

## **Tumori della mammella**

Sono distinti in tumori epiteliali, misti epiteliali e stromali, tumori miscellanei, tumori inclassificabili, displasia mammaria o malattia fibrocistica, lesioni simil-tumorali.

### Tumori epiteliali benigni

Le varianti più frequenti sono gli adenomi ed il papilloma intraduttale.

#### *Adenoma del capezzolo*

Insorge in un grosso dotto del capezzolo, in donna in IV decade. Si manifesta con una secrezione del capezzolo, sierosa o sieroematica. Il capezzolo può presentarsi eroso. Escissione chirurgica

#### *Adenoma semplice*

- Adenoma tubulare. Tubuli ben differenziati, non atipie cellulari, donna giovane, non trasformazione maligna.
- Adenoma lattifero. Compare in gravidanza o in allattamento e regredisce spontaneamente al termine dell'allattamento.

#### *Papilloma intraduttale*

Si sviluppa in un dotto galattoforo che assume nel tempo un aspetto cistico. Colpisce donne in età media. E' costituito da papille con assi connettivali fibrovascolari esili che possono sanguinare spontaneamente o in maniera indotta come primo segno clinico. Resezione chirurgica a livello del dotto sede del papilloma.

### Tumori misti epiteliali e stromali

Sono il fibroadenoma e il tumore filloide.

*Fibroadenoma.* Interessa donne giovani in età fertile; la lesione è focale ben circoscritta, dotata di una pseudocapsula, di consistenza duro-elastica, omogenea. Spesso di riscontro occasionale autopalpatorio. Va incontro a lento accrescimento fatta eccezione durante la gravidanza e l'allattamento. L'indicazione al trattamento chirurgico sono: massa > 2cm in donna di età superiore ai 30 anni.

*Tumore filloide.* Raro, colpisce donne in età più avanzata; si presenta come una neoformazione voluminosa di consistenza molle-elastica che spesso supera i 4cm di diametro arrivando a volte a superare i 10cm. Si può presentare in forma benigna ed una francamente maligna, ed una forma borderline. Asportazione chirurgica.

## Tumori epiteliali maligni della mammella

La neoplasia più frequente a livello mondiale nel sesso femminile. Si calcola che ogni anno 1 donna su 13 in Italia, sviluppi il cancro della mammella. Particolarmente frequente in età compresa tra i 45-50 anni. Il secondo picco è tra i 60-65 anni.

### Eziologia

Fattori genetici. Presenza di BRCA1 e BRCA2

Fattori familiari. Anamnesi positiva per consanguinei di primo grado. Il rischio è triplicato se il tumore insorge in epoca pre-menopausale.

Fattori ormonali. Estrogeni e durata d'esposizione ad essi. Menarca precoce, menopausa tardiva, nulliparità o prima gravidanza dopo i 30 anni. Obesità

Fattori ambientali. Dieta ricca di grassi.

Fattori protettivi. Gravidanza (produzione di progesterone).

### Anatomia patologica

Distinguiamo carcinomi non invasivi (ca. intraduttale e lobulare in situ) che non superano la membrana basale; carcinomi invasivi (intraduttale e lobulare).

### Clinica

Nel 70% dei casi si presenta con un nodulo mammario scoperto per lo più occasionalmente dalla paziente. Si presenta come un'area di parenchima mammario tridimensionalmente distinta dal tessuto circostante. Non dolente, di consistenza dura, fisso, non dolente.

Anamnesi. Antecedenti masse, menarca, gravidanza, ormoni, anamnesi familiare.

EO. Ispezione: valutare eventuali asimmetrie della mammella, alterazioni cutanee e/o capezzolo (retrazione, aspetto a "buccia d'arancia").

Palpazione: massa palpabile, generalmente indolente (dolore in malattia fibrocistica). Le masse sono localizzate generalmente al quadrante supero-esterno (45%), capezzolo (25%), supero-interno(15%), infero-esterno(10%), infero-interno(5%). Valutare linfonodi ascellari, sovraclaveari e laterocervicali. L'ispezione va condotta a busto eretto, con buona luce incidente, in clinostatismo. La mano a piatto; la visita si pratica nel periodo post-mestruale per ridotta tensione ghiandolare.

### Diagnosi

L'iter diagnostico è condizionato dall'età e dallo stato menopausale.

Sotto i 40 anni diminuisce la possibilità di diagnosi precoce con la mammografia, per la scarsa presenza di adipe nella ghiandola. Si preferisce dunque l'ecografia.

La mammografia con cadenza biennale è introdotta sul territorio nazionale come screening di massa per la diagnosi precoce in donne di età superiore ai 45 anni.

L'esame *mammografico* è utile nell'individuare microcalcificazioni, masse radio-opache, ma non può tuttavia stabilire la natura di tali lesioni; la sua importanza in presenza di massa palpabile è quella di escludere altre lesioni occulte specie nella mammella controlaterale.

L'indagine *ecografica* è utile nello stabilire la natura cistica o solida della lesione.

- In caso di massa cistica ecografica si effettua un agoaspirato. Il liquido aspirato può essere citrino o emorragico.

Nel caso di liquido *citrino*, dopo l'agoaspirazione, la massa può scomparire, ma se ricompare dopo 4-6 settimane si ripete l'aspirazione. La persistenza della massa dopo 3 aspirazioni richiede l'exeresi.

Nel caso di liquido *ematico* (massa che non scompare) si effettua una FNAB o exeresi della massa residua.

- In caso di massa solida ecografica è prevista una FNAB o exeresi della massa. La FNAB può repertare una lesione benigna, maligna o non diagnostico(chirurgia escissionale).  
In caso di lesione benigna ci troviamo di fronte ad un fibroadenoma (non associato a carcinoma, exeresi non indicata tranne in caso di aumento di dimensioni o richiesto dal pz) oppure una displasia (abolizione farmaci bdz, antiaritmici, benzamidi, ormoni, assumere vit. A ed E o antiprolattinici). Se c'è iperplasia duttale atipica si fa mammografia ogni anno, visita ogni 6 mesi.  
In caso di lesione maligna si effettua una biopsia escissionale che resta il gold standard per carcinoma e papilloma.  
Papilloma, fibroadenoma e displasia vanno osservati a 3, 6 mesi e ogni anno. Se il quadro clinico si modifica, si effettua l'exeresi chirurgica.

Indagini di laboratorio: Ca 15.3, TPA, recettori per estrogeni e progesterone.

Scintigrafia ossea, TC epatica, Rx torace utili per la stadiazione.

Metastasi: scheletro>polmone>fegato>cervello

#### Stadiazione TNM

T1: ≤ 2cm

T1a: ≤ 0,5cm T1b: tra 0,5 e 1cm T1c >1<2cm

T2: 2-5cm

T3: >5cm

T4: estensione alla parete toracica (a), cute (b), etrambi (c)

N0 assenza interessamento linfonodale

N1: linfonodi ascellari

N2: linfonodi ascellari fissi omolaterali

N3: linfonodi mammari omolaterali

Mx, M0, M1

#### STADI

Stadio0: Tis, N0,M0

StadioI: T1, N0,M0

StadioIIa: fino a T2, N0,M0 (direttamente chirurgia fino a questo stadio)

Stadio IIb: T2,N1 oppure T3,N0,M0

Stadio IIIa: fino a T2-3,N2,M0 (questi ultimi due stadi terapia neoadiuvante, chemio e radio anche ai linfonodi)

Stadio IIIb: ogni T, N3,M0

Stadio IV: ogni T, ogni N, M1 (questi ultimi due stadi chemio-radio-mastectomia)

### Terapia chirurgica conservativa

- Tumorectomia o lumpectomia: asportazione del tumore e del tessuto intorno ad esso <1cm con dissezione ascellare senza rimuovere la cute.
- Quadrantectomia sec. Veronesi: comprende anche la dissezione dei linfonodi ascellari. Tecnica del linfonodo sentinella: iniezione intorno alla zona tumorale di traccianti radiosensibili o coloranti vitali. In tal modo, il drenaggio linfatico porta i coloranti ai linfonodi, di cui il primo colorato è quello sentinella. Se in questo ci sono cellule tumorali si prosegue con lo svuotamento ascellare. Se non è infarcito di cellule tumorali, la probabilità che i successivi linfonodi lo siano è estremamente bassa.
- Mastectomia radicale standard: mammella, m. piccolo e grande pettorale, linfonodi ascellari e tessuto adiposo ascellare.
- Mastectomia radicale modificata: mammella+piccolo pettorale e linfonodi ascellari
- Mastectomia semplice o totale: asportazione ghiandola + losanga di cute, e linfonodi ascellari di primo livello.

### Controindicazioni alla chirurgia conservativa

Assolute: I-II trimestre gravidanza per problemi ormonali; 2 o più tumori in quadranti diversi, microcalcificazioni maligne diffuse, precedente radioterapia sulla regione mammaria, margini positivi persistenti dopo varie chirurgie → mastectomia totale

Relative: rapporto tumore/mammella sfavorevole; storia di collagenopatia o vasculopatie; dimensioni notevoli della mammella; neoplasia in sede retroareolare.

I linfonodi ascellari sono distinti in livelli a seconda della loro disposizione in rapporto al muscolo piccolo pettorale:

1. localizzati nell'ascella lateralmente al margine del piccolo pettorale;
2. localizzati sotto il muscolo piccolo pettorale;
3. localizzati medialmente al margine mediale del m. piccolo pettorale.

Lo svuotamento ascellare può provocare spiacevoli complicanze, quali dolori, parestesie e linfedema. Quest'ultimo è un disturbo cronico che può presentarsi in forma lieve o grave e che richiede sedute di fisioterapia motoria. Si manifesta con: edema del braccio dovuto all'ostacolo deflusso linfatico dell'arto superiore privato dei linfonodi di drenaggio ascellare.