



“IL TUMORE AL SENO”

Dati statistici, Fattori di rischio, Prevenzione

Ed. 2019



IL TUMORE AL SENO - 2019

Il tumore al seno è, in assoluto, il tumore maligno più frequente.

Si stima che nel 2019 vengano diagnosticati circa 53.000 nuovi casi di carcinomi al seno nel sesso femminile, in cui la neoplasia colpisce tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (40% nelle donne giovani e 22% nelle anziane). Una piccola percentuale di tumori può presentarsi anche nel sesso maschile: per il 2019 sono previsti 500 casi (*Dati AIRTUM, 2019*).

La neoplasia presenta un lieve aumento di incidenza in Italia (+0,3%) soprattutto nelle donne fuori dalla fascia di screening. Il 40% dei casi è diagnosticato nella fascia di età fino a 49 anni. Risulta quindi particolarmente importante attuare gli esami diagnostici (prevenzione secondaria) con cadenza regolare per giungere alla diagnosi precoce soprattutto nelle donne con anamnesi familiare positiva per questa neoplasia.

Mortalità: nel 2016 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con oltre 12.000 decessi (*dati ISTAT*).

Sopravvivenza: la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all' 87%, mentre la sopravvivenza a 10 anni è dell'80%.

Prevalenza: nel 2019 gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore sono circa 3 milioni e mezzo (3.460.025), di questi oltre 800.000 donne sono vive avendo ricevuto la diagnosi di carcinoma al seno.

Fattori di Rischio: il rischio di ammalarsi di questa neoplasia aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo del 2,4% fino a 49 anni (1 donna su 40), del 5,5% tra 50 e 69 anni (1 donna su 20) e del 4,7% tra 70 e 84 (1 donna su 25). Le donne sopra i 50 anni hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore al seno. L' incremento dei casi con l'aumento dell'età può essere legato al continuo e progressivo stimolo proliferativo endocrino che subisce l'epitelio mammario nel corso degli anni. Fattori di rischio sono la *storia familiare positiva*, il *menarca precoce/la menopausa tardiva*, il *mancato allattamento al seno*, la *nulliparità*, l' uso di *contraccettivi orali*, la *terapia ormonale sostitutiva con estro-progestinici di sintesi*, l'*esposizione a radiazioni* (esami Rx ripetuti) o la *radioterapia toracica* eseguita prima dei 30 anni per tumori (ad esempio linfoma di Hodgkin). Anche la *Sindrome metabolica e l' obesità* sono fattori di rischio. L' eccesso di tessuto adiposo nella post-menopausa rappresenta la principale fonte di sintesi di estrogeni circolanti, i quali esercitano azione di stimolo sulla ghiandola mammaria. Con l'invecchiamento si verifica un progressivo calo del turnover lipidico nel tessuto adiposo ovvero della velocità con cui i lipidi vengono rimossi



			
Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (13%)
3°	Colon-retto (14%)	Polmone (12%)	Polmone (11%)
4°	Vescica (12%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica (8%)

**PRIMI CINQUE TUMORI PIÙ FREQUENTEMENTE DIAGNOSTICATI
E PROPORZIONE SUL TOTALE DEI TUMORI PER SESSO:
STIME PER L'ITALIA - ANNO 2019**

o immagazzinati nelle cellule adipose con conseguente predisposizione ad aumento di peso. La maggiore incidenza della sindrome metabolica con l'avanzare dell'età è causa di insulinoresistenza a cui l'organismo risponde aumentando i livelli di insulina circolante. Questo ormone agisce sul recettore di membrana del fattore di crescita insulinosimile-1 (IGF-1R) e attiva le vie di segnale intracellulare che stimolano la crescita tumorale. ***Sedentarietà, inattività fisica, dieta ipercalorica, ricca di grassi animali e carboidrati semplici, un basso consumo di fibre vegetali, un elevato consumo di alcol, l'abitudine al fumo*** sono fattori di rischio. Circa la relazione con il fumo e con altri cancerogeni occorre precisare che il tessuto mammario è particolarmente suscettibile fra l'inizio della pubertà e la prima gravidanza.

In conclusione intervenendo su tutti questi fattori si può ridurre il rischio di sviluppare il carcinoma mammario ed altre neoplasie, ma anche la progressione tumorale e la ricaduta nelle donne operate.

Fattori ereditari: una percentuale variabile dal 5 al 7% di tumori è legata a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione dei **geni oncosoppressori BRCA (Breast Cancer)**: BRCA1 e/o BRCA2, noti come "**Geni Jolie**". Questi geni codificano proteine adibite al controllo del ciclo cellulare ed alla riparazione dei tratti di cromosoma danneggiati ed in particolare del DNA. Nel caso in cui si ereditino mutazioni di questi geni si verifica la perdita delle loro normali funzioni ed un rischio maggiore di sviluppare, nell'arco della vita, un tumore al seno e/o all'ovaio, ma anche al pancreas e alla prostata, .

In Italia ci sono circa 150 mila persone con la mutazione dei due geni. Nelle donne con mutazioni del gene BRCA1 il rischio oncogeno è pari al 65%, mentre con mutazioni del gene BRCA2 il rischio è del 40%. L'assenza di

FATTORI DI RISCHIO

Sesso femminile	le donne hanno un rischio circa 100 volte superiore rispetto agli uomini
Età	l'incidenza della neoplasia aumenta rapidamente con l'età durante il periodo fertile
Storia familiare positiva	madre, sorelle, figlie con diagnosi di tumore
Menarca precoce/ menopausa tardiva, mancato allattamento al seno, nulliparità	
Fattori genetici	la maggior parte delle forme ereditarie di carcinoma è dovuta alla mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 (la loro mutazione è responsabile del 5-7% dei casi di tumore)
Uso dei contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva con estro-progestinici di sintesi (il rischio è correlato alla durata della somministrazione ed è reversibile alla sospensione)	
Stili di vita	sindrome metabolica, obesità, fumo, alcol, sedentarietà, inattività fisica
Esposizione a radiazioni (esami Rx ripetuti) o radioterapia toracica prima dei 30 anni	

mutazioni genetiche tuttavia non mette al riparo dalla possibile insorgenza di un tumore in forma sporadica o ereditaria, ma associata a mutazione di altri geni. La ricerca delle singole mutazioni dei geni viene effettuata su di un campione di sangue mediante sequenziamento diretto degli esoni codificanti i geni BRCA1 e BRCA2 e regioni limitrofe. Il test genetico dovrebbe essere offerto ai pazienti colpiti dalla neoplasia già alla diagnosi. Esso ha una sensibilità clinica del 97-99% (rispettivamente per BRCA1 e BRCA2) e richiede un tempo di refertazione di 25 giorni. Nel caso di individuazione dell'alterazione genetica in un paziente il test dovrebbe essere eseguito anche nei familiari per poter avviare un percorso di prevenzione (sorveglianza intensiva, o anche chirurgia profilattica). ***I test genetici sono attuabili presso la LIIL Sezione di Prato.***

Grazie alla metodica di sequenziamento del DNA sono state individuate anche mutazioni nei geni PALB-2 e CHEK-2; le prime sono prevalenti nei tumori del seno maschile. Gli esami molecolari vengono eseguiti non solo sul sangue periferico, ma anche sui tessuti tumorali. Le pazienti con mutazioni BRCA dimostrano una maggiore sensibilità a combinazioni chemioterapiche contenenti derivati del platino ed a composti PARP inibitori che risultano efficaci nei tumori della mammella metastatici.

La Diagnosi: la diagnosi precoce è possibile con ***Rx mammografia*** soprattutto se eseguita con modalità 3D con tomosintesi (tecnica di imaging con ricostruzione tridimensionale della mammella), che ha valori di sensibilità e specificità maggiori rispetto alla mammografia digitale 2D. Nelle donne ad alto rischio per familiarità o positività dei geni BRCA i controlli mammografici dovrebbero iniziare all'età di 25 anni.

La mammografia con cadenza annuale viene utilizzata anche nel follow-up delle pazienti operate per cancro del seno. Per la diagnosi un ruolo importante rivestono anche l'**ecografia mammaria** in donne giovani con seni densi, cioè ad elevata densità fibrogliandolare, e l'**autopalpazione del seno** eseguite regolarmente. L'ecografia è utile anche per l'esecuzione di prelievi con ago, per l'esame citologico o istologico. Con l'esame sono tuttavia possibili falsi negativi legati al fatto che una percentuale di carcinomi ha ecogenicità non dissimile da quella delle lesioni benigne.

La **RM mammaria** può essere utilizzata ad integrazione delle precedenti metodiche e per lo studio delle pazienti portatrici di protesi mammarie.

La diagnosi precoce di carcinoma del seno in stadio iniziale permette un trattamento efficace con alta probabilità di guarigione.

La prevenzione del tumore al seno si fonda sull'adozione di corretti stili di vita (*Prevenzione primaria*) e sulla diagnosi precoce eseguendo gli esami di screening con cadenza periodica (*Prevenzione secondaria*). Una volta diagnosticato il tumore è indispensabile l'intervento precoce, l'adozione di terapie antitumorali ed un corretto controllo periodico. Fattori di prevenzione sono la dieta equilibrata di tipo mediterraneo, l'abolizione dell'abitudine al fumo ed all'alcol, la regolare attività fisica quotidiana. Da numerosi studi emerge il ruolo protettivo dell'attività fisica nel diminuire, a tutte le età, il rischio di tumori al seno, al colon, ma anche all'endometrio. Anche elevati livelli di attività fisica esercitata solo nel tempo libero sono associati ad un minor rischio di sviluppare un tumore (*Moore et al. Jama Int Med, 2016*). Studi epidemiologici riportano la riduzione del rischio in donne molto attive, se l'attività fisica è iniziata precocemente (*Lynch et al. Recent Results Cancer Res, 2011*). L'attività fisica esercita azioni favorevoli nei malati di cancro, nei soggetti sottoposti a terapie oncologiche (chirurgia, radioterapia, chemioterapia, ormonoterapia), nelle fasi di riabilitazione e nei lungosopravvissuti.

Sono sufficienti 150 minuti di movimento alla settimana per ridurre del 25% la mortalità per tumore al seno nelle donne che hanno ricevuto la diagnosi di neoplasia rispetto alle sedentarie. Il 38% delle persone affette da tumore è tuttavia sedentario e non tiene conto dei benefici dell'attività fisica nella prevenzione delle recidive e, più in generale, nel controllo della malattia. Sulla base di queste evidenze è nata "l'operazione Phalco" (*Physical Activity for Oncology*) sviluppata in alcuni Centri italiani sotto la guida di trainer specializzati in scienze motorie. Gli obiettivi sono quelli di definire un percorso di attività personalizzata in relazione alle caratteristiche di ogni malato.

Il protocollo di allenamento previsto (aerobico e di forza) viene adattato per intensità e carico di lavoro ed esercitato in due sedute settimanali della durata di un'ora (*Fondazione AIOM, 2019*).

PROFESSIONARTS

BOLOGNINI LASTRUCCI ROCCHI SALDARELLI



duemila
20

IL RINASCIMENTO “Col seno di poi...”

CON IL PATROCINIO:



ISPRO
Istituto per lo studio,
la prevenzione
e la cura oncologica

comune di
PRATO



**Azienda
USL
Toscana
centro**

Servizio Sanitario della Toscana

28 Ottobre 2019: Presentazione del Calendario LILT 2020

“Il Rinascimento. Col seno di poi...”

A cura di: PROFESSIONARTS

Francesco Bolognini, Eleonora Lastrucci, Mirko Rocchi, Stefano Saldarelli



Presentazione del Calendario a cura di:
"Professionarts"



LILT SEZIONE DI PRATO

Hanno collaborato alla pubblicazione: Roberto Benelli, Elena Cecchi, Daniela Giacchè, Costanza Fatighenti, Benedetta Marchesini (LILT Sezione di Prato).

info@legatumoriprato.it - www.legatumoriprato.it

