

FERRARA 07.10. 2016

RUOLO DEL GINECOLOGO NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE MAMMARIE BENIGNE

OSTETRICIA e GINECOLOGIA 2016

*Centro Salute Donna
Azienda USL Ferrara*



**SALA IMBARCADERO
CASTELLO ESTENSE**

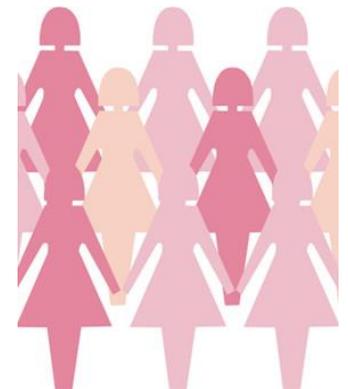
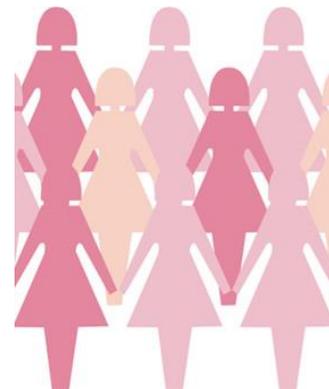
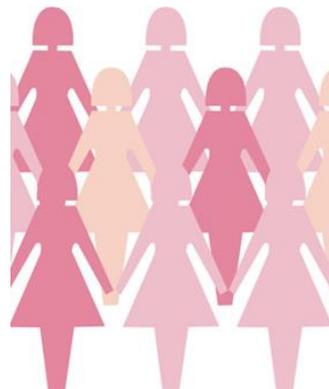
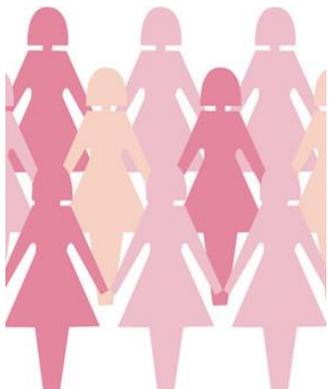


DOTT.SSA CLAUDIA GUARALDI
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA
VALDAGNO (VI)

**LA SENOLOGIA DISCIPLINA CARATTERIZZATA DA UN APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE**

**MOLTEPLICI SPECIALITA' MEDICHE
(CHIRURGO GENERALE, ONCOLOGO, ANATOMO PATOLOGO, RADIOTERAPISTA,
CHIRURGO PLASTICO)**

**ANCHE IL GINECOLOGO PUO' AVERE UN RUOLO IN AMBITO SENOLOGICO?
PERCHE'?**



**SPECIALISTA DELLA SALUTE FEMMINILE ED A CUI LA DONNA SPESSO
SI RIVOLGE IN PRIMA ISTANZA PER LE PROBLEMATICHE ANCHE
SENOLOGICHE E QUINDI ANCHE PER EFFETTUARE UN PRIMO ESAME
CLINICO SENOLOGICO**

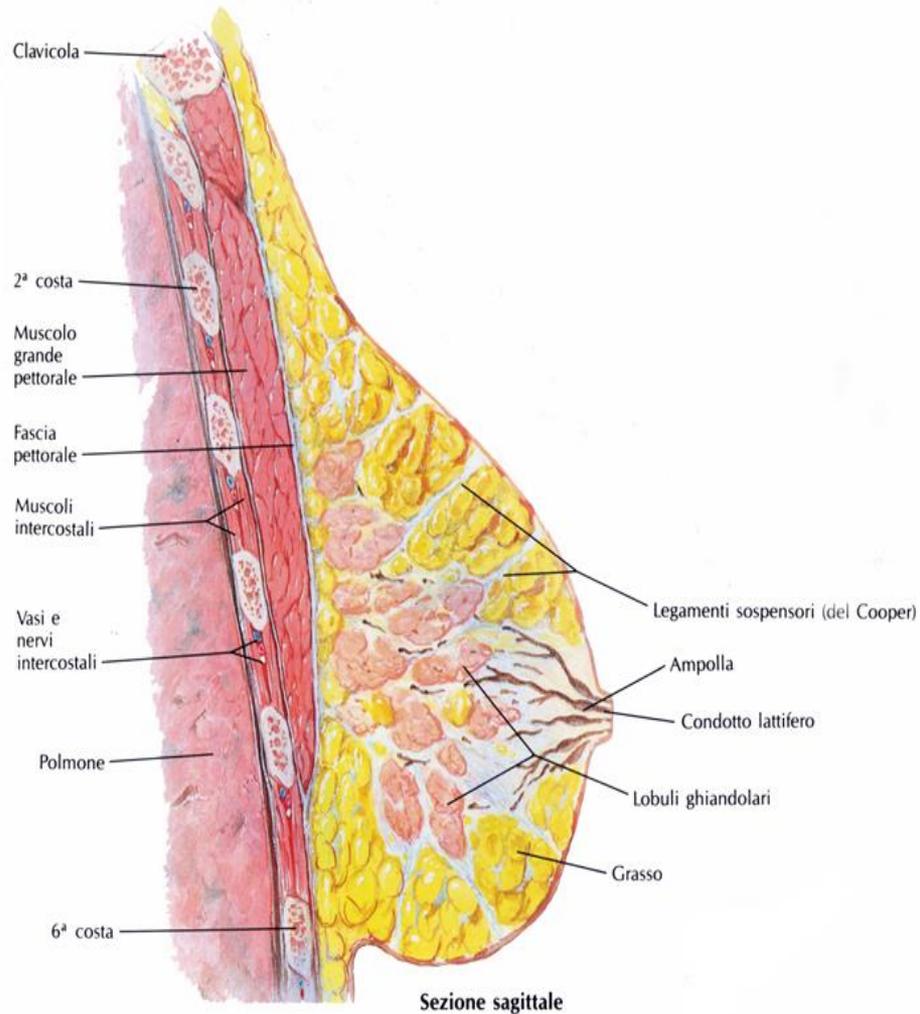
**CONOSCE BENE IL FUNZIONAMENTO ENDOCRINOLOGICO
FEMMINILE**

**HA NEL SUO BAGAGLIO CULTURALE TERAPIE ORMONALI CHE
FREQUENTEMENTE UTILIZZA E CHE HANNO, TRA L'ALTRO, COME
ORGANO BERSAGLIO ANCHE LA MAMMELLA**

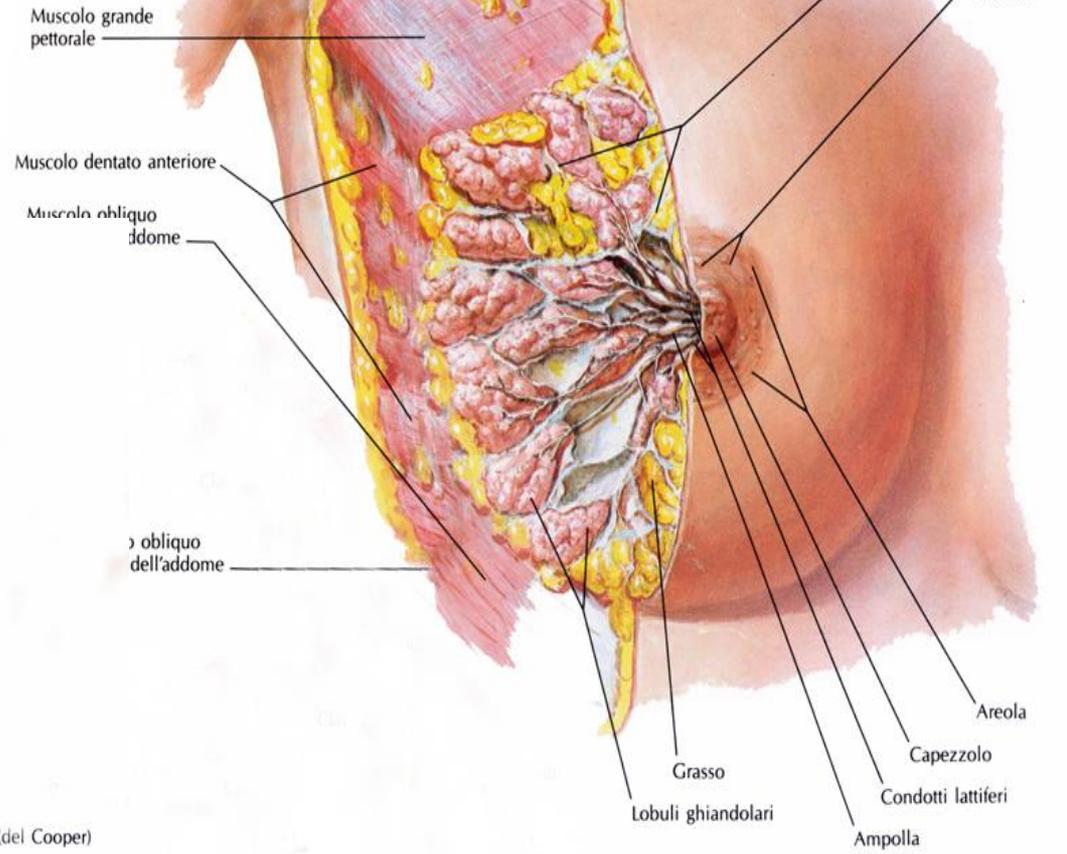
**RUOLO NEL MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE
BENIGNE DELLA MAMMELLA**

LA MAMMELLA : ANATOMIA

- COSTITUITA DA 15-18 LOBI CHE CONTENGONO PIU' LOBULI ED UN DOTTO GALATTOFORO PRINCIPALE CHE SI APRE NEL CAPEZZOLO. OGNI DOTTO PRINCIPALE SI SUDDIVIDE IN DOTTI DI CALIBRO INFERIORE FINO ALL'UNITA' FUNZIONALE DI BASE O UNITA' DOTTOLOBULARE TERMINALE (PARENCHIMA 15-20% - STROMA 80-85%)
- UNO STROMA COSTITUITO DA TESSUTO DI SOSTEGNO E DA TESSUTO ADIPOSO , CIRCONDA I LOBULI , I DOTTI, I VASI SANGUIGNI E LINFATICI; I LOBULI SONO SEPARATI FRA LORO DALLE PROPAGGINI DELLA FASCIA, DENOMINATE LEGAMENTI SOSPENSORI DI COOPER CHE AVVOLGONO TUTTA LA GHIANDOLA MAMMARIA E ARRIVANO ALLA CUTE
- NELL'AREOLA SONO PRESENTI GHIANDOLE SEBACEE DI MONTGOMERY CHE HANNO IL COMPITO DI LUBRIFICARE IL CAPEZZOLO
- I DOTTI GALATTOFORI IN NUMERO DI 10-12 VANNO A FORMARE L'AREA CRIBROSA DEL CAPEZZOLO, A LIVELLO DELL'AREOLA AUMENTANO IL LORO CALIBRO PER UN BREVE TRATTO E PRESENTANO UN RIGONFIAMENTO DETTO AMPOLLA LATTIFERA O SENO GALATTOFORO
- VASCOLARIZZAZIONE: RAMI DELL'ARTERIA ASCELLARE E MAMMARIA INTERNA, LE VENE DRENANO VERSO I TRONCHI ASCELLARI, SUCCLAVIA, AZYGOS
- LINFATICI: ASCELLARE INTERPETTORALE E MAMMARIA INTERNA
- INNERVAZIONE : DAI NERVI INTERCOSTALI, NERVO TORACICO E PLESSO CERVICALE EBRACHIALE



Dissezione antero-laterale



INFLUENZE ORMONALI SULLE MAMMELLE

ESTROGENI: mitogeno su tessuto epiteliale
aumento vascolarizzazione e permeabilità
sensibilizzazione alla prolattina

PROGESTERONE: riduzione permeabilità
blocco dotti galattofori
stimolo lobi

ANDROGENI: inibizione sviluppo

PROLATTINA: sinergia estrogeni
mitogenesi
differenziazione
aumento recettori estradiolo

**INSULINA – CORTISONE – ORMONE CRESCITA – ORMONI
TIROIDEI**

PATOLOGIA INFIAMMATORIA

- **MASTITI ACUTE** (NEONATALE, PUBERALE ,PUERPERALE, NON SOLO)
- MASTITI CRONICHE
- ECTASIA DUTTALE
- NECROSI ADIPOSA
- GALATTOCELE
- MASTITE TUBERCOLARE E LUETICA

- AGENTE PATOGENO: STAFILOCOCCUS AUREUS
- TRATTAMENTO ANTIBIOTICO, FINO AD INCISIONE E DRENAGGIO DELLE CAVITA' ASCESSUALI

PATOLOGIE BENIGNE DELLA MAMMELLA: NON NEOPLASTICHE

- DISPLASIA MAMMARIA: alterazione del parenchima con aspetti proliferativi e/o involutivi fibrotici
- Frequenza alta 75%
- Maggiore incidenza tra 30 e 50 anni
- Noduli dolenti plurimi bilaterali con rapida variazione di volume
- Aumento di dolenzia e volume del seno in fase premenstruale
- Classificazione: iperplasia epiteliale (duttale o lobulare), adenosi, cisti solitaria, malattia fibrocistica

PATOLOGIE NEOPLASTICHE BENIGNE: ADENOMI

- TUMORI BENIGNI RELATIVAMENTE RARI
- ADENOMA TUBULARE: FORMAZIONE CIRCOSCRITTA PALPATORIAMENTE DI CONSISTENZA DURA PARENCHIMATOSA, COMPARE NELLA DONNA GIOVANE E GENERALMENTE NON SOGGETTO A TRASFORMAZIONE MALIGNA
- ADENOMA LATTIFERO: COMPARE DURANTE LA GRAVIDANZA O L'ALLATTAMENTO E INSORGE PER LO PIU' IN UN FIBROADENOMA O UN ADENOMA TUBULARE, QUESTI ADENOMI VANNO INCONTRO A RISOLUZIONE SPONTANEA AL TERMINE DELL'ALLATTAMENTO

PATOLOGIE NEOPLASTICHE BENIGNE: PAPILOMA INTRADUTTALE

- DI PICCOLE DIMENSIONI, COMPARE NEL 92% DEI CASI NELLA PARETE DEI DOTTI GALATTOFORI SUBAREOLARI, SI ACCRESCE NEL LUME DEL DOTTO CHE DIVENTA PRIMA ECTASICO POI CISTICO, SI PRESENTA COME MASSA VEGETANTE SESSILE O PEDUNCOLATA
- NEL 10% DI DONNE GIOVANI PAPILOMI MULTIPLI A VOLTE BILATERALI
- IL PAPILOMA SOLITARIO RARAMENTE EVOLVE VERSO IL CARCINOMA PAPILLIFERO, PIU' FREQUENTEMENTE ASSOCIATO ALLA PAPILOMATOSI DIFFUSA
- DIFFICILMENTE PALPABILE, SINTOMATOLOGIA LEGATA A SECREZIONE SIEROEMATICA SPONTANEA O PROVOCATA DAL CAPEZZOLO
- D.D. CON CARCINOMA PAPILLIFERO (REPERTO PALAPTORIO, ASSENZA DI RETRAZIONE DEL CAPEZZOLO, ASSENZA DI LINFOADENOPATIA ASCELLARE)
- ES. CITOLOGICO SECREZIONI, DUTTOGALATTOGRAFIA
- TERAPIA CHIRURGICA

PATOLOGIE NEOPLASTICHE BENIGNE: ADENOMA DEL CAPEZZOLO

- TUMORE EPITELIALE BENIGNO CHE INSORGE NEI GROSSI DOTTI DEL CAPEZZOLO
- QUARTA – QUINTA DECADE DI VITA, MONOLATERALE E SI ACCOMPAGNA SPESSO AD UNA SECREZIONE SIEROSA O EMATICA DEL CAPEZZOLO, IL CAPEZZOLO PUO' APPARIRE EROSO
- D.D. CELLULE NORMALE NON ATIPICHE
- IN QUESTA SEDE POSSONO SVILUPParsi IL CARCINOMA PAPILLARE INTRADUTTALE O IL CARCINOMA DUTTALE INVASIVO
- TERAPIA CHIRURGICA

PATOLOGIE NEOPLASTICHE BENIGNE: FIBROADENOMI

- TUMORE MISTO EPITELIALE E STROMALE BENIGNO, FREQUENTE NELLE GIOVANI SOTTO I 20 ANNI
- NEL 15% DEI CASI MULTIPLO O BILATERALE
- TUMEFAZIONE ROTONDEGGIANTE , BEN CAPSULATA, DI CONSISTENZA DURO – FIBROSA
- PUO' ESSERE FIBROADENOMA INTRACANALICOLARE SE PREVALE COMPONENTE EPITELIALE, PERICANALICOLARE SE PREVALE COMPONENTE CONNETTIVALE
- NEOPLASIA MOBILE, A SUPERFICIE LISCIA , LOBULATA, A LIMITI NETTI, NON DOLENTE, DA 1 A 10 CM DI DIAMETRO, NON REGREDISCE DOPO IL FLUSSO MESTRUALE
- PUO' ESSERE SCOPERTO CASUALMENTE CON AUTOPALPAZIONE, NELLE ADOLESCENTI PUO' RAGGIUNGERE GRANDI DIMENSIONI
- NELLE DONNE GIOVANI SE INFERIORE A 2 CM CONTROLLI PERIODICI, SE SUPERIORE O IN PAZIENTI CON ETA' SUPERIORE A 35 ANNI E' INDICATA L'ENUCLEAZIONE

PATOLOGIE NEOPLASTICHE BENIGNE: TUMORE FILLODE

- VARIETA' RARA DEL FIBROADENOMA IN CUI PREVALE LA COMPONENTE CONNETTIVALE
- DONNE DI ETA' SUPERIORE A 35 ANNI
- TUMORE VOLUMINOSO ROTONDEGGIANTE, POLILOBATO, A SUPERFICIE LISCIA E CONSISTENZA MOLLE ELASTICA, MOBILE, ACCRESCIMENTO RAPIDO E COSTANTE
- CUTE SOVRASTANTE ARROSSATA CALDA E LUCENTE CON ECTASIE VENOSE, A VOLTE LINFOADENOPATIA ASCELLARE
- BENIGNA, MALIGNA O BORDERLINE
- TERAPIA CHIRURGICA

PATOLOGIE BENIGNE DELLA MAMMELLA: MASTOPATIA FIBROCISTICA

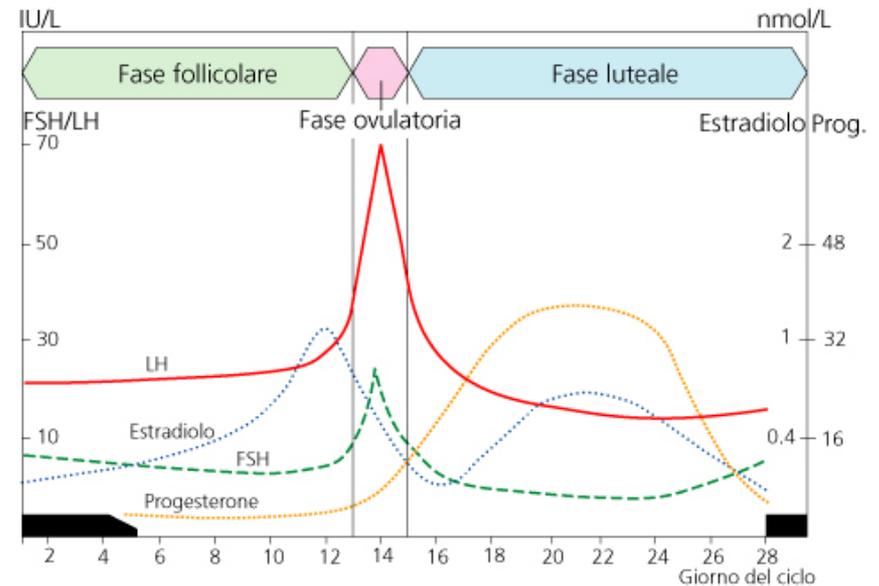
- Etiologia discussa: squilibrio ormonale da alterato rapporto estrogeni progesterone o eccesso di estrogeni
- Minore incidenza in donne che fanno uso di contraccettivi E/P da lungo tempo
- Iperplasia dell'epitelio duttale o lobulare con aumento variabile dello stroma. Le cisti, multiple e di dimensioni variabili, sono dovute ad angolazioni o restringimenti del lume dei dotti con atrofia degli epitelii, con crescita papillare all'interno o con fenomeni emorragici
- Anche l'iperplasia dello stroma può provocare ectasia dei dotti con formazione di cisti da ritenzione del secreto ghiandolare
- Assenza di mitosi e di polimorfismo cellulare: lesione benigna
- Aumento di volume di una o entrambe le mammelle con dolenzia variabile in rapporto al ciclo mestruale, clinicamente lesioni nodulari di grandezza variabile localizzate prevalentemente al quadrante supero-esterno

PATOLOGIE BENIGNE DELLA MAMMELLA

Lesioni diffuse tra la popolazione

Correlazione anche al ciclo mestruale

Tra le cause prevalenza di estrogeni su progesterone in fase luteale



Il ripristino dell'equilibrio ormonale E/P **non costituisce garanzia di prevenzione e trattamento delle patologie benigne della mammella**



**CONDIZIONE ENIGMATICA
CAUSE NON ANCORA PERFETTAMENTE DEFINITE**

KEY POINTS

CHE COSA PUO' FARE IL GINECOLOGO?

**CHE COSA SI ASPETTA LA DONNA DAL GINECOLOGO IN
AMBITO SENOLOGICO?**

DIAGNOSI PATOLOGIE BENIGNE DELLA MAMMELLA

- VISITA CLINICA DELLA PAZIENTE
- VALUTAZIONE CON TECNICHE RADIOLOGICHE
- VALUTAZIONE PATOLOGICA DELLA LESIONE CON AGOASPIRATO O BIOPSIA



GINECOLOGO



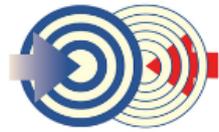
IN CASI DUBBI

LA VALUTAZIONE CLINICA RICHIEDE UNA INDAGINE «TRIPLA»

**IL TIPO DI INDAGINE, LA VALUTAZIONE, LA DIAGNOSTICA
DIPENDONO DA DIVERSI FATTORI E CAMBIANO IN BASE:**

- **ETA'**
- **ANAMNESI E STORIA FAMILIARE**
- **MANIFESTAZIONI CLINICHE RISCONTRATE**

LINEE GUIDA F.O.N.Ca.M. 2012



Scuola Italiana
di Senologia ONLUS



F.O.N.Ca.M
Forza Operativa Nazionale
sul Carcinoma Mammario

- **Età inferiore ai 40 anni:** Il primo test consigliato e comunque l'esame clinico. In presenza di segni obiettivi che meritino un ulteriore accertamento diagnostico si dovrà ricorrere alla ecografia e, se necessario, alla mammografia e al prelievo con ago. Il controllo ecografico di routine, in assenza di segni obiettivi, non trova giustificazione. **Prima di una stimolazione ormonale o di posizionamento di impianto protesico potrebbe essere utile sottoporre a mammografia la donna sopra i 35 aa.**
- **Età 40-49 anni:** in questa fascia di età (40-49) i controlli sono consigliati ogni 12-18 mesi. date le maggiori difficoltà diagnostiche, derivanti dalla **maggior frequenza di seni ad alta densità**, potrà essere valutato l'impiego a fianco della mammografia dell'esame clinico e dell'ecografia, specie in presenza di fattori di rischio (familiarità per tumore mammario o ovarico, densità mammografica, ecc.).
- **Età oltre 50 anni:** l'esame da raccomandare è la **mammografia periodica biennale**. a fianco di questa, come per le quarantenni, potrà essere valutato l'impiego dell'esame clinico e dell'ecografia. il prolungamento della vita media suggerisce di continuare i controlli periodici almeno fino ai 74 anni. la letteratura evidenzia per le donne che effettuano tos un rischio di incidenza di tumore al seno significativamente superiore per le donne in terapia da almeno 5 anni, e, in alcuni studi, si ipotizza una minore sensibilità dell'esame mammografico a causa di un aumento della radiodensità delle strutture mammarie. questi elementi sembrerebbero giustificare l'opportunità di incrementare la frequenza dei controlli (ad esempio, a intervalli annuali).

VISITA CLINICA DELLA PAZIENTE

PUÒ ESSERE SUDDIVISA IN TRE FASI:

- **ANAMNESI**
- **ISPEZIONE**
- **PALPAZIONE**

FARE DOMANDE!!!!

ANAMNESI:

- **Approccio alla paziente**
- **Valutazione del rischio**

HA LO SCOPO DI RACCOGLIERE INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELLA PAZIENTE, SULL'ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO E SULLA SINTOMATOLOGIA

Anamnesi

- Età della paziente
- Storia dettagliata del ciclo mestruale
- Età di comparsa del menarca
- Irregolarità del ciclo mestruale
- Età della menopausa
- Regime dietetico
- Interventi chirurgici sulla sfera genitale
- Nelle donne più giovani quante gravidanze e il tipo di allattamento
- Assunzione di estroprogestinici per uso contraccettivo o per sostituzione postmenopausale

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

MAGGIORE

- Sesso (femminile > maschile)
- Età (incremento con l'età)
- Storia familiare (mamma, sorella o figlia con carcinoma premenopausale o bilaterale)
- Storia personale di carcinoma controlaterale della mammella
- Aspetti proliferativi benigni con atipia

MINORE

- Pluriparità
- Allattamento
- Regolarità mestruale
- Assenza di storia familiare

ISPEZIONE

IL MEDICO OSSERVA IL SENO DELLA PAZIENTE PER EVIDENZIARE LA PRESENZA DI MODIFICHE AL SENO

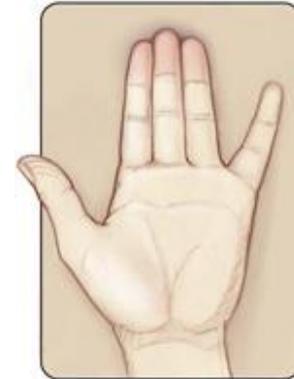
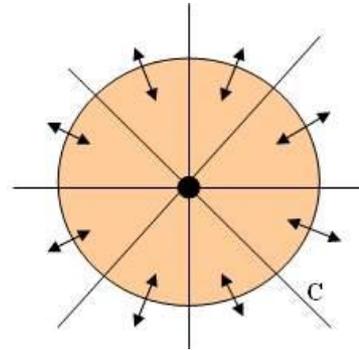
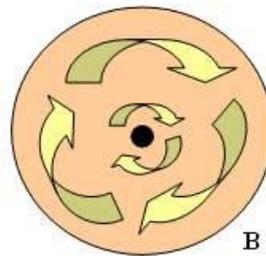
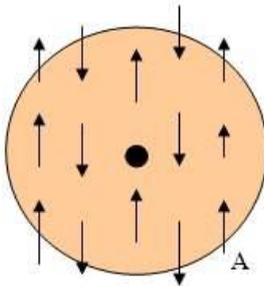
LA PAZIENTE VIENE OSSERVATA IN DIVERSE CONDIZIONI: SEDUTA, CON LE BRACCIA SOLLEVATE SOPRA LA TESTA, CON GLI ARTI SUPERIORI TESI IN AVANTI ED IL BUSTO FLESSO E MENTRE ESERCITI UNA PRESSIONE DELLE MANI SUI FIANCHI

IL MEDICO ANALIZZA LA FORMA, LE DIMENSIONI, LA SIMMETRIA ED IL PROFILO DI ENTRAMBE LE MAMMELLE, VALUTA LA CUTE (COLORE, EDEMA, RETRAZIONE, TUMEFUZIONE) ED IL CAPEZZOLO (RETRAZIONE, DEVIAZIONE E PRESENZA DI EVENTUALI ESCORIAZIONI).

PALPAZIONE

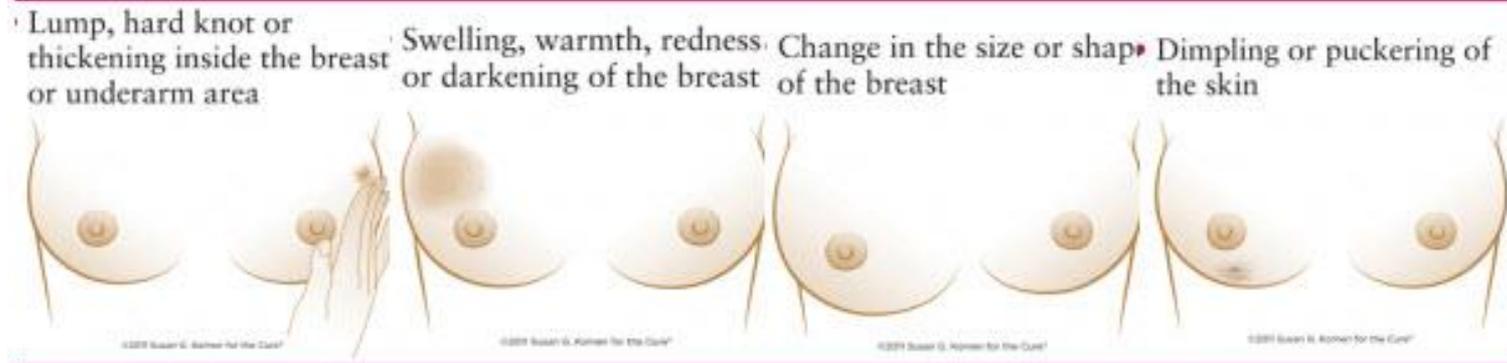
ENTRAMBE LE MAMMELLE, I PROLUNGAMENTI ASCELLARI, I CAVI ASCELLARI, I SOLCHI SOTTOMAMMARI, LE FOSSE SOPRA E SOTTOCLAVEARI

ESEGUITA MUOVENDO I POLPASTRELLI DELLE DITA LUNGO UNA DIREZIONE, RADIALE O CIRCOLARE, ESAMINANDO L'INTERA GHIANDOLA, INCLUSO IL PROLUNGAMENTO ASCELLARE



**A PARTIRE DAI 20 ANNI LA DONNA DOVREBBE COMUNQUE EFFETTUARE
AUTOPALPAZIONE ALMENO UNA VOLTA AL MESE
DOPO IL CICLO MESTRUALE QUANDO IL SENO È PIÙ MORBIDO**

PRESENZA DI NODULI: FORMA, DIMENSIONI, MARGINI, CONSISTENZA, MOBILITÀ RISPETTO AI PIANI PROFONDI ED AI TESSUTI CIRCOSTANTI
PALPAZIONE DEL CAPEZZOLO E DELL'AREOLA: VALUTAZIONE DI ISPESSIMENTI E/O NODULARITÀ
SPREMITURA DEL CAPEZZOLO: PER EVIDENZIARE EVENTUALE SECREZIONE



MANAGEMENT PATOLOGIE DEL SENO



SEGUIRE LA PAZIENTE E VALUTARE I RISULTATI RADIOLOGICI

INTERVENTO DEL GINECOLOGO

- ANAMNESI
- ISPEZIONE
- PALPAZIONE



**IMPORTANZA DEL RUOLO DEL GINECOLOGO
NELL'IDENTIFICAZIONE DI TALI PATOLOGIE**



PREVENZIONE E CURA

SE PRESENTE MANIFESTAZIONE CLINICA DOLOROSA

in primis rassicurazione della paziente

il più
comune
disturbo della
mammella



nel 40% delle
donne in età
fertile

nel 70%
delle donne
almeno una
volta nella
vita

(Health Authorities. UK)

RARAMENTE DOLORE = TUMORE

SE PRESENTE MANIFESTAZIONE CLINICA DOLOROSA

VALUTAZIONE

CICLICO O NON CICLICO?

Tipo di dolore	senso di peso, tensione, bruciore, urente, trafittivo
Ritmo	intermittente, persistente
Durata	nel corso della giornata
Localizzazione	quadrante
Irradiazione	sede
Fattori scatenanti	contatto, ciclo mestruale, attività fisica, etc.
Fattori aggravanti	contatto, ciclo mestruale, attività fisica, etc.
Fattori allevianti	reggiseno contenitivo, analgesici, altri farmaci
Modificazioni qualità di vita	problemi con il partner, ritmo sonno-veglia, difficoltà movimenti

PER VALUTARE IL TIPO E LA RISPOSTA AD UNA TERAPIA

DIARIO DEL DOLORE MAMMARIO

AMBULATORIO DI SENOLOGIA

NOME COGNOME Nascita:

Abitazione

Telefono

<i>j. Mese/Giorno</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Annotare quanto segue nelle caselle corrispondenti al giorno del mese:

M: mestruazione

▲: disagio, senso di tensione mammaria

■: dolore mammario intenso, significativo

IMPORTANTE:: Riportare la scheda ad ogni visita di controllo !!!

Da consegnare alla donna con mastalgia. La funzione di questo diario è quello di valutare le caratteristiche della mastalgia (ciclica, non ciclica) e annotare la presenza di disturbi associati. La durata dell'osservazione deve essere sufficientemente lunga (almeno 3 mesi).

Variazioni ormonali: elevati valori di estrogeni
bassi valori di progesterone
alterato rapporto tra E2 e P
aumentati valori di PRL
ipotiroidismo, ridotto apporto di iodio

**INNUMEREVOLI VARIABILI:
ESSENZIALE CONOSCERE LA
PAZIENTE**

Assun
ERT
(DIFFE

HRT,

Stile d

Suscettibilità al dolore (PSICOSOMATICA/AUTOIMMUNITA'):
correlazione con fibromialgia, IBDs, disturbi psichiatrici, PMS.

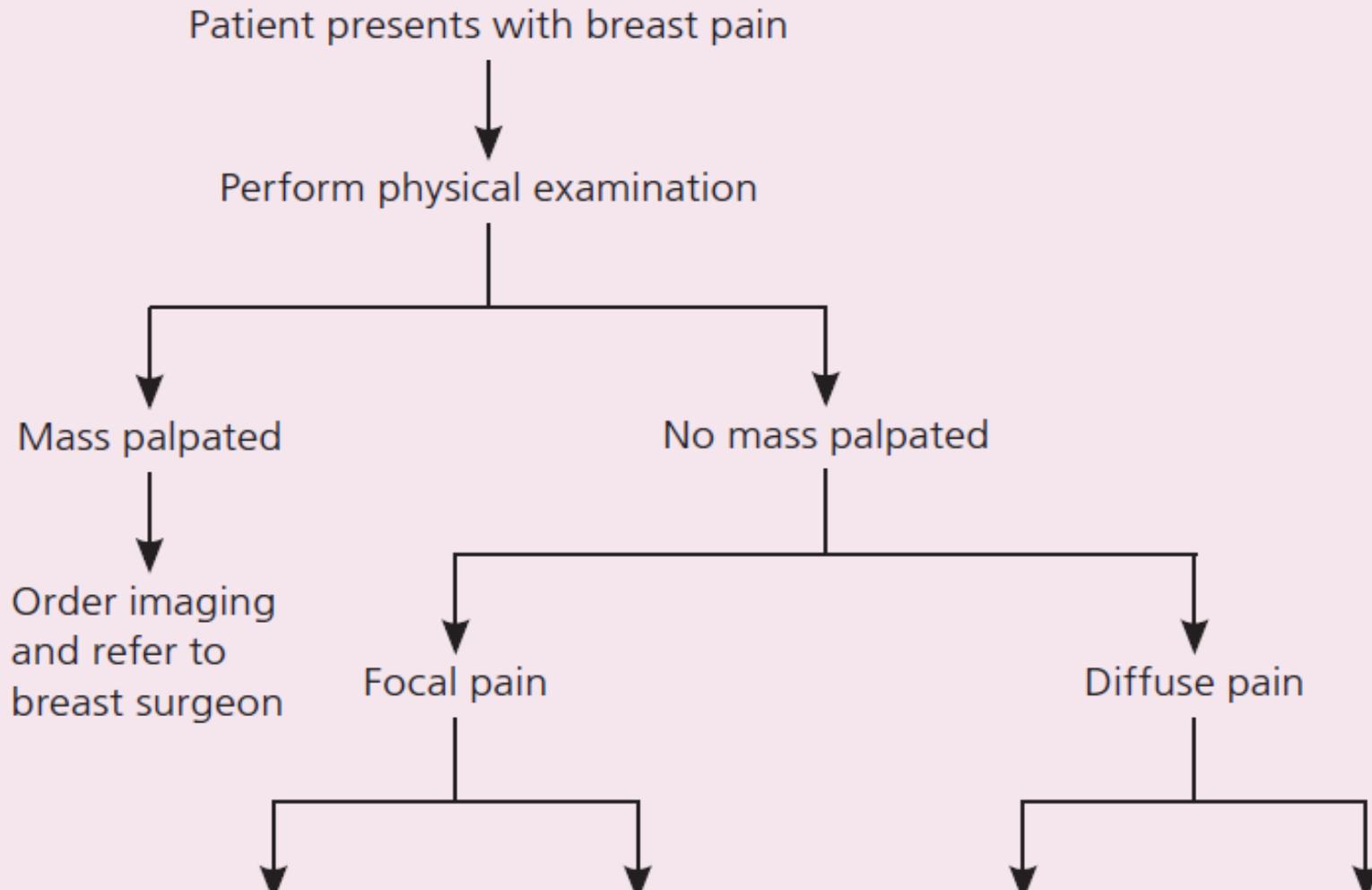
Azione farmacologica: diuretici (tiazidici, spironolattone), antidepressivi
triciclici, metildopa, neurolettici

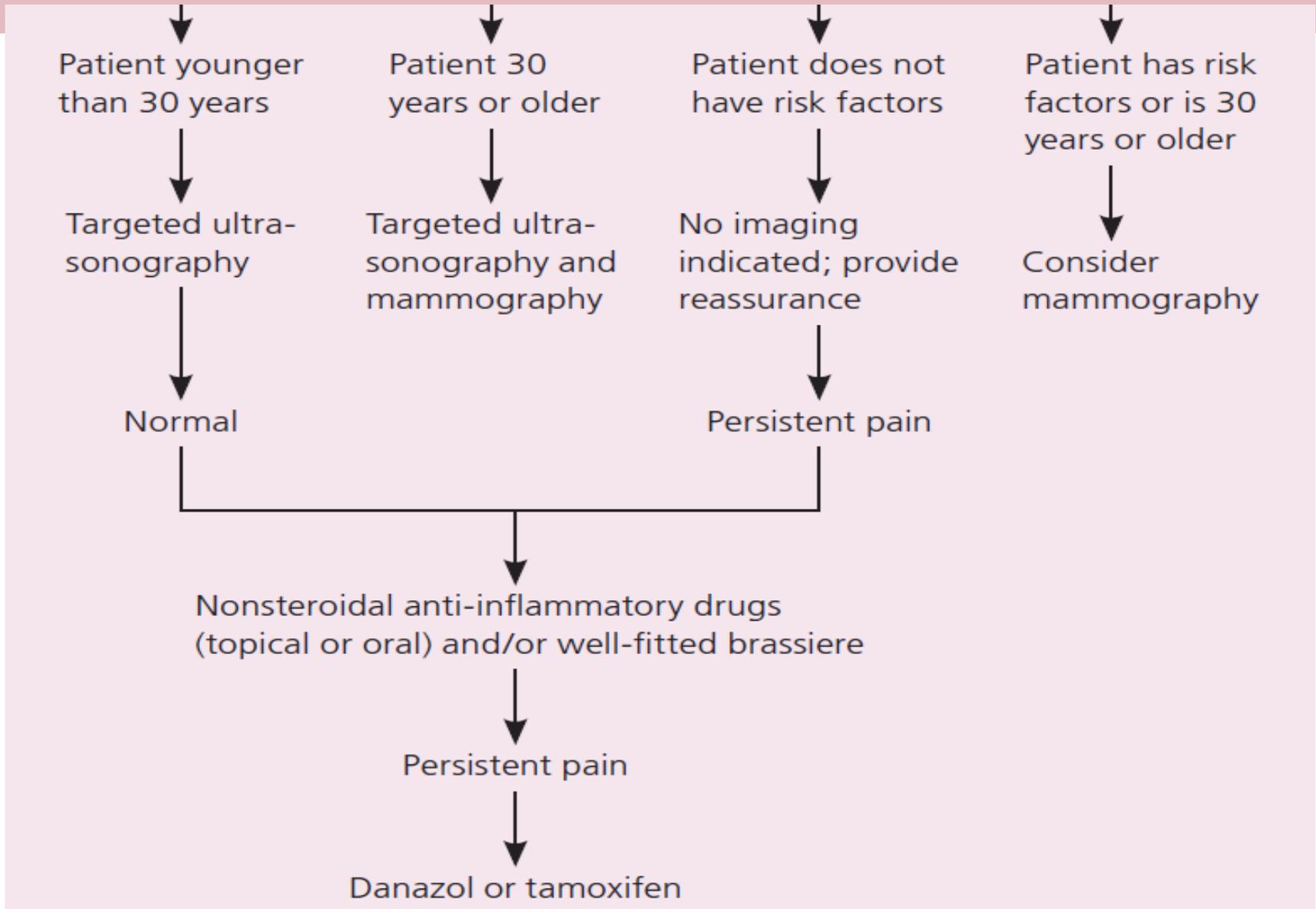
Common Breast Problems

BROOKE SALZMAN, MD; STEPHENIE FLEEGLE, MD; and AMBER S. TULLY, MD

Am Fam Physician. 2012 Aug 15;86(4):343-9

Approach to the Patient with Breast Pain





STABILIRE TERAPIA APPROPRIATA

- Rassicurazione e reggiseno d'appoggio
 - Riduzione di caffè, fumo, dieta ipocalorica
 - **Complementi alimentari naturali**
- Terapia di prima linea**
- FANS (topici o sistemici)
 - Danazolo o Bromocriptina
 - Progestinici
- Più problematici, da impiegare come terapia di seconda linea**

SEGUIRE LE PAZIENTI CON CONTROLLI PERIODICI E FOLLOW UP

Conclusioni

**RUOLO DEL GINECOLOGO NEL MANAGEMENT
DELLE PATOLOGIE BENIGNE DELLA MAMMELLA**

CONOSCERE LE PAZIENTI



SEGUIRLE CON CONTROLLI PERIODICI



DIAGNOSI CORRETTA = TERAPIA APPROPRIATA



PREVENZIONE E CURA

GRAZIE

