

Il tumore della mammella nelle pazienti over 65: follow-up e competenze delle cure primarie

Breast cancer in patients over 65: follow-up and primary care skills

Federico Ghidinelli¹, Anna Bianchi², Lucia Vassalli², Rebecca Pedersini², Ovidio Brignoli³

¹Specializzando in geriatria e gerontologia, Università degli Studi di Brescia, Diploma in Medicina Generale;

²Breast Unit, ASST Spedali Civili di Brescia; ³Presidente Fondazione SIMG e membro direttivo nazionale SIMG



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Il tumore della mammella nelle pazienti over 65: follow-up e competenze delle cure primarie
Rivista SIMG 2025; 32 (01):14-15.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Il cancro alla mammella è la neoplasia più comune che colpisce le donne in tutto il mondo.¹ Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il carcinoma mammario conta circa 2.3 milioni di nuovi casi nel 2020 a livello mondiale.^{1,2} In Lombardia, la regione più popolosa d'Italia, l'incidenza del carcinoma mammario è di circa 188 nuovi casi ogni 100 000 abitanti.³

La distribuzione per età, nei paesi occidentali, evidenzia che circa il 38% viene rilevato nella popolazione tra i 50-69 anni, il 19% nella fascia di età 45-49 anni e 70-74, mentre il restante 43% si rileva nella popolazione over 75.² La mortalità per tumore della mammella è diminuita a causa della maggiore efficacia degli interventi terapeutici e della maggiore sensibilizzazione dei test di screening. In Italia a 5 anni dalla diagnosi è ancora vivo l'87.8% delle donne. Sebbene la diagnosi e il trattamento abbiano fatto grandi progressi, esso rimane una delle principali cause di morte per tumore maligno nelle donne.

La comprensione della biologia del tumore e l'integrazione di terapie chirurgiche, radioterapiche e sistemiche sono essenziali per migliorare i risultati clinici e ridurre il rischio di metastasi. La ricerca continua è essenziale per ottimizzare le strategie di trattamento e migliorare la sopravvivenza dei pazienti.

La diagnosi precoce delle recidive, la gestione degli effetti collaterali del trattamento, la promozione dell'aderenza al trattamento e il supporto psicosociale sono elementi fondamentali per migliorare gli *outcomes* di salute e la qualità della vita delle pazienti anziane. La diagnosi precoce di recidive locali, regionali o controlaterali è essenziale per un trattamento immediato ed efficace.

La terapia medica per il tumore alla mammella negli anziani include chemioterapia, terapia ormonale e terapie mirate. La scelta del trattamento dipende dal

tipo e dallo stadio del tumore, nonché dalle condizioni di salute generali del paziente.

Il trattamento del tumore mammario nelle donne over 65 può essere influenzato dalle comorbidità esistenti e di conseguenza lo è anche la prognosi.^{1,2}

In questa fascia di età, il follow-up costituisce una fase cruciale del percorso terapeutico. Il follow-up, infatti, non solo è utile per monitorare la comparsa di recidiva locale e a distanza dei tumori, ma affronta anche le condizioni e gli effetti collaterali a lungo termine dei trattamenti alla luce delle comorbidità presenti. Le recidive possono essere rilevate tramite mammografie, ecografie e risonanza magnetica (RMN). Esami clinici regolari del seno aiutano a monitorare eventuali anomalie, consentendo una diagnosi precoce che aumenta le possibilità di guarigione.⁴ Un follow-up efficace non solo aiuta a monitorare la possibile recidiva del tumore, ma serve anche a gestire gli effetti collaterali a breve e lungo termine del trattamento e le comorbidità, migliorando significativamente la qualità di vita dei pazienti.^{5,7}

La continuità delle cure serve per garantire che i pazienti ricevano un trattamento continuo e coerente, indipendentemente dall'ambiente in cui vengono curati. Ciò è particolarmente critico per i pazienti oncologici, che spesso richiedono una gestione complessa e multidisciplinare. La gestione del tumore al seno nelle pazienti over 65 ed il suo follow-up richiedono un approccio multidisciplinare che includa oncologi, geriatri, nutrizionisti, medici di medicina generale e fisioterapisti. Questo approccio integrato assicura che tutte le esigenze delle pazienti siano affrontate, migliorando i risultati clinici e la qualità della vita.

Uno dei principali strumenti che aiuta nella gestione di questi pazienti è la valutazione geriatrica completa (*Comprehensive geriatric assessment, CGA*), che è essenziale in questo contesto e che consente di

adattare il trattamento alle condizioni specifiche di ogni paziente.^{1,7} La CGA è definita come una valutazione diagnostica e terapeutica multidisciplinare di una persona anziana fragile al fine di sviluppare un piano coordinato per massimizzare la salute generale del paziente geriatrico. Essa raccoglie una serie di scale e di valutazioni per inquadrare correttamente il paziente anziano.

Esistono diverse strategie da adottare tra cui visite regolari, consigliate ogni 6-12 mesi nei primi 5 anni dopo la fine del trattamento iniziale, seguite da visite annuali. La sorveglianza include regolari esami fisici e mammografie annuali, che sono fondamentali per rilevare recidive o nuovi tumori nel seno controlaterale.

Anche la gestione delle recidive locali e regionali del cancro al seno in pazienti di età superiore ai 65 anni rappresenta una sfida da affrontare in maniera multidisciplinare. Le recidive locali (LR) e locoregionali (LRR) si verificano con una frequenza del 5-15% dopo interventi conservativi (quadrantectomia più radioterapia) o mastectomia. Queste recidive comportano un aumento del rischio di metastasi a distanza e una riduzione della sopravvivenza.^{4,6}

I fattori di rischio per lo sviluppo di LRR includono biologia del tumore, dimensioni del tumore primario, positività dei linfonodi ed età più giovane. I tumori tripli negativi (TNG) e HER2 positivi hanno un rischio più elevato di LRR rispetto ai tumori luminali A e B.⁵ Le pazienti con tumori TNG hanno una prognosi peggiore rispetto a quelli con tumori luminali. La diagnosi precoce di LR o LRR richiede un attento monitoraggio clinico e radiologico.

Le LR spesso si verificano nella stessa sede del tumore originario o a livello della cicatrice della mastectomia.

La mastectomia è il trattamento standard per le LR in soggetti che hanno ricevuto un intervento chirurgico conservativo.⁵

Le pazienti con recidiva a livello della parete toracica dopo mastectomia devono sottoporsi a rimozione chirurgica della recidiva e radioterapia della parete toracica. L'efficacia della chemioterapia aggiuntiva per le recidive isolate non è ancora chiaramente dimostrata, ma può essere presa in considerazione nelle pazienti con malattia TNG o HER2 positiva. La terapia endocrina e gli agenti anti-HER2 sono comunemente utilizzati nelle pazienti con recidiva di tumori HER2 positivi. L'intervallo di tempo per la recidiva è generalmente più breve nei tumori HER negativi rispetto a quelli HER positivi.

Generalmente, anche gli anziani ritenuti sufficientemente in buona salute tale da tollerare le terapie più impegnative, dovrebbero essere trattati secondo linee guida standardizzate per i pazienti più giovani. Le pazienti anziane spesso affrontano complicanze a lungo-termini come dolore, affaticamento, linfedema e stress psicologico. Tuttavia, si potrebbe evitare un trattamento aggressivo se il paziente ha maggiori probabilità di morire per altre cause. L'aspettativa complessiva di vita dovrebbe essere considerata come un fattore decisionale importante per la selezione delle terapie appropriate, sebbene sia difficile prevederla con precisione.

Al contrario, si è riscontrato un rischio maggiore di morte, indipendentemente dall'età, per i pazienti con malattia in stadio II e per i pazienti con malattia in stadio III o IV. Pertanto, la decisione sul trattamento dovrebbe tenere conto dell'aspettativa di vita del paziente, della sua salute generale e delle sue preferenze, per fornire un'assistenza personalizzata e di alta qualità.

I medici di medicina generale svolgono un ruolo essenziale nella sorveglianza delle recidive locali, regionali o controlaterali del cancro al seno. La sorveglianza include la prescrizione di regolari esami fisici e mammografie annuali che sono fondamentali per rilevare recidive o nuovi tumori nel seno controlaterale. Sebbene l'efficacia delle visite cliniche frequenti non sia stata dimostrata

da studi di alto livello, è essenziale prestare attenzione ai sintomi riferiti dai pazienti, poiché circa il 60% delle LRR si verifica al di fuori delle visite programmate.²

In conclusione, le pazienti con tumore alla mammella di età superiore ai 65 anni presentano una maggiore complessità di gestione della malattia rispetto alle persone più giovani. La varietà del tipo di carcinoma e sede del tumore, insieme alle diverse frequenze degli esami, evidenzia l'importanza di adattare i protocolli di screening e trattamento alle esigenze individuali delle pazienti. Ovviamente, sono necessari ulteriori studi sulle pazienti di età superiore ai 65 anni con tumore alla mammella, data la scarsità di letteratura scientifica su questo argomento. La ricerca continua e l'implementazione di politiche sanitarie efficaci sono essenziali per ridurre l'impatto di questa malattia nelle popolazioni a rischio.

Bibliografia

1. Desai P, et al. Breast cancer in women over 65 years- a review of screening and treatment options. *Clin Geriatr Med* 2021;37:611-23.
2. Sisler J, et al. Follow-up after treatment for breast cancer: Practical guide to survivorship care for family physicians. *Can Fam Physician* 2016;62:805-11.
3. European Cancer Information System <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/en>
4. White AJ, et al. Exposure to multiple sources of polycyclic aromatic hydrocarbons and breast cancer incidence. *Environ Int* 2016;89-90:185-92.
5. Belkacemi Y, et al. Local and regional breast cancer recurrences: Salvage therapy options in the New Era of molecular subtypes. *Front Oncol* 2018;8:112.
6. Pruitt SL, et al. Survival of women diagnosed with breast cancer and who have survived a previous cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2021;187:853-65.
7. Zavaroni M, et al. French general practitioners' attitude towards breast cancer in older women: A qualitative study. *J Geriatr Oncol* 2021;12:1076-84.
8. Cardoso F, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2019;30:1194-220.