

Prevenzione e diagnosi precoce in Ginecologia (delle neoplasie ginecologiche)

INDICE

- Introduzione
- Le neoplasie dell'utero
- Il carcinoma precoce della cervice uterina
- Il carcinoma dell'endometrio
- Le neoplasie dell'ovaio
- Le neoplasie della vagina
- Le neoplasie della vulva
- Le neoplasie della mammella
- Altre neoplasie
- Bibliografia

Introduzione

La prevenzione dei tumori o delle neoplasie si prefigge il compito di diagnosticare e curare "in tempo" queste malattie attraverso interventi chirurgici limitati e non demolitivi e con alte percentuali di guarigioni a distanza.

La Prevenzione Primaria ha lo scopo di ridurre la morbosità e quindi la mortalità del cancro attraverso l'individuazione e l'eliminazione delle cause che provocano tumore. Tuttavia poiché la genesi delle neoplasie è dovuta a più fattori, per ognuna di esse non si conosce ancora la precisa causa e l'esatto momento che segnano l'inizio del processo tumorale.

L'unica prevenzione primaria che attualmente può essere fatta è l'educazione sanitaria della popolazione e la sensibilizzazione dei medici di primo livello (medici di famiglia).

L'educazione della popolazione prevede l'insegnamento che il cancro è una malattia curabile e guaribile se diagnosticata precocemente. L'intervento dei medici di famiglia deve sensibilizzare la popolazione affinché si sottoponga a visite di prevenzione oncologica.

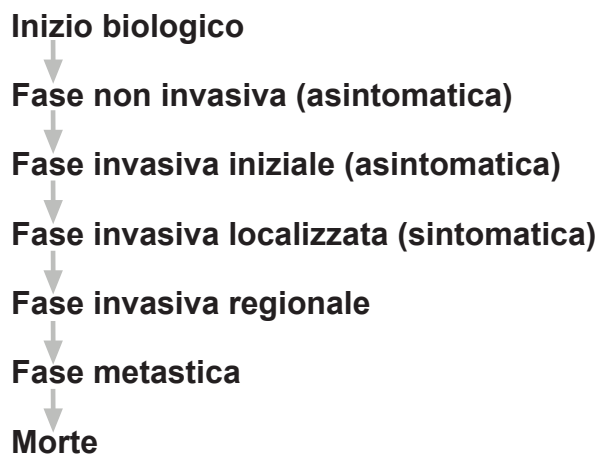
La Prevenzione Secondaria ha invece il compito di: identificare i gruppi di popolazione a rischio per un dato tumore, riconoscere e trattare le lesioni neoplastiche e diagnosticare il maggior numero di neoplasie in fase preclinica e precoce.

Le Lesioni Preneoplastiche sono tutte quelle alterazioni di un tessuto od organo che non sono definibili ancora neoplasie vere e proprie, ma se non riconosciute e trattate hanno una probabilità di evolvere in cancro.

La Diagnosi Precoce consente di diagnosticare un tumore in fase iniziale, sito all'interno di un'organo, ma non ancora, o poco esteso al resto dell'organismo: modesta frequenza di metastasi linfonodali ed assenza di metastasi a distanza.

La Diagnosi Preclinica consente, invece, di diagnosticare un tumore (generalmente in pazienti asintomatici) tramite un test diagnostico capace di individuare la malattia al suo esordio, e quindi risulta più precoce della diagnosi precoce stessa (PAP test per i tumori dell'utero, Mammografia per i tumori della mammella).

Come tutte le malattie anche il cancro ha delle tappe di evoluzione:



La diagnosi preclinica e la diagnosi precoce riducono la mortalità del cancro. I dati della letteratura in tutto il mondo hanno registrato un notevole aumento della sopravvivenza con conseguente riduzione della mortalità per cancro genitale in donne per le quali è stato possibile effettuare una diagnosi precoce e/o preclinica del tumore. Il successo maggiore è stato sicuramente ottenuto con l'introduzione del PAP-Test per lo screening del cancro del collo dell'utero la cui incidenza, con conseguente mortalità, si è ridotta di circa 1/3 rispetto a 50 anni fa nei paesi occidentali, mentre nei paesi in via di sviluppo rappresenta ancor oggi una importante causa di morte nel sesso femminile.

La moderna diagnostica dell'Oncologia ginecologica ha messo a punto una serie di altri esami clinici, strumentali e di laboratorio al fine di poter individuare gruppi di donne a rischio per vari tumori ginecologici e di poter effettuare una reale e valida prevenzione oncologica secondaria, personalizzata per ogni singola donna.

Le neoplasie dell'utero

Le neoplasie dell'utero comprendono sia i tumori del collo dell'utero sia quelli del corpo dell'utero (carcinoma dell'endometrio).

L'approccio diagnostico e terapeutico per ognuna di queste neoplasie è differente in quanto sono malattie diverse, anche per l'epidemiologia ed i fattori di rischio.

Il carcinoma della cervice uterina

Epidemiologia

Il successo della diagnosi precoce e preclinica del carcinoma della cervice uterina (CCU) ha ridotto la mortalità per questo tumore di un terzo rispetto a 50 anni fa nei paesi occidentali, mentre nei paesi in via di sviluppo il CCU è ancora oggi una importante causa di morte nel sesso femminile. In Italia, attualmente, l'incidenza del carcinoma invasivo è di 10 casi ogni 100.000 donne, mentre l'incidenza delle forme preneoplastiche o neoplasie cervicali intraepiteliali di vario grado (CIN I-II-III) è di 10 casi ogni 1.000 donne per arrivare a 3 casi ogni 1.000 donne per il solo CIN III (carcinoma in situ).

La fascia di età di donne colpite va dai 45 ai 55 anni per il carcinoma invasivo e dai 25 ai 35 anni per il CIN di vario grado. Le forme preneoplastiche precedono in media di circa 10 anni la comparsa di neoplasia invasiva.

Va detto tuttavia che nonostante la mortalità per CCU si è ridotta, l'incidenza delle neoplasie in fase intraepiteliale (CIN) è in netto aumento e riscontrabile soprattutto a carico di donne giovani che si sottopongono a controlli di prevenzione.

Fattori di rischio

Il principale fattore di rischio per CCU nel mondo occidentale è rappresentato dal non aver mai effettuato un PAP Test.

Altri fattori di rischio considerati sono:

1. La precoce attività sessuale;

2. L' elevato numero di partners sessuali;
3. La multiparità;
4. Il basso stato socio economico;
5. La prima gravidanza ed il parto in età precoce;
6. Il fumo di tabacco;
7. Le infezioni virali da papilloma virus umano (HPV).

Il ruolo delle infezioni da HPV nella oncogenesi del CCU non è stato ancora completamente chiarito. Si ipotizza che solo alcuni tipi di virus (16, 18, 31, 33, 35) in presenza di altri cofattori (infezioni da HSV-2, fattori immunologici ed ormonali, fumo) possano indurre la trasformazione neoplastica. Tuttavia la grande diffusione dell'infezione da HPV tra le giovani donne e la maggiore incidenza del CCU invasivi in età avanzata (45/55) anni sono due dati discordanti.

Diagnosi preclinica e precoce

La colpocitologia oncologica o PAP Test (Test di Papanicolau) è l'esame di primo livello per la diagnosi preclinica e precoce del CCU e dei suoi precursori (CIN).

È un test di facile e rapida esecuzione. Dopo l'introduzione dello speculum in vagina si esguono due prelievi: il primo all'esterno del collo dell'utero con la spatola di Ayre e l'altro all'interno del canale cervicale con il cytobrush. Il materiale prelevato viene strisciato su vetrino, colorato con la metodica di Papanicolau e quindi letto al microscopio ottico. Il PAP Test deve essere eseguito prima della colposcopia e della vista ginecologica e lontano del periodo mestruale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il prima PAP Test eseguito andrebbe eseguito in coincidenza dell'inizio dei rapporti sessuali e comunque non oltre il 25° anno di età.

La Colposcopia è l'esame di secondo livello per la diagnosi preclinica e precoce del CCU. Dopo l'introduzione dello speculum in vagina, si osserva il collo dell'utero mediante uno strumento ottico (il colposcopio) a vari ingrandimenti (da 5 a 25 volte) e dopo l'applicazione di sostanze reagenti (acido acetico e liquido di Lugol) che colorano in modo differente le aree atipiche cervicali così individuate vengono eseguiti i prelievi biotipici per l'accertamento.

L'accuratezza diagnostica del PAP Test e della Colposcopia è di circa il 90% per ognuna delle due tecniche quando eseguite separatamente; sale e si avvicina al 100% quando eseguite in modo combinato dallo stesso operatore.

La colposcopia oltre che come esame di secondo livello per la diagnosi preclinica del CCU ha altre applicazioni:

1. Riconoscere i falsi negativi ed i falsi positivi della citologia in pazienti asintomatiche e non;
2. Diagnosticare le lesioni benigne (polipi, ecc.) e le infezioni soprattutto da HPV del collo dell'utero, della vagina, e della vulva con scelta del trattamento adeguato e successivo controllo della normalizzazione;
3. Valutare e selezionare le pazienti con CIN per la scelta del trattamento (terapia conservativa o ultraconservativa)
4. Controllare il CIN in gravidanza;

5. Diagnosticare le neoplasie intraepiteliali della vulva (VIN) e della vagina (VAIN);
6. Valutare la risposta alla stimolazione estrogenica spontanea e dopo trattamento in menopausa.

La colposcopia costituisce, quindi, non solo un esame di prevenzione oncologica, ma anche un metodo di investigazione ginecologica fondamentale nell'ambito di una corretta e completa ispezione ginecologica.

Biopsia cervicale sotto guida coloposcopica

La biopsia cervicale viene eseguita mediante una pinza che permette di prelevare piccoli frammenti di tessuto dalle aree atipiche del collo dell'utero individuate per mezzo di colposcopia. L'esame non è doloroso e solo in alcuni casi può provocare un piccolo sanguinamento. I frammenti di tessuto asportati vengono fissati in formalina ed analizzati dall'anatomopatologo.

Microisteroscopia e courettage del canale cervicale

Non sono comuni esami di routine per la prevenzione e la diagnosi precoce dell'CCU e dei CIN.

Si effettuano solo nei casi in cui il PAP Test è positivo o dubbio per CIN e all'esame colposcopico non si evidenziano aree atipiche sull'esocollo, oppure la lesione individuata sull'esocollo penetra nel canale cervicale.

La microisteroscopia è un esame indolore e va eseguito in ambulatorio fuori dal periodo mestruale. Dopo l'introduzione dello speculum in vagina si osserva l'esocollo ed il canale cervicale mediante contatto diretto con il microisteroscopio di Hanou e dopo l'applicazione di sostanze (Liquido di Lugol e bleu di Waterman).

Il courettage del canale cervicale consiste invece nella asportazione, mediante una couretta (un sottile strumento chirurgico) di frammenti di tessuto di canale cervicale che vengono analizzati dall'anatomopatologo. L'esame va eseguito in anestesia locale e/o generale in regime di DAY-SURGERY.

CIN e CCU invasivo in gravidanza

In CCU invasivo in gravidanza è estremamente raro. Rappresenta il 2-3% sul totale dei casi e si verifica ogni 2000 gravidanze circa. La gravidanza non peggiora la prognosi del CCU invasivo ai primi stadi. In questi casi l'iter diagnostico prevede l'attesa del completamento dello sviluppo fetale nel 3° trimestre di gravidanza, espletamento del parto mediante taglio cesareo e successivo trattamento chirurgico o radiante.

Terapia

La diagnosi del CIN (I-II-III) rappresenta un momento critico ed importante della storia naturale del CCU. La storia naturale della evoluzione da CIN I CIN II CIN III o carcinoma in situ CCU microinvasivo fino al CCU invasivo impone il trattamento di tutti i CIN diagnosticati, anche solo una parte dei CIN evolverà verso il CCU. La terapia del CIN si divide in conservativa (conizzazione) e ultraconservativa (diatermocoagulazione, crio-chirurgia, laser vaporizzazione).

La conizzazione a scopo diagnostico e terapeutico è il trattamento di elezione per i CIN di grado elevato (CIN I e II). Può essere eseguita con tagliente a freddo (bisturi) in regime di

ricovero ospedaliero ed in anestesia generale, oppure in ambulatorio mediante ansa diatermica o laser escissione. La verifica istologica sul cono di tessuto asportato è utile per confermare la diagnosi di CIN, escludere il carcinoma invasivo e controllare che i margini della lesione asportata siano liberi.

La conizzazione è il trattamento di elezione per le giovani donne affette da CIN II e III che non hanno avuto gravidanze e che tuttavia desiderano conservare l'utero. L'isterectomia va riservata solo quando ci siano altre patologie dell'utero concomitanti (fibromi, cisti ovariche) e comunque in donne di età avanzata (isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia bilaterale).

La terapia ultraconservativa va invece riservata ai CIN di basso grado (CIN I): si esegue in regime ambulatoriale, con o senza anestesia locale.

La corretta diagnosi e l'adeguata terapia del CIN comporta una guarigione nel 100% dei casi.

La terapia del CCU invasivo è rappresentata dalla chirurgia radicale (isterectomia con linfadenectomia pelvica) da sola od in associazione alla radio- e/o chemio-terapia.

Il carcinoma dell'endometrio

Epidemiologia

Il carcinoma dell'endometrio (mucosa interna del corpo uterino) si colloca al quarto posto fra tutte le neoplasie femminili dopo quelle della mammella del polmone e del colon. Ogni anno in Italia si verificano circa 5.000 nuovi casi.

Le donne più colpite sono quelle in menopausa anche se nel 25% dei casi possono essere colpite donne in età premenopausale e nel 2% dei casi donne con meno di 40 anni.

Fattori di rischio

La menopausa, l'obesità, il diabete, la nulliparità, l'ipertensione e una storia di cicli mestruali irregolari sono da soli, o variamente intrecciati fra loro, i maggiori fattori di rischio o predisponenti a sviluppare un carcinoma endometriale.

L'uso della pillola anticoncezionale in età fertile è considerato un fattore preventivo o protettivo soprattutto nelle donne con tendenza alle irregolarità mestruali.

L'uso della terapia ormonale sostitutiva in menopausa non aumenta il rischio di sviluppare la malattia se la terapia è bilanciata: estrogeni+progestinici.

Un gruppo di pazienti a maggiore rischio è rappresentato dalle donne affette da carcinoma della mammella in terapia con Tamoxifene.

Diagnosi precoce

Nella maggior parte dei casi il carcinoma dell'endometrio è sintomatico già in fase iniziale. Pertanto tutte le donne che presentano un sanguinamento genitale in età pre- o post-menopausale devono sottoporsi a visita specialistica ginecologica.

La visita ginecologica, unitamente alla colposcopia serve ad escludere altre cause non tumorali che possono avere determinato il sanguinamento: distrofie od infiammazioni del collo dell'utero e della vagina, polipi, ecc.

L'ecografia pelvica trans-addominale o con sonda transvaginale consente di misurare lo

spessore della mucosa endometriale che in donne in menopausa non deve superare i 5 mm. L'isteroscopia consente, tramite l'inserimento di una sottilissima sonda luminosa dentro la cavità uterina, di osservare direttamente le eventuali irregolarità della mucosa endometriale ed effettuare prelievi biotipici per l'accertamento istologico.

Il raschiamento endouterino ha il compito di asportare la mucosa endometriale per l'esame istologico.

La precoce sintomatologia del cancro dell'endometrio consente di diagnosticare oltre il 75% dei casi in fase iniziale (tumore contenuto all'interno dell'utero) ottenendo alte percentuali di guarigione.

Terapia

La terapia del carcinoma dell'endometrio è chirurgica (isterectomia con linfadenectomia pelvica) da sola od in associazione alla radio e/o chemioterapia.

Le neoplasie dell'ovaio

La patologia neoplastica dell'ovaio rappresenta uno dei più importanti e complessi capitoli della ginecologia oncologica in quanto l'ovaio è sede di numerosi tumori diversi fra loro per istogenesi, epidemiologia etiopatogenesi e prognosi.

Epidemiologia

I tumori maligni dell'ovaio sono la principale cause di morte tra le neoplasie dell'apparato genitale femminile, mammella esclusa. In Italia si verificano circa 3.000 decessi l'anno. La causa principale di una così alta mortalità è la spiccata evolutività della malattia. Possono colpire donne di tutte le età: le forme borderline (a basso potenziale di malignità) colpiscono più frequentemente donne fra i 30 ed i 50 anni, mentre quelle maligne donne fra i 50 ed i 70 anni.

Le neoplasie più frequenti sono i tumori epiteliali (80%) e la loro incidenza è di circa 15 casi ogni 100.000 donne di età compresa fra i 35 ed i 65 anni.

Fattori di rischio

La nulliparità o scarsa parità, l'infertilità, la familiarità sembrano essere fattori di rischio o predisponenti ai tumori maligni dell'ovaio. L'uso della pillola anticoncezionale nell'età fertile è considerato un fattore protettivo e preventivo importante.

Diagnosi precoce

La diagnosi precoce è del tutto casuale e può essere posta in seguito all'individuazione di una massa pelvica durante una visita ginecologica o di routine o durante l'esecuzione di una ecografia pelvica eseguita per altre ragioni.

L'individuazione di una massa pelvica mediante visita ginecologica o ecografia in giovane età o in menopausa si associa ad un elevato rischio di neoplasia maligna. In età fertile, invece, la patologia benigna è più frequente.

I dosaggi di marcatori tumorali: CA-125, Alfafetoproteina e Beta HCG, devono sempre completare

l'iter diagnostico in giovane età, mentre in età avanzata va ricercato solo il CA-125.

In giovane età qualsiasi massa pelvica documentata richiede, pertanto, una attenta valutazione. In età fertile la scoperta di cisti ovariche asintomatiche con diametro inferiore ai 5 cm, senza segni ecografici sospetti per malignità e con CA 125 nella norma, deve prevedere la ripetizione di un controllo clinico ed ecografico a distanza di 3-6 mesi.

Recenti studi hanno evidenziato che alti livelli di altri marcatori tumorali, quali CA 19-9, TPA e CEA riflettono lo stato e l'avanzamento della malattia.

Questi marcatori sono, pertanto, utili anche nella valutazione dell'efficacia della terapia e per la diagnosi precoce della recidiva.

Terapia

La terapia delle neoplasie ovariche è medica e chirurgica. La terapia medica con Estro-Progestinici (pillola anticoncezionale) è indicata nelle neoplasie benigne: cisti ovariche semplici, flude o liquide, diagnosticate in età fertile senza aspetti ecografici di sospetta malignità e con marcatori tumorali negativi.

Se dopo 3-6 mesi di terapia, la cisti ovarica controllata mediante ecografia non è scomparsa si può eseguire l'aspirazione della cisti stessa sotto guida ecografica in anestesia locale e in regime di DAY-HOSPITAL oppure l'asportazione mediante chirurgia laparoscopica. La terapia delle neoplasie ovariche maligne è chirurgica, da sola o in associazione alla radio e/o chemioterapia.

Le neoplasie della vagina

Epidemiologia e fattori di rischio

La neoplasia intraepiteliale vaginale (VAIN I-II-III) è molto rara. Pur osservandosi in tutte le fasce di età (24-75 anni) si manifesta più frequentemente in giovani donne con infezione genitale da HPV e in donne isterectomizzate per patologia benigna o maligna dell'utero. Il VAIN III ha incidenza molto più bassa (0,2/100.000) rispetto al CIN III (36/100.000).

La diagnosi di VAIN III è rara come lesione isolata mentre è più frequente in associazione con il CIN od in donne già trattate per il CIN o per neoplasia intraepiteliale vulvare (VIN).

Le neoplasie maligne primitive della vagina sono molto rare e sempre molto gravi. Più frequentemente vengono diagnosticate neoplasie vaginali secondarie alla diffusione di carcinomi cervicali e vulvari. La frequenza del carcinoma vaginale primitivo è dello 0,52% rispetto ai tumori dell'apparato genitale femminile. Si manifesta in donne di età avanzata e sembra essere favorito dagli stati infiammatori cronici della mucosa vaginale e da traumatismi cronici (uso prolungato di pessari vaginali).

Diagnosi precoce

La diagnosi precoce di questi tumori è possibile solo se nel corso dei comuni controlli ginecologici venga eseguita sempre una accurata ispezione della vagina, meglio se con colposcopio (vaginoscopia).

Terapia

Il VAIN è una lesione che come il CIN va considerata a potenziale evoluzione verso l'invasività. Il trattamento del VAIN deve essere il più conservativo possibile: eradicazione della lesione, e nello stesso tempo, conservazione dell'integrità funzionale della vagina.

Il VAIN di basso grado (VAIN I) può essere efficacemente trattato con applicazione di unguento di 5-Fluorouracile.

La laser-vaporizzazione rappresenta, invece, il trattamento di elezione del VAIN di grado elevato (VAIN II-III): si esegue in regime ambulatoriale con o senza anestesia locale.

Le neoplasie della vulva

Epidemiologia e fattori di rischio

Le neoplasie intraepiteliali della vulva (VIN I-II-III) incidono in giovani donne con un picco di frequenza intorno ai 30 anni. Il carcinoma della vulva ha un picco di frequenza intorno ai 60-70 anni.

Pertanto i dati epidemiologici indicano che il VIN in giovane età non sia una malattia precancerosa, ma una entità correlata alla infezione da HPV (oltre il 60% dei casi). Infatti il VIN in giovane età è soggetto ad una rapida insorgenza e a possibilità di regressione spontanea come una malattia infettiva. Pertanto solo il VIN che insorge fra i 50 ed i 70 anni potrebbe essere un reale precursore del carcinoma della vulva.

Il VIN III è spesso multicentrico e nel 30% dei casi insorge in donne con CIN III pre-esistente o concomitante. Più frequentemente asintomatico può talvolta indurre prurito nelle sedi vulvari di localizzazione.

Il carcinoma della vulva rappresenta il 5% dei tumori genitali femminili ed occupa il 3° posto per incidenza dopo il cancro dell'utero o dell'ovaio.

Nonostante la vulva sia un organo accessibile alla esplorazione, il carcinoma vulvare viene diagnosticato tardivamente a causa della sua scarsa o nulla sintomatologia in fase iniziale e a causa del fatto che colpisce donne in età avanzata spesso reticenti a sottoporsi a controllo ginecologico.

Diagnosi precoce

La diagnosi precoce di VIN III e del carcinoma della vulva è determinante per la terapia e la prognosi. La sopravvivenza a 5 anni, nonostante i trattamenti mutilanti, non supera il 50%, mentre nel VIN III anche con interventi più limitati, si ottiene una sopravvivenza del 100% circa. L'iter diagnostico corretto prevede l'ispezione clinica unitamente alla esecuzione di citologia vulvare, vulvosopia e prelievo bioptico sotto guida colposcopica delle lesioni sospette.

La semplice valutazione clinica e il controllo bioptico con prelievi alla cieca senza colposcopio è spesso insufficiente per la diagnosi precoce.

Terapia

La storia naturale del VIN mostra come la progressione verso la forma invasiva sia un evento estremamente raro (6%) e rilevabile quasi esclusivamente in donne età avanzata ed immunodepressione.

Le regressioni spontanee del VIN di grado lieve (VIN I) riportate in letteratura medicagiustificano un atteggiamento di "attesa" con controlli colposcopici e biotici.

Nel VIN di grado elevato (VIN II-III) il trattamento di scelta deve essere il più conservativo possibile: laser vaporizzazione o laser escissione locale.

La vulvectomia parziale o totale va riservata alle donne di età avanzata (per la maggior progressione verso la forma invasiva) o nel caso di lesioni molto estese.

Trattamento della neoplasia intraepiteliale associata ad infezione da HPV.

Il trattamento del CIN, VAIN e VIN con infezione da HPV associata non differisce da quella della neoplasia intraepiteliale senza infezione da HPV. Le indicazioni alla terapia demolitiva, conservativa od ultraconservativa sono basate sempre sugli stessi criteri morfologici di selezione: grado ed estensione delle lesioni.

Le percentuali di guarigione sono da riferirsi alla sola intraepiteliale (CIN, VAIN, VIN) mentre l'infezione da HPV può persistere o recidivare a distanza di mesi, in quanto nessuna tecnica è virus specifica.

Le neoplasie della mammella

Il carcinoma della mammella rappresenta la prima causa di morte nelle donne di età compresa fra i 35 ed i 55 anni di età, mentre diventa la seconda causa di morte nelle donne di età superiore.

Allo stato attuale non si conoscono le cause che provocano questa malattia, anche se, specie negli ultimi anni una notevole quantità di studi scientifici hanno cercato di comprendere i meccanismi causali e la sua storia naturale. Pertanto a differenza di altri tumori nei quali è ipotizzabile una prevenzione primaria basata sulla prevenzione o riduzione dell'esposizione di agenti cancerogeni (fumo di sigaretta per il carcinoma polmonare), nei confronti del carcinoma della mammella ciò non è possibile.

I numerosi fattori di rischio riconosciuti (età, familiarità, storia riproduttiva) non sono sufficienti ad identificare gruppi a rischio nella popolazione femminile in generale.

La possibilità di individuare "donne ad alto rischio ereditario" di ammalare di carcinoma della mammella è tuttavia inferiore al 5% di tutti i carcinomi mammari diagnosticati ed interessa la fascia di età inferiore ai 50 anni.

Diagnosi precoce

Anche per il carcinoma della mammella, come i carcinomi dell'apparato genitale femminile, l'arma terapeutica più efficace consiste nella diagnosi precoce: l'individuazione della neoplasia alla sua insorgenza quando è ancora di piccole dimensioni. In questi casi la terapia è di tipo non demolitivo, altamente efficace con possibilità di guarigione pari all'80%-90%.

L'autopalpazione del seno

Eseguita periodicamente, permette alla donna di individuare precocemente ogni modificazione del proprio seno. L'autopalpazione non sostituisce tuttavia la visita medica senologica.

Visita senologica

Dovrebbe essere eseguita da tutte le donne a partire dai 30 anni di età una volta l'anno. Il

periodo ideale per l'esecuzione della visita clinica del seno delle donne ancora mestruate non dovrebbe superare il 10° giorno del ciclo mestruale. In base ai risultati della visita e della fascia di età di rischio si deciderà l'esecuzione di ulteriori esami (ecografia e/o mammografia) e si valuterà quando ripetere il successivo controllo.

Ecografia mammaria

È indicata nelle donne di età inferiore ai 40 anni e nelle donne dai 40 ai 50 anni come esame complementare alla mammografia. L'ecografia mammaria risulta particolarmente utile per lo studio delle formazioni cistiche della mammella.

RX mammaria

Tutte le donne a partire dai 40 anni, anche se asintomatiche e con esame clinico negativo, dovrebbero eseguire una mammografia. I rischi da radiazioni alle dosi che vengono attualmente impiegate sono praticamente inesistenti.

Le donne fra i 40 ed i 50 anni dovrebbero eseguire la mammografia ogni due anni mentre nelle donne con più di 50 anni (fascia di età a rischio maggiore) contrariamente a molti programmi di screening la mammografia andrebbe ripetuta ogni 12-18 mesi.

La mammografia può evidenziare lesioni non palpabili (microcalcificazioni) o lesioni di piccole dimensioni in seni molto abbondanti.

La visita clinica periodica con l'ausilio degli opportuni esami può consentire alle donne predisposte o affette da carcinoma della mammella un anticipo diagnostico importante ai fini terapeutici e prognostici in grado di ridurre la mortalità.

Citologia mammaria

È un esame ambulatoriale di facile esecuzione. È indicato tutte le volte che al di fuori del periodo puerperale vi sia la comparsa spontanea o dopo spremitura di liquido dai capezzoli. Il liquido fuoriuscito da ogni capezzolo viene raccolto su un vetrino "per apposizione" fissato e successivamente inviato al laboratorio per la colorazione e la lettura.

Agoaspirazione mammaria sotto guida ecografica

La citologia mammaria può essere eseguita anche su lesioni solide o liquide della mammella individuate mediante la palpazione e confermate mediante l'ecografia. In questi casi il prelievo viene eseguito con un sottile ago sotto guida ecografica.

L'esame è di facile esecuzione e può essere eseguito in ambulatorio con o senza anestesia locale.

Galattografia

Tutte le secrezioni sierose o sieroematice del capezzolo che compaiono al di fuori del periodo puerperale specie se monolaterali, dovrebbero essere indagate mediante la galattografia. In questi casi la mammografia e la citologia mammaria non sempre sono in grado di individuare la causa di queste secrezioni e, pertanto, bisogna procedere ad una indagine più approfondita in grado di visualizzare i dotti galattofori.

L'esame viene eseguito in ambulatorio radiologico iniettando con un sottile ago un liquido di contrasto nei dotti galattofori interessati dalla secrezione; in rapida successione vengono scattati i radiogrammi.

Biopsia mammaria in day-surgery

Tutte le nodularità palpabili della visita senologica con ecografia e/o mammografia dubbia andrebbero indagate con biopsia mammaria.

L'esame si esegue in regime di DAY SURGERY in anestesia locale o generale e consiste nel prelevare frammenti di tessuto da analizzare istologicamente per l'accertamento diagnostico definitivo.

Terapia

La terapia del carcinoma della mammella è chirurgica: quadrantectomia o mastectomia totale con svuotamento del cavo ascellare in associazione alla radio-chemio-terapia, e/o ormonoterapia.

Altre neoplasie

La donna oltre alle neoplasie dell'apparato genitale femminile può essere colpita da altre forme tumorali che interessano altri organi: tiroide, stomaco, colon-retto, fegato, polmoni ecc.

La prevenzione oncologica di tali neoplasie non deve essere trascurata, anche se per molti organi, data la loro localizzazione, non è possibile effettuare una diagnosi precoce.

Tuttavia una visita oncologica periodica che raccolga dati anamnestici (familiarità, età, ...) abitudini di vita (fumo, alcool) esposizione a fattori di rischio ambientali (inquinamento, radiazioni, ...) e che nello stesso tempo verifichi cambiamenti dello stato di salute (dimagrimento, comparsa di tosse, stitichezza, ...), possono essere campanelli d'allarme per indirizzare ad ulteriori accertamenti.

La prevenzione oncologica nella donna deve essere rivolta, pertanto, non solo alla diagnosi precoce delle neoplasie prettamente ginecologiche.

Una valida prevenzione oncologica delle neoplasie femminili non può non tenere conto anche della prevenzione di altri tumori.

Bibliografia

Autori Vari:

"Ginecologia ed ostetricia", Monduzzi Editore, Bologna, 1982.

Trallo F. et al.:

"246 casi di CIN III: analisi colposcopica e correlazioni istologiche", Atti LXIV Congresso SIGO, Tomo I, 215, 1986.

Trallo F. et al.:

"Diagnosi del carcinoma vulvare", Atti II incontri Internazionali di Oncologia Ginecologica, 155, 1988.

De Palo G.:

"Manuale di colposcopia e patologia del tratto genitale inferiore", Masson Editore, Milano, 1990.

Consiglio Nazionale delle Ricerche:

"Basi scientifiche per la definizione delle linee guida in ambito clinico per i tumori del colon retto, i tumori della mammella, i tumori del polmone, i tumori della prostata, i tumori dell'utero e dell'ovaio", giugno 1996.

Costantini Seniori A., Paci E. (a cura di):

"La salute della donna: temi per una riflessione comune", Epidemiologia e prevenzione, 1996, 20: 57-272.

Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale:

"Linee guida per la gestione delle pazienti con PAP-Test anormale", La Colposcopia in Italia, anno XV, n. 1, dicembre 1997.

Autori Vari:

"Aggiornamento permanente in ostetricia e ginecologia: lesioni preneoplastiche in situ e border line", 1997, vol. 1, n. 2, Pacini Editore.

Autori Vari:

"Aggiornamento permanente in ostetricia e ginecologia: possibilità e limiti in tema di follow up in ginecologia oncologica", 1998, vol. 2, n. 2, Pacini Editore.