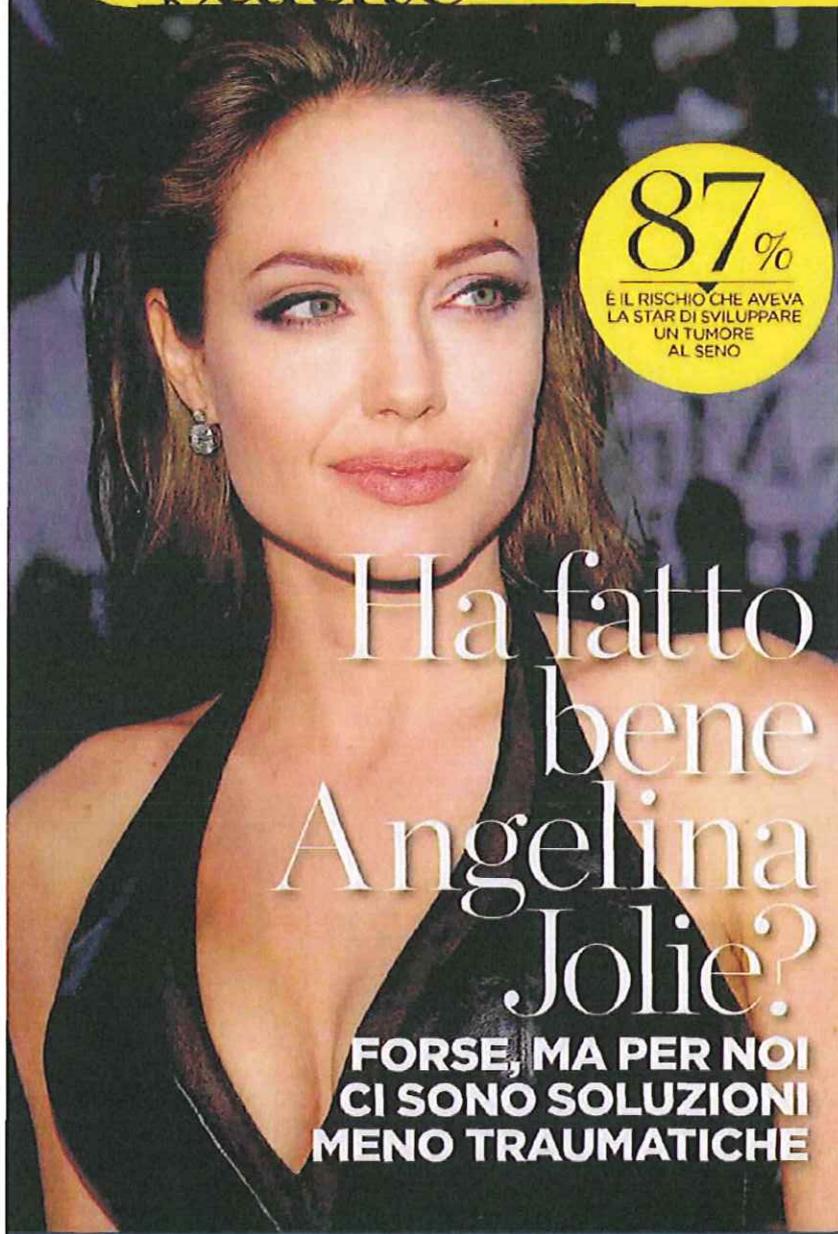


salute NEWS

a cura di Rossella Briganti



87%

È IL RISCHIO CHE AVEVA
LA STAR DI SVILUPPARE
UN TUMORE
AL SENOHa fatto
bene
Angelina
Jolie?FORSE, MA PER NOI
CI SONO SOLUZIONI
MENO TRAUMATICHE

La notizia-choc della sua mastectomia preventiva fa discutere. Ecco perché l'ha fatto. E le alternative

Che sia stata una scelta coraggiosa nessuno lo può negare. E nemmeno giudicare. Bisognava trovarsi nei suoi panni, con un rischio di sviluppare un tumore al seno che sfiorava il 90 per cento, 6 figli e una madre scomparsa a 56 anni per colpa del cancro alle ovaie (che ha i geni comuni al carcinoma mammario), per comprendere le ragioni profonde di una scelta così radicale. Ma è anche importante non cedere alla sirena del "bisturi facile" (con interventi "pre-tumore" così mutilanti) e avere una bussola che ci guidi nelle predizioni della medicina genetica. Per questo, abbiamo rivolto al professor Alberto Luini, direttore della Divisione di Senologia dell'IEO (Istituto Europeo di Oncologia) di Milano, alcune domande cruciali per tutte noi.

MASTECTOMIA PER TUTTE?

«No. Chiariamo subito che non si tratta di una scelta obbligata, l'unica che viene prospettata a tutte le donne che hanno un alto "profilo di rischio" come la famosa attrice», risponde Luini. «Nella mia esperienza sono le donne stesse, che sanno di avere una pesante eredità familiare, a chiedere la mastectomia preventiva, ancor prima che il senologo

TEST
GENETICI
SOLO PER
POCHI CASI

7%

QUANTO PESA IL TUO DNA? Anche se il caso Jolie ha scatenato accesi dibattiti, occorre ricordare che i tumori al seno di origine genetica rappresentano soltanto una piccola percentuale rispetto alla totalità di quelli che colpiscono la mammella.

5%

RISCHIO RESIDUO: la mastectomia bilaterale preventiva permette di abbattere sensibilmente il rischio di tumore. Ma non di azzerarlo completamente. Permane, infatti, il 5 per cento di rischio, legato al fatto che resta una piccola "porzione" di ghiandola mammaria.

Cosa devi sapere prima di decidere

1

Se 3 o più parenti hanno avuto un tumore (seno, ovaie), rivolgiti a un centro senologico (a qualunque età).

2

Oltre a sottoporsi a mammografia ed ecografia, ti proporranno una consulenza genetica.

3

Se i test genetici effettuati sul sangue sono positivi, verrai informata sulla tua percentuale di rischio.

4

Anche in base all'anamnesi familiare, ti verranno proposte varie scelte. L'intervento è col SSN.

gli proponga delle alternative (farmaci e controlli serrati). Angosciate, preferiscono giocare d'anticipo, piuttosto che convivere con le proprie ossessioni e calarsi nel ruolo di "sorvegliata speciale". Ma è importantissimo, ed eticamente corretto, informarle che l'asportazione delle ghiandole mammarie non è l'unica strada praticabile e che non azzerà il rischio-tumore: resta un 5 per cento, legato al residuo ghiandola conservato».

L'INTERVENTO È DOLOROSO?

«Più che l'intervento in sé, che è sicuramente mutilante, ma che grazie ai progressi della chirurgia plastica ricostruttiva assicura dei risultati esteticamente soddisfacenti (leggi sotto), è molto pesante il post-operatorio», spiega l'esperto. «Per almeno 2 mesi si ha dolore al petto e alle braccia, e limitazione dei movimenti (niente palestra, piscina, sollevamento di borse e valigie). Inoltre, c'è un rischio del 10% che, nei mesi successivi,

10%

Si stima che sia all'incirca questa la **percentuale di donne a rischio** che sceglie di sottoporsi alla mastectomia preventiva.

si formi una capsula fibrosa tra la protesi e il muscolo, che rende il seno molto duro e dolente e che, in alcuni casi, richiede la sostituzione delle protesi».

CI SONO ALTRE SCELTE?

«Una volta approdata in un Counselling di Prevenzione e Genetica Oncologica, alla donna viene indicato un programma di controlli serrati», spiega Luini. «In genere, viene consigliata una visita senologica, un'ecografia mammaria e una risonanza magnetica. Quest'ultima va eseguita ogni sei mesi, al massimo un anno, a discrezione del senologo curante. Circa la mammografia, invece, è prudente non superare l'indicazione di una all'anno, perché c'è il rischio di irraggiare troppo la mammella: i raggi X, infatti, sono potenzialmente cancerogeni».

MA NON ESISTONO FARMACI?

«Fortunatamente, chi ripudia la via del bisturi oggi può giocare la carta della farmacoprevenzione», risponde il senologo. «In molti centri di senologia italiani esiste la possibilità di partecipare a uno studio randomizzato, che prevede la somministrazione di un farmaco a base di *fenretinide*. Si tratta di un derivato della vitamina A, che ha dimostrato di riuscire a ridurre del 45-50 per cento il rischio di sviluppare un tumore controlaterale nelle donne già operate a un seno. Per ora, però, non abbiamo ancora dati definitivi sulla sua efficacia in chiave preventiva».

I FATTORI CHE FANNO ALZARE IL RISCHIO

Non contano solo i geni. Anche la famiglia e l'età di insorgenza del cancro

90%

 BCRA1 E BCRA2:
I GENI CATTIVI

● **Chi ha il *BRCA1* positivo** parte svantaggiata: ha già il 60-65 per cento di possibilità di sviluppare il carcinoma mammario. Se i test genetici rivelano una positività anche per il *BRCA2* il rischio sale al 90 per cento (è raro). Entrambi sono responsabili anche del cancro alle ovaie (50 per cento il primo, 20 il secondo).

 NUMERO DI CASI
IN FAMIGLIA

● **Parenti ammalati.** «Oltre ai geni, conta il numero dei familiari in linea diretta (madre, padre, sorelle, fratelli, nonne ma anche zie di primo grado) che hanno contratto il tumore alla ghiandola mammaria e, per le donne, alle ovaie», spiega Luini. «Più è elevato il numero di familiari coinvolti e di tumori multipli, più il rischio aumenta».

 ETÀ IN CUI COMPARE IL
TUMORE NEI PARENTI

● **Quando insorge** «Più i tumori si manifestano in età giovanile (sotto i 50 anni) più sono aggressivi e lasciano un'impronta negativa sui discendenti. Spesso, infatti, si tratta di forme molto aggressive e multifocali (con più noduli maligni)», spiega il professor Luini.

LA PERCENTUALE DI PERICOLO

60%



E DOPO? LA CHIRURGIA ESTETICA DÀ BUONI RISULTATI

«Dopo la mastectomia il seno, ricostruito, in genere viene bello», spiega Riccardo Testa, chirurgo plastico a Milano. «Con la prima taglia si hanno i risultati migliori,

perché più è grande il seno più si ha pelle in eccesso, e quindi le cicatrici diventano più lunghe e numerose. L'intervento (taglio sottomammario o ascellare)

è in 2 fasi: prima si inserisce un espansore che viene gonfiato per dilatare la cute. Dopo 2 mesi viene messa la protesi». In molte Regioni è gratis. *Alessandro Pellizzari*

Corbis, Getty

Su www.starbene.it trovi l'elenco dei Centri d'eccellenza oncologici-senologici