

ANGELINA JOLIE: BELLA COME PRIMA? MA FORSE NON ALTRETTANTO “SENSIBILE”

Il presidente della SICPRE, Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, illustra il risultato estetico e le conseguenze in termini di sensibilità nel caso Jolie.

Un caso molto lontano dall’ “approccio italiano”, meno invasivo e più orientato alla diagnosi precocissima

Angelina Jolie si è sottoposta a una mastectomia bilaterale e, dalle colonne del New York Times, ha raccontato la sua scelta, raccomandando alle donne di prendere in mano le redini della loro vita. Insomma di percorrere, senza paura, anche le strade apparentemente più impervie.

«La mastectomia profilattica è una scelta poco frequente in Italia, mentre è assai più praticata negli Stati Uniti - dice il bergamasco Enrico Robotti, presidente della SICPRE, la Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, primario all’ospedale papa Giovanni XXIII di Bergamo -. La scelta di asportare profilatticamente la ghiandola oppure no, sottoponendosi invece periodicamente agli esami prescritti (grazie alla diagnosi precoce, per un iniziale tumore le prospettive di guaribilità sono circa del 100%) spetta alla paziente su consiglio dell’oncologo e del senologo. Studi recenti dimostrano che in oltre l’80% dei casi, la mammella rimossa non mostra alcuna anomalia patologica di sorta, neppure cellule anomale che rischiano di evolvere in tumore. Il quadro è complesso, e la decisione deve arrivare dopo un iter lungo e attento da affrontare, caso per caso, con le singole pazienti. E non fa eccezione il caso di fattori che aumentano altamente il rischio, come il gene BRCA1, presente nella Jolie. Basti vedere le autorevoli linee guida della FONCAM (Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario)».

Sbagliato, quindi, scegliere solo per paura, ed è del tutto inutile un allarmismo generalizzato.

Comunque, tutto questo è più di pertinenza dell’oncologo e del chirurgo senologo, con cui il chirurgo plastico deve avere un rapporto di collaborazione strettissima, ma rispettando rigorosamente le competenze specifiche.

«Però, per quanto riguarda l’aspetto ricostruttivo, cioè quello che concerne il chirurgo plastico, non si può negare che la mastectomia bilaterale profilattica *nipple-sparing* (cioè che risparmia l’areola-capezzolo, oltre a tutto il resto del rivestimento cutaneo, la cosiddetta busta) sia una situazione ideale. Infatti, come dice la parola stessa, è un approccio volto alla prevenzione e pertanto conservativo, non altrettanto “demolitivo” come avviene in presenza di tumore. È quindi possibile mantenere una “busta” di cute integra, compresa areola e capezzolo, di spessore adeguato. Se poi la mammella non è troppo grande, la situazione è ideale. E questo, per chi deve ricostruire, fa una prima, grande differenza. La seconda è data dal fatto che si ricostruiscono al tempo stesso entrambe le mammelle. Considerando che si tratta di organi pari, questa è la premessa per ottenere risultati simmetrici e naturali altrimenti impossibili» spiega Robotti.

Per capire questo concetto, basti pensare a un seno creato “ex-novo”, con espansore cutaneo prima e protesi poi, a fianco a quello “originale”, magari troppo voluminoso o cadente.

«Per quanto possa essere possibile ridurre e “simmetrizzare” la mammella non sottoposta a mastectomia, il risultato non potrà mai essere del tutto simmetrico. Questo sia per le diverse cicatrici tra i due lati, sia perché la mammella ricostruita con protesi sarà sempre “fissa” rispetto all’altra. Anche quando la mammella sana viene sottoposta a riduzione o a mastopessi, cioè il “lifiting del seno”, rimane sempre più soggetta a gravità e modifiche della ghiandola. Invece, in una mastectomia profilattica bilaterale condotta su un seno già di forma gradevole, i risultati della chirurgia ricostruttiva possono essere equiparabili a quelli della chirurgia estetica. In sintesi, la

situazione finale della Jolie può essere quasi simile (quasi, ma non del tutto) a quella di una mastoplastica additiva e quindi assolutamente gradevole» conclude Robotti.

A parte la qualità del risultato, la comunità scientifica non è universalmente concorde sull'opportunità di ricorrere alla mastectomia profilattica.

Il parere di Umberto Veronesi

«Se la condizione di rischio per il tumore non genera un'ansia eccessiva, e non trasforma quindi la vita di tutti i giorni in una non-vita, allora obiettivamente ci sono più vantaggi a fare controlli ogni sei mesi, e scoprire l'eventuale tumore in epoca precocissima, quando le possibilità di guarigione sono del 98%», dice Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. Attenzione, poi, al fatto che, nel caso della mammella non vale il vecchio adagio “via il dente, via il dolore”. «La mastectomia radicale non annulla completamente il rischio di tumore, che rimane intorno al 5% anche dopo l'intervento di rimozione». Questo perché una piccola percentuale di ghiandola rimane comunque dopo l'intervento.

Mastectomia profilattica, quando sì

L'autorevole ASPS, American Society of Plastic Surgeons, ha pubblicato le linee guida per la mastectomia profilattica, ovvero le situazioni in cui può essere indicato procedere all'asportazione della ghiandola mammaria. Queste sono legate a forte familiarità di tumore al seno, a familiarità di tumore al seno e alle ovaie e alla presenza dei geni BRCA1 e BRCA2, che determinano un rischio di ammalarsi di tumore al seno compreso tra il 60 e il 90%.

Secondo l'AIRC, Associazione Italiana Ricerca sul Cancro, il tumore al seno colpisce 1 donna su 8 nell'arco della vita. È il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 29% dei tumori che colpiscono le donne. È la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile (16% di tutti i decessi per causa oncologica).

La storia di Angelina

14 maggio 2013, il New York Times pubblica *My medical choice*, articolo scritto da Angelina Jolie in cui l'attrice rivela di essersi sottoposta a una mastectomia bilaterale profilattica. Incredibilmente, tutto l'iter sanitario (iniziato il 2 febbraio e conclusosi il 27 aprile) è rimasto completamente celato ai media.

Trentasette anni, 6 figli (3 biologici, avuti con il marito Brad Pitt, e 3 adottati) la Jolie dichiara di aver scelto l'intervento per la presenza nel suo patrimonio genetico del gene BRCA1, responsabile del tumore alle ovaie e alla mammella, malattia quest'ultima ben nota alla Jolie per aver causato la morte della mamma, a 56 anni.

“Secondo i miei medici – scrive la Jolie – avevo l'87 % di possibilità di ammalarmi di cancro alla mammella, una possibilità che dopo l'intervento si è ridotta al 5%».

L'iter chirurgico della Jolie inizia il 2 febbraio con una piccola procedura al capezzolo sia biptica (per consentire un esame istologico che escluda una possibile iniziale malattia a carico dei dotti) che di “nipple delay”. Nelle parole della stessa Jolie, si tratta di una procedura che “richiama sangue al capezzolo, creando ecchimosi ed un po' di dolore, ma aumentando le possibilità che il capezzolo sopravviva dopo la mastectomia”. Di cosa si tratta?

Spiega ancora il dottor Robotti: «Il *nipple delay*, in termini tecnici una “autonomizzazione” del capezzolo, è una procedura molto poco usata nella mastectomia *nipple-sparing*. Consiste, in pratica, nel separare con una incisione sotto il capezzolo, circa due settimane prima dell'intervento di mastectomia, il capezzolo stesso dai tessuti e vasi sanguigni circostanti. Così, il capezzolo “si abitua” (nelle due settimane prima della mastectomia) a non dipendere più, per poter sopravvivere, dai vasi sanguigni che arrivano da sotto, ma solo da quelli che arrivano dai tessuti attorno, cioè da quella stessa cute che verrà conservata nella mastectomia. Al tempo stesso viene anche fatta una biopsia per escludere la presenza di tessuto tumorale retroareolare. Questa “autonomizzazione” (così si chiama perché “autonomizza”, il tessuto a cui è rivolta, separandolo dalle connessioni

vascolari profonde) è un concetto molto antico, quasi storico, in chirurgia plastica. La sua applicazione a un caso come quello della Jolie è molto inusuale (anzi, di solito del tutto non necessaria a meno che non si operi su tessuti già sottoposti a radioterapia o già operati), ma si deve intendere come un ulteriore mezzo per essere ancor più certi che il capezzolo sopravviva bene dopo la mastectomia.

Due settimane dopo, il secondo passo, con l'ablazione dei tessuti mammari e l'inserimento di espansori cutanei, posti tra il muscolo pettorale e la cassa toracica e "gonfiati" progressivamente con infiltrazioni di soluzione salina, per creare la "tasca" in cui collocare la protesi definitiva. Ma perché non si è fatto subito l'inserimento delle protesi definitive?

Dice sempre Robotti: «L'inserimento immediato delle protesi definitive è possibile solo in pochi casi e di solito è comunque consigliabile usare dapprima gli espansori, espandere progressivamente la cute nelle successive settimane e poi sostituirli con le protesi definitive. In questo modo si riducono i rischi di complicazioni sulla cute e si creano inoltre i presupposti per il migliore risultato estetico».

Infine, dopo 9 settimane, l'ultimo atto: la rimozione degli espansori e la loro sostituzione con le due protesi definitive.

Da notare che, nel caso della Jolie, i tempi sono stati addirittura tre - con il *nipple delay* -, e sarà del tutto possibile anche qualche ritocco successivo. Questo dimostra tra altro che la chirurgia miracolistica del "tutto perfetto in un solo tempo" è, appunto, solo da riservarsi ai miracoli. Attenzione a messaggi televisivi o di stampa troppo semplicistici. La realtà concreta è che spesso servono più stadi, quindi più interventi, per ottenere il miglior risultato, specie se le aspettative estetiche sono giustamente alte.

La "solita" mamma, ma (forse) meno sensibile

A detta della Jolie, le cicatrici sono piccole e i bambini non hanno vissuto alcun trauma: hanno sempre visto la "solita" mamma. Altro discorso sarà la ripresa della sensibilità.

«Dopo una mastectomia profilattica e ricostruzione – spiega Robotti - la ripresa della sensibilità è imprevedibile, ed in realtà è improbabile. Insomma non si può sapere a priori ma, di solito, la fine sensibilità del capezzolo è persa in modo permanente».

Su un piano personale, la Jolie sottolinea che non si sente meno donna, dopo l'intervento, ma anzi più forte per aver fatto una scelta difficile che in alcun modo ha intaccato la sua femminilità.

Ufficio stampa SICPRE

Dorina Macchi, tel. 338 1469256, dorina.ink@tiscali.it
INK - studio giornalistico associato Via Fara 8 20124 Milano
[Www.inkstudiogiornalistico.it](http://www.inkstudiogiornalistico.it)