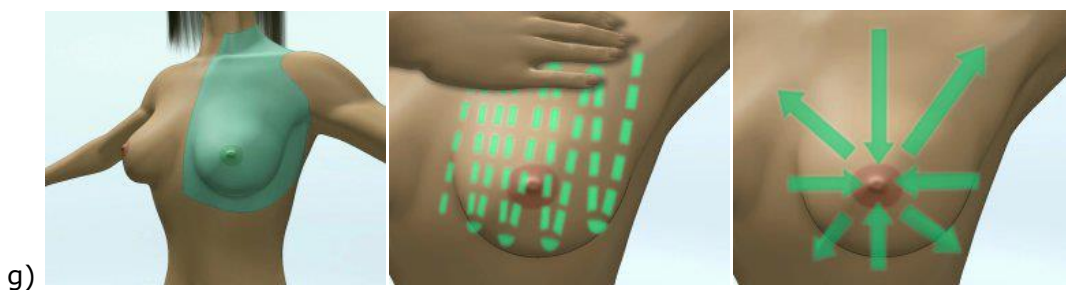


L'esaminatrice in questo caso dovrebbe provare a ricercare qualunque asimmetria nell'aspetto del seno.

Tre intensità di pressione - superficiale, media e profonda – dovrebbero essere applicate durante la palpazione. La palpazione viene eseguita con i polpastrelli delle tre dita centrali della mano controlaterale (Figura d) e la pressione viene applicata con movimenti circolari.



La palpazione dei linfonodi sovraclavari viene eseguita con la donna seduta (Figura e) mentre la palpazione di quelli ascellari viene eseguita con la donna in posizione supina (Figura f). La palpazione del seno andrebbe eseguita rispetto ad un'area che si estende dalla linea medio-ascellare allo sterno medio e da sopra il margine subcostale (quinta costola) alla clavicola, compresa la palpazione del capezzolo e dell'areola. La palpazione dovrebbe essere eseguita sistematicamente, sia per linee verticali che con movimenti circolari dal centro alla periferia del seno (Figura g).



Quando viene rilevata un'anomalia al seno monolaterale, vanno necessariamente condotte delle ulteriori indagini diagnostiche. (22)

PROGRAMMI DI SCREENING

La prassi dei programmi di screening per il tumore alla mammella prevede che le donne asintomatiche o presunte tali vengano invitate a sottoporsi ad una visita medica che prevede tra l'altro una procedura diagnostica (mammografia e/o ecografia).

Esistono numerosi fattori socioeconomici noti che influenzano la partecipazione allo screening del cancro al seno, primo fra tutti l'insufficiente informazione a livello della popolazione femminile della esistenza stessa dello screening e soprattutto delle sue importanti implicazioni in termini di vantaggi dal punto di vista della salute della donna. La frequenza di partecipazione allo screening tende ad aumentare quando viene promossa infatti la partecipazione al programma, quando vengono per esempio effettuate delle campagne di informazione alla popolazione da parte soprattutto da organi statali attraverso canali mediatici ufficiali. Queste campagne sono peraltro estremamente complesse da attuare vista la difficoltà nell'individuare il target sociale adeguato e la più efficace modalità di comunicazione. A titolo esplicativo è stato riscontrato in numerosi studi che il livello di istruzione è associato ad una maggiore partecipazione allo screening mammografico (23,24).

Anche la distribuzione sul territorio delle unità di screening può influenzare la partecipazione, come uno studio britannico ha riscontrato, registrando una diminuzione della partecipazione all'aumentare della distanza dal presidio medico più immediato (25). In uno studio in Quebec, la distanza dall'unità di screening ha influenzato la partecipazione, ma la distanza alla quale è iniziata la riduzione è variata secondo un criterio urbano-extraurbano: per le donne che vivevano in piccole città, sono state osservate riduzioni della partecipazione per distanze di 12,5 km o più, mentre per le donne nelle zone rurali è stata osservata una chiara riduzione della partecipazione per distanze di almeno 50 km (26).

L'influenza dell'età al momento della partecipazione allo screening deve essere compresa negli elementi per valutare l'efficienza del sistema di screening anche se i dati a riguardo non sono univoci. Anche problemi concreti, rappresentati per esempio da una attività lavorativa impegnativa o semplicemente dalla paura di un esame invasivo possono influenzare la percentuale di partecipazione ai programmi di screening. In pratica la percezione dell'importanza di questa metodica preventiva influenza la decisione delle donne in merito alla adesione o meno all'invito ricevuto. Se la problematica infatti del tumore al seno viene percepita dalle donne come curabile al patto di essere rilevata in fase precoce, lo screening può essere conseguentemente considerato utile, mentre se il cancro viene visto in maniera fatalistica, tutti gli sforzi posti per fare diagnosi precoce potrebbero non portare ad un significativo miglioramento dei dati epidemiologici (27).

Da queste considerazioni se ne deduce che l'investimento più importante da parte del sistema sanitario consiste nell'informare adeguatamente le donne riguardo i possibili benefici, nonché dei limiti stessi di un processo di screening, essendo ben consci che mentre alcune donne si fidano delle autorità sanitarie nel prendere la decisione, molte donne invece decidono autonomamente in merito (28).

Molti studi hanno valutato la conoscenza delle donne dei benefici e dei rischi dello screening mammografico. L'analisi delle risposte ai questionari distribuiti alle donne con l'intento di ricevere un feedback dalla popolazione femminile, mostrano che le donne spesso non vengono informate a sufficienza per esempio della possibilità di avere un risultato falsamente positivo che comporta un approfondimento diagnostico percepito come disturbante per la donna (29). La conoscenza esatta del rapporto rischio/beneficio dello screening mammografico è in definitiva essenziale affinché le donne possano fare una scelta consapevole a riguardo.

Va considerato inoltre che la partecipazione allo screening per il tumore al seno può implicare delle conseguenze psicologiche per le donne, che dipendono in gran parte dal risultato della visita. La letteratura in merito riferisce raramente stress psicologici importanti tra le donne che ricevono un chiaro risultato negativo, mentre le situazioni mammografiche dubbie tendono a generare comprensibilmente tensioni psichiche oggettive, fatta salva la variabilità fisiologica caratteriale delle partecipanti.

Nel caso infine di diagnosi certa di carcinoma mammario, la donna va incontro con molta probabilità a conseguenze psicologiche e psicosociali reattive comprensibili che si concentrano però soprattutto durante la fase diagnostica del percorso terapeutico (30).

I Programmi di screening del cancro al seno sono ben consolidati in molti paesi europei. Il Consiglio dell'Unione Europea ha approvato una raccomandazione sullo screening del cancro nel dicembre 2003 (Consiglio d'Europa, 2003) che suggeriva la necessità di offrire uno screening attraverso un approccio sistematico che dia garanzia di qualità a tutti i livelli. La raccomandazione includeva anche l'obbligo di garantire che le persone che partecipavano a un programma di screening fossero pienamente informate sui benefici, i limiti e gli effetti avversi. Lo screening mammografico per il carcinoma mammario nelle donne di età compresa tra 50 e 69 anni, ad intervalli regolari di 2 anni, è stato quindi considerato come mandatario e deve comprendere almeno la mammografia (31). Lo screening per le donne considerate ad alto rischio per carcinoma mammario, ovvero pazienti che presentano anamnesi familiare positiva o mutazioni a livello del BRCA1 o BRCA2, viene di norma, anche in base alla disponibilità di presidi diagnostici presenti sul territorio, approfondito con metodiche che comprendono la risonanza magnetica.

I tassi di partecipazione a questi programmi di screening strutturati indicano rispettivamente una media di poco inferiore del 50% in Europa e di poco inferiore del 60% in Italia, con un divario tra le singole regioni e tra il Nord e Sud (Figura 1). Valori notevolmente inferiori agli standard di riferimento e ottimali (70% e 75%) delle linee guida italiane ed europee per i programmi di screening (32,33).

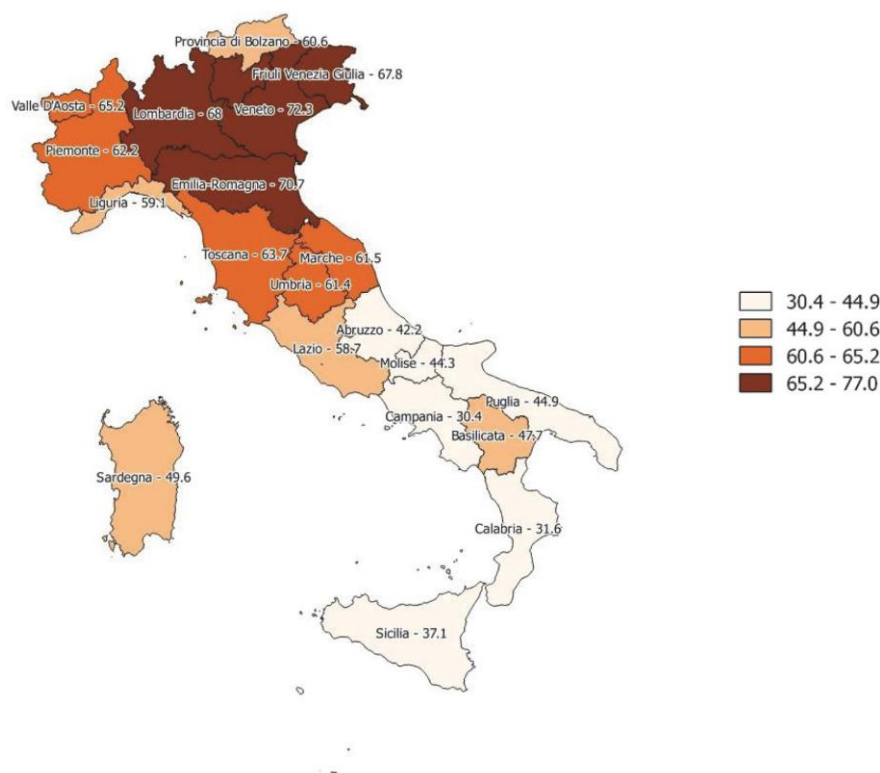


Figura 1: Tassi di partecipazione ai programmi di screening strutturati. Italia, 2012-2013.

In Alto Adige il programma di screening mammografico è attivo a livello provinciale dal 2003 e prevede che ogni donna, di età tra i 50 e 69 anni, viene sistematicamente invitata a sottoporsi ogni due anni all'esame mammografico. Nel 2015 i tassi di partecipazione sono stati del 54,6% con un aumento fino al 63,9% a partire dal 2018 grazie all'iniziativa di aggiungere al semplice invito una proposta di appuntamento (Tabella 1) (34).

Classe d'età	Popolazione bersaglio	Donne invitate	% Estensione	Aderenti	% Adesione
50-69 anni	33.523	27.845	83,50%	17.350	63,90%

Tabella 1 Screening del cancro alla mammella. Provincia di Bolzano, Anno 2018 (Registro Tumori Alto Adige)

Per valutare l'efficacia dello screening, è importante considerare le definizioni di efficacia ed efficienza di una metodica, definire l'outcome del metodo utilizzato e considerare potenziali distorsioni. Il termine "efficacia" dovrebbe essere distinto dal termine "efficienza". L'efficacia è la misura in cui una procedura produce un risultato benefico in condizioni ideali (35), mentre l'efficienza rispecchia la misura in cui una procedura venga condotta secondo i criteri che si erano programmati. Data la storia naturale della malattia, un requisito minimo per determinare l'efficacia è un follow-up sufficientemente lungo (36).

Per outcome positivo di uno screening si intende la riduzione dei decessi per carcinoma mammario primitivo ma anche nelle patologie in stadio avanzato, mentre l'outcome negativo definisce la sovrastima di carcinoma mammario. La riduzione assoluta della mortalità per tumore al seno raggiunta da un particolare programma di screening è l'indicatore più cruciale dell'efficacia dello stesso.

In un contesto di screening, la prevalenza della malattia nei soggetti sottoposti allo stesso, espressa in proporzione, è generalmente molto bassa, infatti solo ad una percentuale molto limitata di pazienti viene diagnosticato un tumore al seno. In genere, nei programmi di screening europei, ogni 10.000 donne sottoposte a screening, circa 9.500 avranno un reperto sostanzialmente negativo mentre circa 500 saranno richiamate per un'ulteriore valutazione, delle quali circa 70 riceveranno la diagnosi di cancro al seno.

Le considerazioni inerenti al rapporto costi-benefici sono tenute in grande considerazione vista l'onerosità di programmi sanitari su larga scala. In particolare se vi sono prove sufficienti che lo screening delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni mediante mammografia riduca la mortalità per cancro al seno. Anche se vi sono limitate evidenze che lo screening tra 40 e 49 anni riduca la mortalità per cancro al seno, il Piano nazionale della Prevenzione italiano (PNP) prevede la possibilità di estendere il programma a questa fascia di età a discrezione del sistema sanitario regionale.

I criteri finora considerati sono comunque validi per una popolazione di pazienti senza particolari fattori di rischio per questa patologia. Esiste un sottogruppo di popolazione femminile che, come noto, presenta una maggiore probabilità di contrarre la malattia. In generale, è preferibile che queste donne vengano sottoposte ad un programma di screening dedicato, per due motivi. In primo luogo, i regolari programmi di screening con mammografia potrebbero essere insufficienti, a causa della precoce insorgenza di questo carcinoma mammario e per la ben nota scarsa sensibilità della mammografia nei confronti di queste peculiari lesioni. In secondo luogo, queste donne richiedono spesso cure, valutazioni, consulenze e informazioni aggiuntive rilevanti per la prevenzione primaria nonché strategie di riduzione del rischio che sono generalmente ben al di fuori dell'assistenza sanitaria compresa nei programmi di screening standardizzati.

Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio, attraverso un'indagine osservazionale sulla conoscenza della prevenzione del tumore al seno, è stato:

- analizzare le conoscenze delle donne riguardo la prevenzione del tumore del seno;
- sensibilizzare ed educare le pazienti all'autoesame del seno (allegando al questionario una brochure) per l'acquisizione della consapevolezza del proprio corpo e per individuare prontamente eventuali cambiamenti e comunicarli al medico di fiducia;
- indagare il ruolo dei MMG nella prevenzione del tumore del seno. Grazie al rapporto privilegiato e continuativo con le proprie assistite, il MMG può svolgere un importante ruolo come informatore, educatore e promotore della prevenzione del tumore mammario e può invitare una significativa percentuale aggiuntiva della popolazione femminile a sottoporsi ai controlli periodici, dirimendo gli eventuali dubbi e stimolando l'adesione ai programmi di screening.

Materiali e metodi

L'indagine osservazionale sull'autopalpazione della mammella per la prevenzione del tumore del seno è stata svolta, nel periodo compreso gennaio-marzo 2020, nelle sale d'attesa di due ambulatori di medicina generale nel Comune di Bressanone e dintorni nonché per via telematica (e-mail fornite dal MMG) alle donne di età superiore ai 20 anni residenti in Alto Adige. È stato sviluppato un questionario anonimo bilingue contenente 18 domande a scelta multipla (Figura 2). L'indagine consisteva nel compilare il questionario, distribuito a 65 donne nelle sale d'attesa e inviato a 120 donne per via telematica, allegando le informazioni per la compilazione e una brochure bilingue "Conoscere se stesse" e L'autopalpazione del seno con la tecnica MammaCare, elaborata e pubblicata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in collaborazione con la Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige (37).

Il questionario è stato elaborato utilizzando il programma Microsoft Word. L'elaborazione delle 18 domande si è basata sulle Linee Guida Neoplasia della mammella (AIOM 2019), sugli studi osservazionali sul territorio nazionale nonché sui risultati del sondaggio condotto dall'AIOM nel 2017 sulla conoscenza delle donne su questa malattia. I temi principali delle domande includono: descrizione del campione (età, familiarità, esami eseguiti), grado di informazione sul tumore al seno (segni e sintomi, prevenzione), grado di informazione sulle tecniche di prevenzione (mammografia, AES), educazione e informazione della prevenzione (dialogo con MMG, campagna informativa).



INDAGINE OSSERVAZIONALE SULL'AUTOPALPAZIONE DELLA MAMMELLA PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL SENO

Chiediamo gentilmente la sua collaborazione per indagare il grado di conoscenza nei riguardi della prevenzione del tumore al seno.

Il questionario è anonimo.

Si prega di barrare con una X le risposte. Grazie per la collaborazione!

QUESTIONARIO ANONIMO

1. Età: 20-30 anni 31-40 anni 41-50 anni 51-65 anni >65 anni

2. Ha mai sentito parlare di tumore al seno? Sì No

3. Nella sua famiglia ha avuto persone con il tumore al seno? Sì No Non so

4. Si può guarire dal tumore del seno? Sì No Non so

5. Quali sono i segni o i sintomi per sospettare un tumore al seno?

Nodulo palpabile Dolore al seno Secrezioni dal capezzolo

Cambiamenti evidenti della cute Non so

6. Ha mai sentito parlare di prevenzione del tumore al seno? Sì No Non so

7. Che cosa si intende con prevenzione del tumore al seno?

Diagnosi precoce del tumore del seno Prevenzione delle complicanze del tumore del seno

Prevenzione dei fattori di rischio del tumore del seno Non so

8. Da che età si deve cominciare la prevenzione del tumore al seno?

20 anni 30 anni 40 anni 50 anni Non so

9. Quali sono gli esami di routine che bisogna fare per la prevenzione del tumore al seno?

Esami del sangue Palpazione clinica Mammografia Risonanza magnetica

TAC Ecografia Non so

10. Fare controlli regolari del seno è importante? Sì No Non so

11. Ha mai eseguito un controllo del seno? Sì No Non so

Se Sì, quali controlli ha eseguito?

Mammografia Ecografia Autopalpazione del seno Visita senologica

12. Cosa si intende con mammografia?

Esame radiologico del seno Esame clinico del seno Auto-esame del seno Non so

13. Si sottoporrebbe alla mammografia se ricevesse un invito dall' Azienda Sanitaria Locale?

Sì Sì, solo dopo aver parlato con il medico di famiglia No Non so

14. Cosa si intende con autopalpazione del seno?

Esame radiologico del seno Esame clinico del seno Auto-esame del seno Non so

15. L'autopalpazione del seno fa parte della prevenzione del tumore al seno?

Sì No Non so

16. Esegue regolarmente l'autopalpazione del seno?

Sempre Spesso Qualche volta Mai

17. Sarebbe utile per lei che il suo medico di medicina generale (medico di famiglia) le spiegasse come effettuare l'autopalpazione del seno?

Sì No Non so

18. Quale mezzo preferisce per ricevere informazioni sulla prevenzione del tumore al seno?

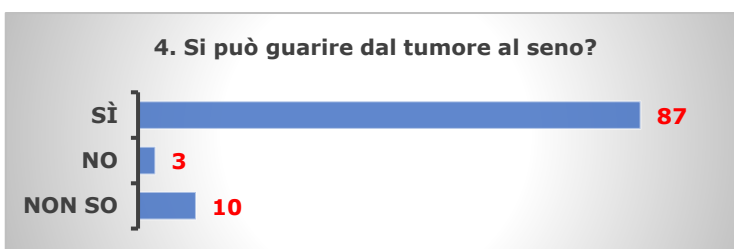
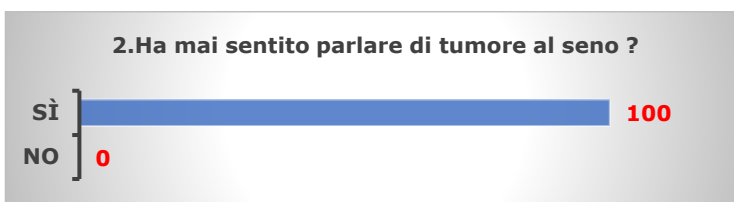
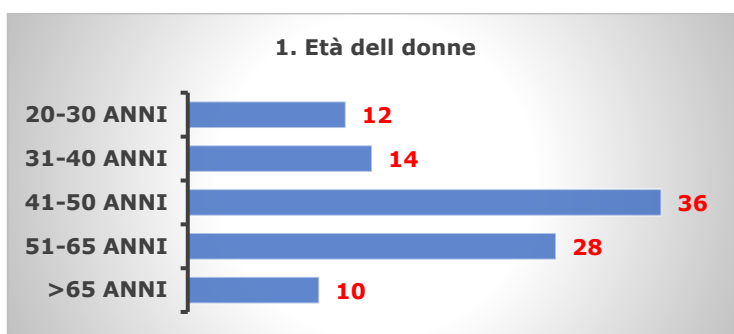
Dialogo diretto con il medico di famiglia Materiale divulgativo in sala d'attesa

Locandina nello studio Volantino

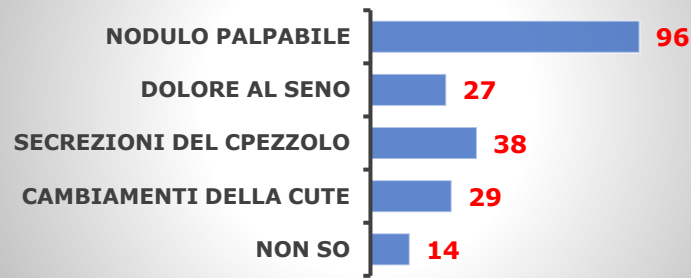
Figura 2. Questionario anonimo bilingue.

Risultati

Da gennaio 2020 a marzo 2020 su un totale di 185 questionari distribuiti, 125 sono stati restituiti di cui 100 adeguatamente compilati, nello specifico 55 sul territorio e 45 per via telematica. La raccolta dati è stata realizzata utilizzando una Tabella Excel. La successiva analisi degli stessi ha permesso di generare una serie di grafici i cui risultati sono stati interpretati e discussi di seguito.



5. Quali sono i segni o sintomi per sospettare un tumore al seno?



6. Ha mai sentito parlare di prevenzione del tumore al seno?



7. Che cosa si intende con prevenzione del tumore al seno?

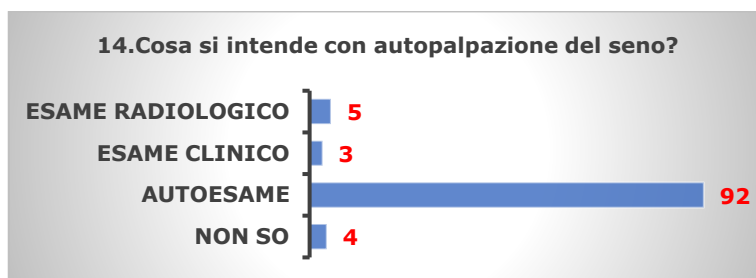
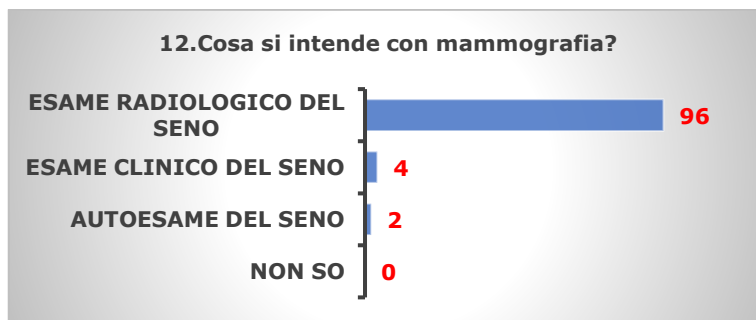


8. Da che età si deve cominciare la prevenzione del tumore al seno?



9. Quali sono gli esami di routine per la prevenzione del tumore al seno?

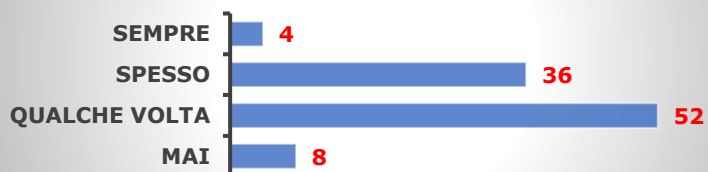




15.L'autopalpazione del seno fa parte della prevenzione del tumore al seno?



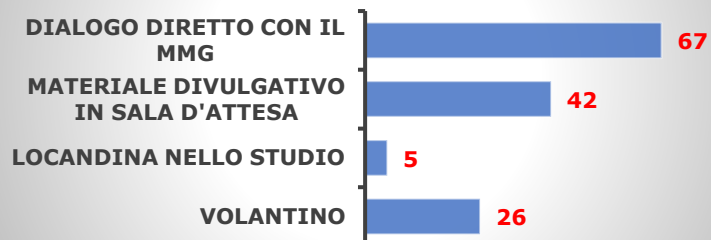
16.Esegue regolarmente l'autopalpazione del seno?



17.Sarebbe utile che il suo Mmg le spiegasse come effettuare l'autoesame del seno?



18.Quale mezzo preferisce per ricevere informazioni sulla prevenzione del tumore al seno?



Discussione

L'analisi dei dati appena riportati graficamente relativi al questionario sulla Prevenzione del Tumore al seno, mette in luce diverse questioni interessanti relative alla conoscenza del problema da parte delle intervistate. Innanzitutto, va rilevato che la distribuzione dell'età delle donne sottoposte al questionario è la seguente: 12% dai 20 ai 30 anni, 14% dai 31 ai 40 anni, 36% dai 41 ai 50 anni, 28% dai 51 ai 65 anni e il 10% al di sopra dei 65 anni. La problematica relativa alla patologia in questione appare molto ben presente tra le intervistate. Alla seconda domanda del questionario, la totalità del campione esprime la consapevolezza dell'esistenza del tumore al seno, di questa la maggioranza (l'87%) è consapevole del fatto che la probabilità di guarigione è relativamente elevata. Allo stesso modo tutte le intervistate sono a conoscenza dell'esistenza di programmi di screening strutturati e quasi tutte (il 96%) sanno che la manifestazione più caratteristica e importante da riconoscere è la presenza di un nodulo palpabile al seno, ma al contempo emerge la scarsa conoscenza delle altre non meno importanti alterazioni del seno e il 14% delle donne non ha adeguate informazioni sull'argomento.

La prevenzione del tumore al seno viene intesa da quasi tutte le intervistate (il 91%) come diagnosi precoce del tumore al seno. Meno chiara è invece la convinzione che la prevenzione sia importante già a partire dalla fase post-adolescenziale, come si evince dal fatto che più del 60% delle risposte al quesito relativo indicano come 30-40 gli anni dai quali cominciare un proattivo monitoraggio del seno. Nonostante questo però, le donne del campione dimostrano di riconoscere l'importanza che la autopalpazione del seno riveste nell'ambito della prevenzione specifica per questa patologia. A conferma del dato rilevato, le pazienti che hanno risposto di eseguire regolarmente l'autopalpazione del seno sono state quasi il 90%.

In sostanza il questionario riscontra un notevole grado di conoscenza da parte delle donne intervistate riguardo la problematica legata al tumore al seno, assieme anche ad una buona partecipazione del campione in esame ai programmi di screening strutturati presenti sul territorio. Per questo le risposte date alle ultime due domande del questionario, sono da valutare attentamente perché generate da un campione che può essere considerato rappresentativo delle donne che frequentano gli ambulatori del MMG. Nello specifico alla domanda se e da chi le assistite desiderassero essere affiancate nel percorso di prevenzione, quasi il 70% delle intervistate risponde di preferire il supporto del MMG, sia come riferimento culturale nei confronti della problematica ma allo stesso tempo come strumento concreto nella comprensione delle metodiche di autopalpazione del seno.

Conclusioni

La letteratura e gli studi epidemiologici a riguardo del tumore al seno, nonché i report nazionali e internazionali analizzati sulla frequenza di partecipazione ai programmi di screening istituzionalizzati hanno permesso di avere una visione complessiva della problematica legata a questa patologia. Tutti i dati raccolti provenienti dal questionario proposto in questo lavoro sono stati messi a confronto con i dati disponibili descritti in dettaglio nell'introduzione allo scopo di confrontare la situazione locale con quella nazionale oltre che per provare ad individuare una eventuale soluzione alla problematica emersa dal sondaggio. Premesso che, come dimostrano efficacemente i dati, il campione di donne valutate hanno dimostrato di essere ben informate e disponibili al confronto, aggiunto che dai dati disponibili traspare una certa fiducia verso i presidi sanitari locali disponibili, è lecito chiedersi perché non viene raggiunta una sufficiente percentuale di adesione ai programmi di screening strutturati.

Dai dati disponibili emerge infatti che la percentuale di donne che risponde alla lettera di screening puntualmente inviata dal sistema sanitario regionale sia intorno al 60%, mentre la percentuale considerata ottimale perché il programma abbia una sufficiente efficienza è del 75%. Questo dato mette in luce un deficit di efficienza dello strumento di screening che merita particolare attenzione perché avviene in un contesto sociale altamente evoluto e solidamente strutturato dal punto di vista sanitario. Probabilmente parte dei motivi che portano a questa mancanza sono da imputare a peculiarità territoriali difficilmente valutabili e risolvibili nel contesto di uno studio come quello proposto in questa sede. Nondimeno però può essere azzardata una proposta che mira a risolvere la problematica, vista appunto la disponibilità al dialogo da parte delle donne di questa regione. La figura chiave che emerge in questo contesto è sicuramente quella del medico di medicina generale che viene visto dalle pazienti come figura di riferimento e quasi come "persona di fiducia" rispetto invece all'alternativa di doversi confrontare con un operatore sanitario ospedaliero previsto dal programma di screening. In base a questa considerazione, si può pensare che un maggior coinvolgimento della figura professionale del MMG possa in parte mitigare la percentuale di scarto statistico messa in luce in questo studio. L'attuazione concreta di questa proposta esula dagli scopi di questo lavoro e pertanto viene rimandata a ulteriori eventuali e auspicabili provvedimenti in questa direzione.

Bibliografia

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* (2014); 136(5):359–86.
2. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D et al. EUROCORE-5 Working Group Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCORE 5 - a population based study. *Lancet Oncol* (2014); 15(1):23–34.
3. Registro Tumori Italiano. I numeri del Cancro 2019. AIOM/AIRTUM: www.registri-tumori.it.
4. AIOM. Linea Guida sul carcinoma della mammella 2019: www.aiom.it.
5. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ, editors. WHO classification of tumours of the breast. 4th ed (2012). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
6. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA Cancer J Clin* (2008). 58(6):347–71.
7. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, Iliadou A, Kaprio J, Koskenvuo M et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer – analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med* (2000). 343(2):78–85.
8. Rahman N. Realizing the promise of cancer predisposition genes. *Nature* (2014a). 505(7483):302–8.
9. Friebel TM, Domchek SM, Rebbeck TR. Modifiers of cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* (2014). 106(6).
10. UICC. TNM classification of breast cancer [in French]. UICC stage, 7th edition (2010). Geneva, Switzerland: Union for International Cancer Control.
11. Roth MY, Elmore JG, Yi-Frazier JP, Reisch LM, Oster NV, Miglioretti DL. Self-detection remains a key method of breast cancer detection for U.S. women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(8):1135–1139.
12. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* (1999). 353(9159):1119–26.
13. Friedman EB, Chun J, Schnabel F, Schwartz S, Law S, Billig J et al. Screening prior to breast cancer diagnosis: the more things change, the more they stay the same. *Int J Breast Cancer* (2013). 2013:1.
14. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition, Supplements (2013). Luxembourg: European Commission, Office for Official Publications of the European Union.

15. Lynge E, Törnberg S, von Karsa L, Segnan N, van Delden JJ. Determinants of successful implementation of population-based cancer screening programmes. *Eur J Cancer* (2012). 48(5):743–8.
16. Kopans DB (2006). Breast imaging, Third edition. Philadelphia (PA), USA: Lippincott Williams & Wilkins.
17. Phi XA, Houssami N, Obdeijn IM, Warner E, Sardanelli F, Leach MO et al. Magnetic resonance imaging improves breast screening sensitivity in *BRCA* mutation carriers age ≥ 50 years: evidence from an individual patient data meta-analysis. *J Clin Oncol* (2015). 33(4):349–56.
18. Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, Decker T, Federico M, Gilbert FJ et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer* (2010). 46(8):1296–316.
19. Avril N, Rosé CA, Schelling M, Dose J, Kuhn W, Bense S et al. Breast imaging with positron emission tomography and fluorine-18 fluorodeoxyglucose: use and limitations. *J Clin Oncol* (2000). 18(20):3495–502.
20. Coleman EA, Heard JK. Clinical breast examination: an illustrated educational review and update. *Clin Excell Nurse Pract* (2001). 5(4):197–204.
21. Wilke LG, Broadwater G, Rabiner S, Owens E, Yoon S, Ghate S et al. Breast self-examination: defining a cohort still in need. *Am J Surg* (2009). 198(4):575–9.
22. International Agency for Research on Cancer. Manuals. Breast Cancer/Breast Self Examination: www.screening.iarc.fr/breastselfexamination.php .
23. Edgar L, Glackin M, Hughes C, Rogers KM. Factors influencing participation in breast cancer screening. *Br J Nurs* (2013). 22(17):1021–6.
24. Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Predicting stages of adoption of mammography screening in a general population. *Eur J Cancer* (2001). 37(15):1869–77.
25. Maheswaran R, Pearson T, Jordan H, Black D. Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service, and uptake of breast cancer screening in North Derbyshire, UK. *J Epidemiol Community Health* (2006). 60(3):208–12.
26. St-Jacques S, Philibert MD, Langlois A, Daigle JM, Pelletier E, Major D et al. Geographic access to mammography screening centre and participation of women in the Quebec Breast Cancer Screening Programme. *J Epidemiol Community Health* (2013). 67(10):861–7.
27. Straughan PT, Seow A. Attitudes as barriers in breast screening: a prospective study among Singapore women. *Soc Sci Med* (2000). 51(11):1695–703.
28. Hersch J, Jansen J, Irwig L, Barratt A, Thornton H, Howard K et al. How do we achieve informed choice for women considering breast screening? *Prev Med* (2011). 53(3):144–6.
29. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* (2004). 328(7432):148.

30. Montgomery M, McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs* (2010). 66(11):2372–90.
31. Lerda D, Deandrea S, Freeman C, Lopez-Alcaida J, Neamtii L, Nicholl C et al. Report of a European survey on the organisation of breast cancer care services (2014). Luxembourg: European Commission.
32. Giorgi D, Giordano L, Ventura L, et al. Mammography breast cancer screening in Italy: 2010 survey. *Epidemiol Prev* (2012).
33. Petrelli A, Giorgi Rossi P. Geographical and socioeconomic differences in uptake of Pap test and mammography in Italy: results from the National Health Interview Survey. *BMJ Open* (2018 Sep). 19;8(9).
34. Registro tumori dell'Alto Adige (2019).
35. Porta M. A dictionary of epidemiology, 5th edition (2014). Online version. Oxford University Press. Available from: <http://www.oxfordreference.com>.
36. Hanley JA. Measuring mortality reductions in cancer screening trials. *Epidemiol Rev* (2011). 33(1):36–45.
37. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige: <http://www.asdaa.it/it/pubblicazioni.asp>.