



**Esperienze riabilitative
in oncologia senologica:**

www.fisiokinesiterapia.biz

Epidemiologia

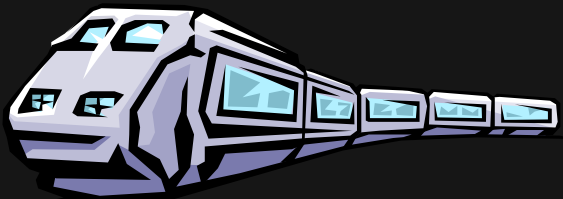
INCIDENZA



neoplasia tipica e frequente , ma non esclusiva del sesso ♀ nei Paesi Occidentali



in ↑ nei Paesi a bassa incidenza che hanno modificato il loro stile di vita (es. Giappone)



incidenza > nelle aree urbane rispetto a quelle rurali

Epidemiologia

- 1^a causa di morte per neoplasia nella donna
- 1^a causa di morte nelle donne tra 35-55 anni
- 2^a causa di morte nelle donne dopo le malattie cardiovascolari nelle donne di età > 55 anni

Epidemiologia

INCIDENZA

Nel 2004 in USA:



217000 nuovi casi di malattia invasiva
59000 nuovi casi di malattia in situ
oltre 40000 morti

Nel 2004 in Italia:



34500 nuovi casi
17000 morti

Epidemiologia

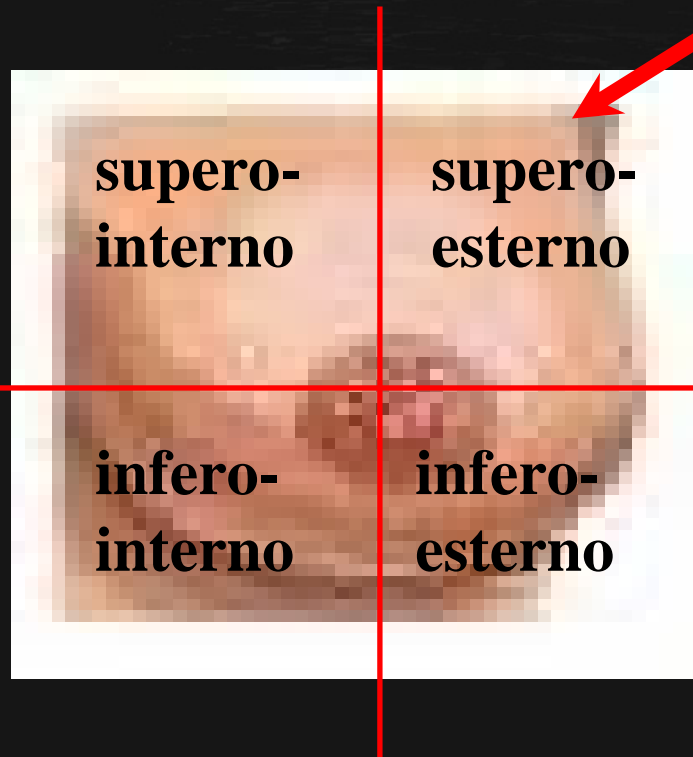
- ETA'

- raro < 20 anni
- infrequente 20-30 anni
- 1° picco incidenza intorno ai 45 anni
- plateau nel periodo perimenopausale
- 2° picco incidenza intorno ai 70 anni



Epidemiologia

-DISTRIBUZIONE NEI QUADRANTI ANATOMICI



- 48% quadrante supero-esterno
- 15% quadrante supero-interno
- 11% quadrante infero-esterno
- 6% quadrante infero-interno
- 17% regione centrale
(entro 1cm dall'areola mammaria)
- 3% neoplasia diffusa

LA MAGGIORE FREQUENZA DI NEOPLASIA NEL QUADRANTE SUPERO-ESTERNO E' DA ATTRIBUIRSI ALLA PRESENZA DI UNA MAGGIORE QUANTITA' DI TESSUTO MAMMARIO IN TALE SEDE

Epidemiologia

RAZZA: incidenza maggiore
tra le donne di razza bianca

SESSO: Nell'uomo il CR della mammella è
100 volte meno frequente rispetto
alla donna

Epidemiologia

Mortalità:  dagli anni 90 per:

1. diffusione screening e diagnosi precoce
2. innovazioni terapia chirurgica e radiante
3. uso di efficaci trattamenti sistemici adiuvanti

Sopravvivenza relativa a 5 anni per CR mammario è andata
PROGRESSIVAMENTE AUMENTANDO

Riabilitazione e oncologia senologica

- **Continuo e progressivo incremento dei *successi terapeutici* nel trattamento dei tumori nell'ultimo ventennio**
- **Più attenta valutazione delle limitazioni *fisiche e funzionali* dell'individuo**
- **Maggiore attenzione alla *Qualità di Vita* del paziente ed agli *aspetti psicosociali* della malattia neoplastica**

Riabilitazione e oncologia senologica

- **Nuovo *impatto culturale* delle discipline riabilitative sul tessuto socio-sanitario, economico e lavorativo**
- **il futuro di una percentuale sempre maggiore di pazienti “guariti” o “lungosopravvivenenti”**

**emerge oggi come una questione
inevitabile e prioritaria,**

che coinvolge

- **la comunità sanitaria e scientifica**
- **l'ambito sociofamiliare ed occupazionale**

Riabilitazione e oncologia senologica

Definizione

E' un vero e proprio “processo terapeutico” di *soluzione di problemi e di educazione nel corso del quale si porta il soggetto a raggiungere il migliore livello di vita, sotto l'aspetto fisico, funzionale, sociale, emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative..... La famiglia è parte integrante del percorso...*

La Riabilitazione è concettualmente un modo diverso di fare medicina ...

- **basata su una visione globale del paziente, che vada al di là del trattamento specifico per la patologia**
- **privilegia l'aspetto funzionale per ottenere un risultato anche sul piano psico-sociale**
- **considera il massimo livello di indipendenza come l'obiettivo fondamentale anche se la malattia non è sempre reversibile**

Riabilitazione / Cure palliative

Riabilitazione e cure palliative non sono antitetiche, ma non coincidono perchè hanno un significato differente...

- La Riabilitazione è una **FASE** del trattamento oncologico attivo avente la finalità di **RECUPERO** e di **REINSERIMENTO**
- La Riabilitazione è una **COMPONENTE** delle cure palliative avente la finalità del **MIGLIORAMENTO** dei sintomi e della **Qualità di Vita**

Valutazione riabilitativa

Valutazione oncologica

Caratteristiche del paziente

- età
- sesso
- supporto familiare
- substrato culturale
- attività lavorativa
- stato di benessere generale
- condizione psicologica
- stato sociale

Caratteristiche della malattia

- sede
- estensione
- istotipo
- opzioni terapeutiche
- storia naturale
- sintomi dominanti

Cosa valutare per un piano terapeutico-riabilitativo

- **Aspettativa di vita**
- **Stadio di malattia (paziente con malattia in stadio iniziale vs avanzato)**
- **Età**
- **Sintomi**
- **Comorbilità e Condizioni generali**
- **Back ground sociopsicologico**
- **Compliance del paziente e della famiglia**

A Venn diagram consisting of three overlapping circles on a dark background. The top circle is orange and labeled 'PROGNOSI'. The bottom-left circle is yellow and labeled 'QoL'. The bottom-right circle is red and labeled 'COMORBIDITA''. The circles overlap in the center and at the intersections between pairs of circles.

PROGNOSI

QoL

COMORBIDITA'

Qualità di vita

Condizionata da:

- ✓ **attività fisiche e lavorative**
- ✓ **stato psicologico ed emotivo**
- ✓ **interazione sociale ed affettiva**
- ✓ **sintomi da malattia o tossicità da terapia**

Disabilità Post-Mastectomia

Di norma transitorie. Raramente permanenti. Variabili in relazione al tempo trascorso dall'intervento.

1. POST-OPERATORIO PRECOCE:

disabilità generalizzata (intesa come dipendenza nelle ADL primarie e secondarie)

2. POST-OPERATORIO TARDIVO:

alterazione della qualità delle prestazioni (grosso braccio)

alterazione percezione immagine di sé e quindi qualità vita

disabilità nel COMPORTAMENTO (all'interno della famiglia ed ambiente lavorativo)

Menomazioni

- **Anatomiche**
- **Di funzione**
- **Psicologiche**
- **Peri-operatorie**
- **Post-operatorie precoci**
- **Post-operatorie tardive**

Menomazioni peri-operatorie

- **Linfedema post-operatorio**
- **Ipomobilità dell'arto superiore**
- **Ipostenia dell'arto superiore**
- **Torpore dell'arto superiore**

Menomazioni post-operatorie precoci

- **Aderenze cicatriziali alla parete toracica**
- **Scapola alata**
- **Limitazione funzionale da retrazione muscolare**
- **Alterazioni posturali del rachide cervicale e del cingolo scapolare**

Menomazioni post-operatorie tardive

- **Dolore della parete toracica e/o dell'arto superiore**
- **Capsulite adesiva della spalla**
- **Linfedema propriamente detto dell'arto superiore**

Linfedema

- **Complicanza più frequente e temuta dello svuotamento ascellare**
- **20% circa donne sottoposte a mastectomia o quadrantectomia con linfadenectomia ascellare**
- **35% circa in associazione a radioterapia**

Patogenesi meccanica

Linfedema propriamente detto da:

- **Svuotamento ascella**
- **Asportazione linfoghiandole**
- **Distruzione vasi linfatici ascellari**
- **Terapia radiante**

Linfedema

- **Immediatamente post-operatorio** → **Ridotta mobilizzazione dei liquidi per ipomobilità dell'arto o per flogosi cellulare ascellare**
- **Linfedema precoce (propriamente detto)** → **6-12 settimane dall'intervento per alterazione meccanica dei linfatici ascellari**
- **Linfedema tardivo** → **a distanza di anni dall'intervento per patologia sovrapposta**

Classificazione Linfedemi

- | | | |
|------------|---|---------------------------------------------------------------------|
| I stadio | → | • Edema potenziale |
| II stadio | → | • Edema serotino a risoluzione spontanea |
| III stadio | → | • Edema permanente, di consistenza aumentata |
| IV stadio | → | • Elefantiasi |
| V stadio | → | • Elefantiasi con grave deformità dell'arto ed ipomiotrofia diffusa |

Quadri clinici del linfedema

I° stadio, si evidenzia con la palpazione ed è considerato reversibile; alcune donne a questo stadio non hanno un aumento della circonferenza o pesantezza e non hanno il segno di fovea.

II° stadio, al progredire dell'edema lo stesso aumenta di volume, ma è sufficiente la posizione declive per farlo scomparire, quasi completamente.

III° stadio, fibrotico, non palpabile, segno di Stemmer sempre positivo, è irreversibile.

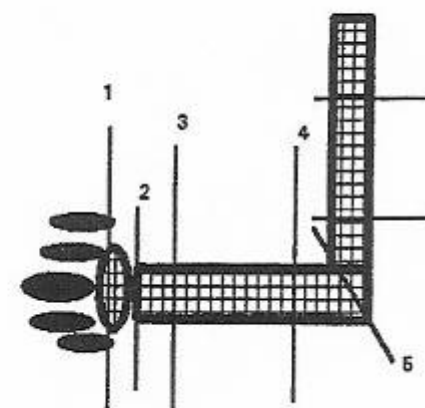
IV°/V° stadio, fase avanzata del linfedema, elefantiasi, indurimento tessuto cartilagineo, molto organizzato, solcato da pieghe profonde.

Linfedema tardivo

- **RECIDIVA LOCALE DELLA NEOPLASIA**
- **PATOLOGIE DISABILITANTI DELL'ARTO SUPERIORE** (emiplegia, sindromi algoneurodistrofiche, periartropatia scapolo-omerale ecc.)
- **LINFANGITE REATTIVA** (puntura d'insetto, graffio di gatto ecc.)
- **COMPRESSIONE AB-ESTRINSECO**
- **TERAPIA LOCALE CON CORTISONICI** (infiltrazione)

Valutazione Linfedema

PUNTO	DESCRIZIONE PUNTO RILEVAMENTO	DX cm	SN cm
1	LINEA PASSANTE ALLA RADICE DEL POLLICE		
2	LINEA PASSANTE PER IL POLSO		
3	LINEA PASSANTE REG.PROSSIMALE AVAMBRACCIO		
4	LINEA PASSANTE REG.DISTALE AVAMBRACCIO		
5	LINEA PASSANTE PER LA PIEGA DEL GOMITO		
6	LINEA PASSANTE REG.PROSSIMALE DEL BRACCIO		
7	LINEA PASSANTE REG.DISTALE DEL BRACCIO		
	TOTALE cm		



Delta

CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

MARZO

2005



CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

Strutture interessate:

- **Radiologia**
- **Anatomia Patologica**
- **Medicina Nucleare**
- **Chirurgia Generale**
- **Chirurgia Plastica**
- **Oncologia**
- **Riabilitazione**
- **Psicologo**
- **Medico Medicina Generale**

CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

	MTX	ECO	BIOPSIA	RM
2005	5502	300/mese	289	79
2006	6410		301	83
2007	885		78	13
MAMMOTONE (ecoguidato)	6			
SENTINELLA	172			

CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

Neoplasie maligne operate nel biennio 2005 / 2006 = 236

Età	Nr.
< 50 aa	35
50 > aa < 75	144
> 75 aa	57

CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

Tipologia degli interventi

Quadrantectomia:

- *supero-esterna sx*: 48
- *supero-esterna dx*: 42
- *altre*: 17

Mastectomia:

- *Semplice*: 10
- *Sec. Madden*: 37 + 2 uomini
- *+ impianto protesi*: 9
- *Sottocutanea*: 1

CENTRO SENOLOGIA AZ. OSP. S. CORONA

Stadiazione di malattia

Stadio	Nr.
T1-T2 N0 G2-G3	140
T1-T2 N1 G2-G3	55
T3-T4 N0 G2-G3	15
T3-T4 N1 G2-G3	35

Attività in reparto

Da 1° giornata a dimissione

- Corretta postura dell'arto
- Ginnastica respiratoria
- Mobilizzazione e automobilizzazione dell'arto
- Norme igienico-comportamentali

Attività in reparto

Da 1° giornata a dimissione

Obiettivi

- Accelerare il recupero funzionale dell'arto
- Combattere il dolore
- Evitare la formazione di aderenze cicatriziali
- Prevenire la comparsa di linfedema
- Ripristinare un adeguato ritmo respiratorio
- Rinforzare l'autostima della paziente

Attività in ambulatorio

- Prima visita fisiatrica a 20 giorni circa dall'intervento
- Valutazione della cicatrice, della spalla e del volume dell'arto
- Eventuale inserimento della paziente nelle attività

Attività in ambulatorio

Cicli di dieci sedute

- Scollamento cicatrice
- Mobilizzazione arto superiore
- Linfodrenaggio manuale
- Bendaggio multistrato
- Esercizi isotonici
- Ultrasuono multisequenziale
- Addestramento paziente
- Prescrizione ausili

Attività in ambulatorio

Ricostruzione protesi interna

- Addestramento all'automobilizzazione
- Attività di stretching e rinforzo isometrico dell'arto
- Follow-up a 10 giorni e 2 mesi dalla prima visita fisiatrica

Follow-up

- **A 1 mese dal termine della radioterapia**
- **A 3 mesi dalla dimissione ambulatoriale**