

Salute

DA SAPERE

1. Che cos'è una mammografia di screening? Qual è il suo risultato?

È un esame radiologico standardizzato, semplice e rapido, che permette di rivelare molto precocemente le lesioni che possono verificarsi nei seni prima che siano palpabili. Esso viene effettuato da personale istruito in maniera specifica, sulle donne che non presentano alcun segno patologico. Basta una mezz'ora, ossia il tempo per rispondere ad alcune domande e fare le 4 lastre necessarie.

2. Il risultato può essere...

- **negativo:** la mammografia non mostra nessuna immagine sospetta;
- **positivo:** la mammografia mostra un'anomalia di cui occorre chiarire l'origine. Può trattarsi di una zona più densa (opacità), irregolare (alterazione dell'architettura della ghiandola mammaria) o di piccolissimi de-

positi di calcio (microcalcificazioni). Per confermare se si tratta o no di un problema senza gravità sono necessari degli esami complementari: per esempio un'ecografia, un esame di risonanza magnetica, un prelievo di un frammento di tessuto del seno.

3. È un esame pericoloso? Ho paura dei raggi, che cosa sono esattamente?

Grazie alla qualità degli apparecchi utilizzati e ai controlli effettuati regolarmente, garantiti dai programmi di screening mammografico, la dose di radiazioni utilizzate è trascurabile, senza conseguenze per la salute e non giustifica una rinuncia all'esame. Si è esposte a una dose di radiazioni analoga effettuando ad esempio un volo transatlantico (radiazione naturale proveniente dallo spazio). Con gli sviluppi tecnici più recenti la dose di raggi necessaria viene ridotta ulteriormente.

4. È doloroso? Perché occorre comprimere i seni?

La maggior parte delle donne prova semplicemente un'impressione sgradevole all'atto della compressione; altre invece considerano l'esame come doloroso, benché duri solo qualche istante. La compressione è certo sgradevole, ma non è traumatizzante per il tessuto mammario ed è indispensabile per ottenere un buon risultato. Ogni seno viene compresso per qualche secondo tra due lastre. Ciò permette:

- di diminuire la sovrapposizione dei tessuti al fine di facilitare l'interpretazione delle immagini,
 - di aumentare il contrasto e la nitidezza dell'immagine,
 - di ridurre la dose di radiazioni necessaria.
- Per limitare il dolore è consigliato sottoporsi alla mammografia nei giorni successivi all'apparizione delle mestruazioni per le donne che non sono in menopausa,

poiché i seni sono meno sensibili. Se state effettuando un trattamento anticoagulante, comunicatelo alla persona che realizza la mammografia.

5. La mammografia è un metodo infallibile? Perché non un'ecografia?

Tutti i metodi fondati su delle immagini possono talvolta dare dei risultati falsamente positivi o negativi, nessuno è infallibile.

La mammografia è attualmente il metodo di riferimento per la diagnosi precoce del tumore mammario. Tutte le mammografie eseguite nell'ambito dei programmi cantonali di screening mammografico vengono valutate separatamente da almeno due medici radiologi per garantire una maggiore precisione e ridurre i rischi d'errore.

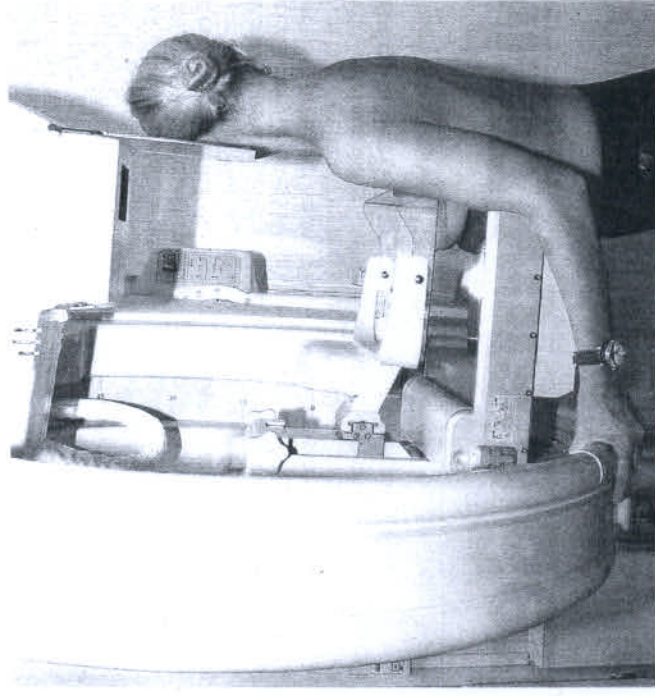
(Fonte: www.screening-seno.ch)

Un esame ogni due anni per proteggere le donne

In Ticino 260 persone all'anno si ammalano
di tumore al seno - Cinzia Marini parla dello screening

Sapevate che ogni anno nel nostro Cantone circa 260 donne si ammalano di tumore alla mammella? E che in media 70 di esse ne muoiono? Il dato ci è stato fornito da Cinzia Marini, manager e coordinatrice della Ricerca sui tumori epatici. Abbiamo pensato di interpellarla anche nell'ambito del dibattito sulla possibilità di introdurre un programma di diagnosi precoce del tumore della mammella (definito screening) riconosciuto dallo Stato e dalle assicurazioni, come già avviene in diversi Stati del mondo e in altri Cantoni della Svizzera. Una possibilità, ricordiamo, che fu ventilata anche da una mozione presentata l'8 maggio del 2006 da Marina Carobbio Guscetti e ancora inesa.

(red.)



Donne colpite dal tumore alla mammella in Ticino nel periodo 2002-2005

Periodo	Anni	Età 0-49	Età 50-69	Età 70+	Totale	Media annua
2002-2005	4	209	480	341	1030	259
Media annua		52	120	85		

Donne morte per tumore alla mammella nel periodo 2001-2004

Periodo	Anni	Età 0-49	Età 50-69	Età 70+	Totale	Media annua
2001-2004	4	15	101	149	265	66
Media annua		4	25	37		

L'INTERVISTA

Cinzia Marini, come funzionerebbe lo screening?

«Il programma dovrebbe consistere nell'esecuzione istituzionale della mammografia ogni due anni per le donne a partire dal 50. La mammografia è una radiografia speciale della mammella, che nel caso di dubbio è integrata da un'ecografia, un esame di complemento eseguito con ultrasuoni e talora da una biopsia, ma lo screening vero e proprio consiste nella fase mammografica».

Ma questo tipo di esami non viene già eseguito dai medici di famiglia e dai ginecologi?

«Certo. Può essere eseguito su base individuale, ma solo quando il medico riconosce nella paziente un sospetto clinico o un rischio elevato di sviluppare un tumore al seno, dipendente dalla sua storia familiare o da rischi personali».

È un esame pericoloso o doloroso?
«L'esame non è da considerare pericoloso, perché la qualità dei nuovi apparecchi rende controllata ed accettabile la dose di radiazioni somministrata; non è propriamente doloroso, ma in qualche caso genera una sensazione sgradevole perché la mammella deve essere brevemente compressa per essere radiografata in modo adeguato».

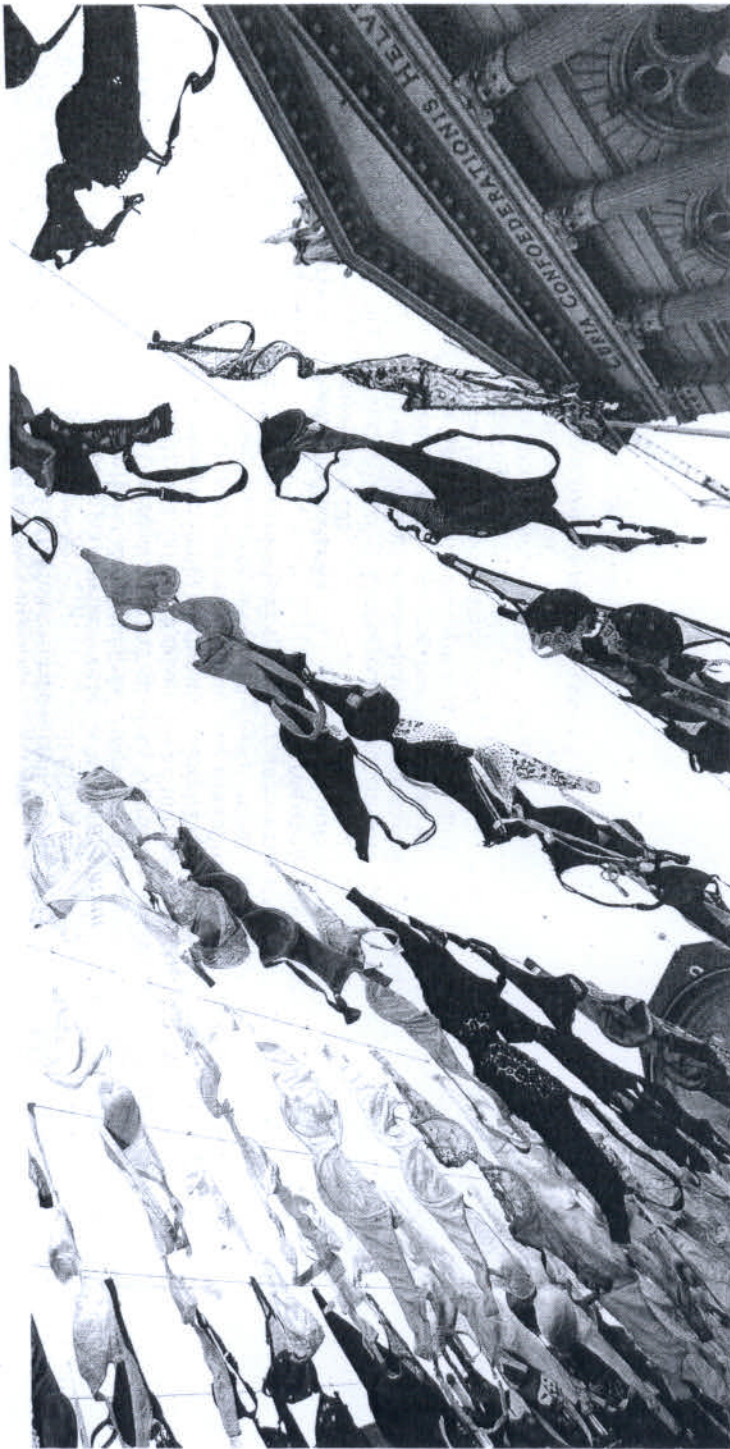
Ma è così importante lo screening per le donne che non presentano profilo a rischio?

«Sì, perché il tumore della mammella colpisce anche un importante numero di donne che non presentano profili di rischio particolari. La comparsa di questo tumore genera un enorme quadro di sofferenza personale, ma è anche un problema di salute pubblica, perché la patologia diagnosticata in fase avanzata comporta una maggiore mortalità, una compromissione esistenziale di molte donne in attività produttiva e importanti costi di cura e di invalidità».

È possibile quantificare il fenomeno?

«Sì, basta fare riferimento ai dati del registro dei tumori del Ticino. Mi limito a due esempi. Nel periodo tra il 2002 e il 2005 in Ticino si sono ammalate di tumore alla mammella 259 donne l'anno, 120 delle quali appartengono alla fascia tra i 50 e i 69 anni; 52 a quella sotto i 50 anni e 85 a quella sopra i 70 anni. L'altro esempio riguarda invece il periodo 2001-2004 durante il quale in Ticino 66 donne l'anno sono morte per carcinoma mammario, 25 delle quali nella fascia tra i 50 e i 69 anni. Dati paragonabili, per intenderci, a quelli del resto della Svizzera e degli Stati europei a noi vicini».

In che misura lo screening diminuirebbe la mortalità?
«Spesso, a questo proposito, viene citato il riassunto di uno studio inglese (BMJ 2005) che individua 6 decessi in 10 anni tra



NON È DOLOROSO In alto: servizio di senologia in una clinica ticinese (fotogramma). Sopra: 1.500 reggiseni stesi davanti a Palazzo federale nell'ottobre del 2008. Rappresentano il numero di donne che ogni anno muoiono di tumore al seno in Svizzera (Keystone).

1.000 donne non sottoposte a mammografia e 4 decessi in 10 anni tra 1.000 donne che fanno la mammografia ogni 2 anni (il dato è riferito alle donne tra i 50 e i 60 anni). Insomma: si eviterebbero 2 decessi ogni 10 anni su 1.000 donne. Applicando il dato alla popolazione reale (nel nostro caso, alla quantità di donne abitanti in Ticino), si può vedere che il numero reale di persone salvate è significativo. E poi non esiste solo il problema della mortalità. Bisogna tener conto anche di altri fattori di sofferenza e delle problematiche medico-sociali».

Che cosa consente di scoprire una mammografia?

«Si può scoprire un tumore più o meno grande e la dimensione è un fattore importante per la prognosi (notevoli differenze sotto o sopra i 2 cm) e per la programmazione dell'intervento. In base alla dimensione e alla localizzazione del tumore, il chirurgo può

decidere se rimuovere parte della mammella con il nodulo (intervento conservativo) oppure se è necessaria la rimozione di tutta la mammella (mastectomia). Oggi non è più obbligatorio eseguire la mastectomia in tutti i casi come nel passato. Durante l'intervento chirurgico vengono rimossi anche i linfonodi dell'ascella, che sono importanti per definire lo stadio della malattia; il numero dei linfonodi colpiti è uno dei fattori più importanti per definire la prognosi, cioè il rischio di recidiva e di mortalità dopo l'intervento».

E dopo l'eventuale operazione?

«Dopo l'intervento, praticamente tutte le donne che non hanno dovuto essere sottoposte a mastectomia saranno avviate a radioterapia, irradiazione della mammella per circa 5 settimane, per ridurre il rischio di recidiva locale. In base alla valutazione di tutti i fattori citati di rischio prognostico, tra cui lo stadio dell'età,

dello stato pre- o menopausale della donna, si stabilisce il programma di terapia adiuvante o precauzionale. I parametri biologici definiscono il rischio di recidiva o di mortalità e la terapia precauzionale riduce questi rischi in modo quantitativamente significativo».

Che cos'è la terapia precauzionale?

«Può consistere nell'induzione di una menopausa artificiale, nella somministrazione di terapia ormonale, in una chemioterapia che può durare anche 4-6 mesi con ripetute visite in ospedale, compromissione della qualità di vita, perdita di lavoro».

E se si arriva troppo tardi?

«Purtroppo esistono anche casi dove il tumore è diagnosticato tardi, con metastasi presenti, per i quali non vi è possibilità di guarigione, ma solo di trattamento del tumore almeno a medio termine. Considerando questa storia medica emerge che se il tumore è diagnosticato precocemente, ol-

tre alla riduzione della mortalità, avremo la possibilità di migliorare la prognosi, ridurre la gravità dell'operazione e l'importanza della terapia precauzionale. Avremo quindi meno pazienti con necessità di chemioterapia, il mantenimento della qualità di vita, una riduzione dei costi di cura e della perdita di lavoro».

Qual è la fascia di età più esposta al rischio di tumore alla mammella?

«Per quanto concerne la definizione della fascia d'età e della frequenza, l'impatto maggiore si ha tra i 50 e 60 anni».

Perché lo screening andrebbe fatto ogni due anni?

«La scelta della frequenza biennale è dettata pure da considerazioni biologiche legate alla natura del tumore e all'adeguamento delle risorse economiche alle considerazioni statistiche; oggi è un'approssimazione accettabile, ma il problema della ridefinizione rimarrà aperto per lungo tempo».