

L'allarme Oncologici a fianco dei chirurghi plastici. Robotti: ricostruzione con l'intervento, ma per una plastica completa attese più lunghe

Cancro al seno, oltre 1.000 nuovi casi l'anno

Fenaroli: ai Riuniti cure avanzate. In Lombardia radioterapia intraoperatoria solo a Bergamo, oltre all'Istituto europeo



L'appatecchiatura per la radioterapia intraoperatoria usata agli Ospedali Riuniti

■ A Bergamo il tumore al seno è la causa più frequente di morte, tra le patologie oncologiche: in media ogni anno oltre 200 donne muoiono per questo tipo di cancro. Su 100 decessi di donne per cancro, 16 sono dovuti al tumore alla mammella, 11,8 al colon retto, 9,4 al polmone, 8,8 allo stomaco, 8,4 al fegato; se può consolare, in media la morte per tumore alla mammella è inferiore alla media regionale, un 4% in meno. E l'incidenza dei nuovi casi ogni anno è di una certa rilevanza: ogni 100.000 residenti donne in provincia di Bergamo 164,2 all'anno si ammalano di tumore al seno. In media, gli oncologi calcolano che in totale circa 1.000 nuovi casi di tumore al seno riguardano ogni 12 mesi le donne bergamasche. E anche per i ricoveri per patologie al seno (comprendono i tumori maligni e riguardano tutti i ricoveri nelle strutture ospedaliere della Bergamasca, sia private sia pubbliche, i dati sono dell'Asl di Bergamo), si registra una progressiva crescita: dagli 873 nel 2004 ai 960 nel 2008.

«Aumentano, è vero, i tumori alla mammella, ma aumentano anche perché ne scopriamo di più – evidenzia Privato Fenaroli, direttore di Senologia degli Ospedali Riuniti di Bergamo –. Si tenga conto che su circa 800 interventi l'anno alla mammella, i tumori alla mammella maligni sono circa 500-600 l'anno. I nuovi casi attesi sono tra i 600 e gli 800, ormai, e notiamo anche una incidenza in età più bassa. Perché ci si ammala? Se sapessimo con certezza qual è la causa avremmo risolto il problema:

di certo, ci sono più fattori, la familiarità, lo stile di vita, l'alimentazione. Ecco che, per esempio, la prevenzione può fare molto. E non è un caso che i numeri dello screening mammografico di Bergamo e provincia siano encomiabili. Individuare con tempestività una formazione maligna al seno significa avere altissime probabilità di guarigione, annullando o comunque diminuendo sensibilmente la necessità di altre sedute di radio». Qualche numero, sui risultati dello screening mammografico a Bergamo e provincia (dati forniti dall'Asl): nel 2008 sono stati in totale 65.472 i primi inviti fatti per gli esami e 42.975 le mammografie eseguite, con una stima di adesione complessiva che supera il 65%; stessa stima per i dati del 2009 (aggiornati a novembre) con 51.184 primi inviti e 33.042 mammografie eseguite. «Lo screening mammografico è fondamentale. Così come sono essenziali, oggi, le nuove frontiere terapeutiche. Ripeto, è vero che ci si ammala di più di cancro al seno, ma si muore molto meno di una volta. Ai Riuniti, peraltro, abbiamo affinato tecniche terapeutiche e chirurgiche ricostruttive che sono davvero per noi motivo di vanto. Penso alla radioterapia intraoperatoria, lo Iort – evidenzia Privato Fenaroli –. Si tratta di un acceleratore di elettroni mobile per sedute di radioterapia direttamente in sala operatoria. E soltanto gli Ospedali Riuniti e l'Istituto europeo oncologico di Milano sono le strutture accreditate per questo tipo di terapia: una cura intensi-

va radiante che consente alla donna di uscire dalla sala operatoria con un margine di sicurezza di guarigione elevatissimo. Risultati davvero impensabili, anche solo 10 anni fa». E, proprio nel recente congresso nazionale degli Oncologi medici tenutosi a Bergamo sul carcinoma mammario, a proposito di strategie terapeutiche, ha sottolineato Carlo Tondini, direttore di Oncologia medica dei Riuniti: «Le terapie mediche nel trattamento del carcinoma mammario hanno vissuto un notevole arricchimento nel corso degli ultimi anni. Da un lato, i consueti strumenti terapeutici che compongono i due grossi filoni tradizionali della terapia medica, quello chemioterapico e ormonoterapico, si sono arricchiti di nuovi e più efficaci farmaci; dall'altro, sono apparse nuove molecole che agiscono attraverso meccanismi di azione "mirati", cioè attraverso vie metaboliche che possono essere coinvolte in misura variabile nel processo di crescita e sviluppo di una neoplasia. Nella pratica clinica queste evoluzioni hanno rappresentato una straordinaria opportunità di avanzamento della efficacia del nostro intervento terapeutico».

Lo stesso si può dire della chirurgia plastica ricostruttiva, come spiega Enrico Robotti, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia plastica dei Riuniti: «Lavoriamo fianco a fianco con gli oncologi, perché gli interventi di questo tipo devono essere calibrati come un ricamo, ma nello stesso tempo consenti-

re al medico di asportare il tumore con estremi margini di sicurezza. Proponiamo, prima dell'intervento, alla donna le varie ipotesi di ricostruzione e su di lei, sui suoi desideri, sulle sue necessità calibrano la nostra prestazione. Si deve tenere conto, però, che se è vero che immediatamente dopo l'intervento la donna esce dalla sala operatoria comunque con un seno il più possibile vicino a quello che era prima del tumore, è altrettanto vero che nel 20% dei casi, almeno, è poi necessario un secondo quando non un terzo intervento di chirurgia ricostruttiva. E i tempi sono legati da un lato alle necessità di ulteriori terapie, da valutare caso per caso, dall'altro anche alle esigenze stesse della donna. Per esempio, in caso di una successiva ricostruzione, nel seno operato viene collocato un "espansore" che poi permettere di effettuare una vera plastica in un secondo momento, anche con pro-

tesi definitiva. Quindi già prima dell'asportazione del tumore la donna conosce e sceglie con noi il programma di ricostruzione del suo seno. Ma per un seno ricostruito, in più fasi, a volte si aspetta anche un anno, o due». E questo perché? A cosa sono dovute le attese? È il direttore sanitario dei Riuniti, Claudio Sileo a spiegare: «È vero, in alcuni casi i tempi per una ricostruzione si allungano, ma in realtà sono percentuali piuttosto basse e questo accade perché o la plastica va rinviata per motivi clinico-terapeutici o perché la stessa paziente decide di farlo in un secondo momento. In realtà, sempre entro 30 giorni dalla diagnosi del tumore viene effettuata l'asportazione, come da protocollo, e il 70% delle donne che poi necessitano di una ricostruzione complessa, ai Riuniti escono dalla sala operatoria con l'espansore ed entro 6/8 mesi hanno la ricostruzione definitiva». Se però questa ricostruzione viene rinviata, per va-

ri motivi, i tempi sono più lenti: «La priorità, in sala operatoria, va sempre al protocollo dei 30 giorni per l'asportazione dei tumori - sottolinea Sileo -. Comunque abbiamo già aumentato del 30% l'attività operatoria della Senologia, con 2 sedute operatorie in più alla settimana. Tenteremo di aumentarle ulteriormente, in attesa dell'apertura del nuovo ospedale, dove avremo risorse logistiche più agevoli. E, proprio in questa sede, mi piace sottolineare che i Riuniti hanno appena ricevuto, dalla Regione l'ok per il protocollo di utilizzo, insieme allo Ieo, per la radioterapia intraoperatoria anche per il prossimo triennio. Siamo gli unici in Lombardia, anche con l'estensione del protocollo dell'utilizzo dello Iort su donne con età più bassa, rispetto a quella prevista in precedenza. Ovvero, i Riuniti sono sempre più all'avanguardia per la lotta al cancro. E soprattutto a fianco delle donne».

Carmen Tancredi

