

# TUMORE AL SENO

*un nemico anche  
per l'anima*



Dott. Corrado Lauro

Il **dott. Corrado Lauro** è nato a Saluzzo nel 1963; laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Torino nel 1988, con una tesi sul cancro della mammella, si è specializzato in Chirurgia Generale all'Università di Torino nel 1993. È sposato con Cristina Nasi, pediatra con indirizzo oncologico all'Ospedale di Savigliano: hanno tre figli.

Nel 1998 ha conseguito il Diploma di Perfezionamento in senologia diagnostica e terapeutica all'Università di Siena; due anni più tardi il Diploma di Perfezionamento nelle affezioni tiroidee e paratiroidee al Dipartimento di Fisiopatologia Clinica dell'Università di Torino.

Ha partecipato più volte ai lavori della Scuola Italiana

di Senologia del prof. Umberto Veronesi a Orta San Giulio e a Milano; nel 2000, in occasione del corso "Attualità in Senologia" presso questa sede, ha vinto il 'Certamen di competenza nella diagnosi e terapia delle malattie della mammella.

Dall'ottobre 2009 è responsabile dell'attività di endocrinocirurgia nella Struttura Complessa di Chirurgia Generale dell'ospedale Santa Croce di Cuneo diretta dal dott. Felice Borghi.

Recentemente ha ideato, e presentato sulla rivista della Società Italiana di Senologia, una nuova metodica di trattamento della papillomatosi multipla della mammella, insieme ai colleghi Franco Acchiardi e Michelangelo Mercuri dell'ospedale di Cuneo.

**I**n questi ultimi mesi un giustificato allarme è sorto sull'impiego di protesi mammarie adulterate o non conformi nella chirurgia ricostruttiva o cosmetica della mammella.

Questo tipo di protesi per altro non sono mai state utilizzate dai centri di chirurgia mammaria ricostruttiva operanti all'ospedale Santa Croce di Cuneo, tuttavia già alcune pazienti, candidabili ad intervento chirurgico di mastectomia con ricostruzione, hanno chiesto di soprassedere al tempo ricostruttivo per la paura di eventuali complicazioni.

Vale la pena però ricordare qual è l'impatto psicologico che la notizia di una mastectomia totale, unitamente a quella di una diagnosi oncologica mammaria hanno sulla paziente.

In seguito all'asportazione chirurgica della ghiandola mammaria pos-

sono sorgere problemi di natura psicologica legati in particolare alle conseguenze estetiche dell'intervento demolitivo. Tali conseguenze vanno distinte dalla reazione indotta nella donna dalla diagnosi di tumore, reazione attualmente considerata uno "stress ultrapotente", un "doppio trauma psichico" (presenza del tumore - necessità dell'asportazione della ghiandola).

La diagnosi di tumore mammario si accompagna a turbamenti della personalità e a conflittualità che si manifestano con paure ed apprensioni, sentimenti di colpa, diminuito senso della maternità ed alterazioni della sessualità, rifiuto della cura e pensieri di autodistruzione, con mascheramento dei propri sentimenti di rabbia o malanimo ("trucco caratteriologico", le malate "non farebbero male ad una mosca"), le domande e le obiezioni che spesso emergono

nei miei colloqui con la paziente al momento della prima visita sono: "perché è successo proprio a me?", "Non ho mai fumato o strabevuto, ho sempre avuto una vita sana e un comportamento ineccepibile, ho avuto figli e li ho allattati...", "come faccio a dirlo ai miei famigliari? e sul posto di lavoro?", e ancora "dovrò fare la chemio? perderò i capelli?", "cosa mi aspetta per il futuro?" o, non raramente, "la mia femminilità è distrutta, riuscirò ad accettarmi e ad essere accettata dal mio compagno?".

Nella fase preoperatoria la donna è ansiosa e/o depressa e vede nell'intervento di asportazione del seno la propria inconscia aspirazione a eliminare la parte di sé che sente come cattiva. Alla incredulità dell'esordio ("si saranno sbagliati, eppure io sto bene") subentrano il desiderio impellente di una informazione com-

pleta per il futuro e le più comuni reazioni emozionali: paura di non farcela ad elaborare la notizia, incertezza sul futuro, confusione per il rincorrersi degli interrogativi da porre e delle risposte da esigere. Spesso la donna fa appello ad una forza nascosta interiore che consentirà di affrontare un percorso difficile e colmo di interrogativi.

Dopo l'intervento, ancorchè demolitivo, la componente ansioso-depressiva si accentua e si accompagna a senso di decadimento fisico ed impotenza, con ridotta tolleranza agli stress supplementari che rende più difficile il programma di riabilitazione.

Alla base delle alterazioni affettive in seguito all'intervento chirurgico, per molti autori, c'è il percepire la terapia stessa come una mutilazione, perdita di femminilità e di capacità di essere madre, fattori, questi, spesso molto più importanti e negativi della paura della morte, a causa soprattutto del ruolo attribuito alla ghiandola mammaria nella struttura del proprio fisico.

Interessante a questo proposito il lavoro di Weinstein e collaboratori: ad un migliaio di donne sane venne richiesto di indicare in ordine di importanza le dodici parti del proprio corpo che meno avrebbero voluto perdere nel corso di un intervento chirurgico: il seno occupò solo il settimo posto nella graduatoria. Allo stesso quesito le pazienti dopo la mastectomia risposero indicando all'unanimità la propria ghiandola mammaria.

Inoltre l'intervento mutilante, con l'asportazione dei linfonodi, l'insorgenza del linfedema e delle altre complicanze locali, spesso ostacola la funzionalità ed il movimento degli arti superiori con ulteriore danno psicofisico.

Secondo i dati di Woods più della metà delle donne dopo mastectomia prova di continuo un sentimento di perdita della femminilità, soprattutto tra le nubili entro i 34 anni. Il 51% delle malate ritiene che dopo tale intervento "non vi è più possibilità di creare una famiglia", mentre tra le donne sposate prevale una soppressione della sessua-

lità soprattutto come rifiuto del contatto con il marito; non sono rari i casi di disadattamento alla famiglia o uno sfaldamento nella stessa.

Secondo Jamison, la depressione post-operatoria e la perdita della libido sarebbero la causa di atteggiamenti o propositi suicidi nel 25% delle donne mastectomizzate; circa il 10% lamentano disturbi del sonno e più della metà soffrirebbe di dolori di natura psicologica. Per sedare la tensione interna e lo stato depressivo più di un terzo delle donne assumerebbe di propria iniziativa tranquillanti ed il 15% farebbe ricorso all'alcool.

Indagini su un gruppo di donne operate da non più di cinque anni, ha evidenziato, un aumento significativo degli indici di depressione, ansia, introversione ed un abbassamento dell'autostima e dell'adattamento sociale. La causa di ciò non sarebbe soltanto da attribuire alla modificazione del fisico, ma al timore che l'operazione non garantisca la guarigione completa, e alla paura delle recidive. Sinsheimer e Holland in un importante studio sottolineano il ruolo ansiogeno e depressogeno esercitato dai seguenti fattori:

- Informazione alla paziente sulle statistiche di sopravvivenza post-cura;
- Possibilità/necessità della donna di scegliere la terapia cui sottoporsi;
- Conoscenza dei fattori genetici di rischio della malattia rispetto ai familiari più stretti (figlie e sorelle).

Le reazioni emotive all'asportazione della ghiandola si attenuano con l'aumentare dell'età al momento dell'intervento, prevalendo in queste pazienti il rapporto: paura della morte/speranza di guarigione sui sentimenti della propria "bruttezza e deformità".

A fronte di queste pessimistiche analisi, uno studio condotto dal "Psy-

chological aspects of breast cancer study group" ha dimostrato che nelle donne sottoposte a mastectomia rispetto ai gruppi di controllo (pazienti sottoposte a colecistectomia e donne sane) non si verifica una maggior incidenza di gravi sequele psicopatologiche, tali da richiedere l'intervento dello psichiatra, ma solo disturbi nel rapporto con il "self" e nelle relazioni interpersonali e sociali. Controverso anche il problema delle conseguenze psicologiche agli interventi risparmianti la mammella:



King Sanger e Reziknoff sostengono che non esistono differenze nell'adattamento psicologico ai due tipi d'intervento (radicale modificato e conservativo) essendo l'ansia nei due gruppi di donne in egual misura dovuta alla diagnosi sia un tumore e non alla terapia instaurata. Sinsheimer e Holland sostengono invece che il risparmio della mammella favorisce il rapporto con la propria immagine corporea e ha meno impatti negativi sulla sessualità. Viceversa in anni non recenti Morasso e Badellino (Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova), applicando il test della figura umana ed un questionario sulla scelta delle tre qualità più importanti per una donna, riscontrarono più frequenti quadri d'ansia, conflittualità con i ruoli femminili tradizionali ed aggressività nelle donne operate con intervento parziale che non nelle pazienti mastectomizzate, in cui prevalgono i disturbi depressivi, della sessualità e del senso di maternità o femminilità. Nello stesso studio si sottolineava, d'altra

parte, come la diagnosi di tumore maligno influenzasse non poco il decorso psicologico post-operatorio (in entrambi i gruppi di malate) rispetto alle donne sottoposte ad interventi per sindromi benigne. Totale accordo fra gli autori emerge infine circa il problema del rendimento familiare, sociale, lavorativo di queste pazienti: evitare i danni dell'ospedalizzazione (perdita di status, isolamento, sradicamento sociale), favorire un rapporto corretto nei confronti della malata tra i familiari, modificare i vari momenti sociali che possono provocare stress, angoscia, regressione significa contribuire all'efficacia della riabilitazione e al superamento dei danni fisici e psicologici indotti dalla diagnosi e dal trattamento del cancro della mammella. Fortunatamente, i grandi progressi ottenuti nel miglioramento della prognosi (dal 2009 il National Cancer Institute di N.I. ha sancito che il tumore della mammella ha comunque una possibilità di guarigione definitiva pari al 50% +1, cifra simbolica che evidenzia gli ambiti e i risultati

del trattamento multidisciplinare) consentono ai clinici di attuire l'impatto psicoemotivo di questa notizia con una informazione al contempo esaustiva e partecipata, empatica. Ciò non di meno, il ricorso a terapie locali (chirurgiche e radioterapiche) sempre meno invasive (quadrantectomia, tumorectomia, biopsia del linfonodo sentinella, radioterapia intraoperatoria) o la possibilità di procedere alla ricostruzione con protesi in caso di mastectomia, consentendo di ridurre i tempi di ospedalizzazione, il dolore, la limitazione funzionale, l'impatto psicologico dovuto alla amputazione, hanno un ruolo fondamentale nel complesso profilo assistenziale cui la paziente deve aderire, partecipando in definitiva anche al miglioramento della prognosi. Tale ricorso, pertanto, è irrinunciabile per ogni centro che si occupi della terapia chirurgica del tumore mammario, se non in termini di pesante ricaduta sul vissuto della paziente e, probabilmente, anche sulla sua possibilità di guarigione.

## APPUNTAMENTI CON DONNA PER DONNA

**18 marzo 2013 ore 20,30**

serata con il nutrizionista Dott. De Luca - Via Meucci n. 34 - Cuneo

**11 aprile 2013**

Pizza di Primavera con le associate alle ore 19,30.

**4 maggio 2013**

"Balletto di Primavera"

presso il Teatro Toselli ore 20,30

con la scuola di danza "Tersicore di Cuneo".

