



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea
**Il ruolo dell'infermiere nel management post-operatorio e
follow-up della donna sottoposta a mastectomia con
linfadenectomia per tumore al seno**

Relatore: Prof.ssa Milanetto Anna Caterina

Laureando: Paiola Margherita
(matricola: 2012894)

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Background: Il tumore al seno rappresenta la prima causa di morte per cancro nel genere femminile. La forma più comune è il cancro al seno invasivo, ovvero il carcinoma duttale infiltrante, e viene trattato chirurgicamente con la mastectomia, che prevede l'asportazione chirurgica della mammella. Questo crea delle problematiche fisiche, estetiche e psicologiche che si ripercuotono nella vita quotidiana della donna. Le donne colpite avranno bisogno della collaborazione di più professionisti, tra cui l'infermiere, per affrontare i cambiamenti che colpiscono sia il benessere fisico che psicologico.

Obiettivi: Ricercare nella letteratura studi scientificamente approvati riguardo gli interventi infermieristici, di natura educativa e psicologica, per sostenere la donna con tumore al seno sottoposta a intervento chirurgico.

Metodologia: Per l'elaborazione di questo lavoro di tesi è stata scelta una revisione della letteratura. Si sono ricercati documenti, articoli scientifici e libri pubblicati da esperti, in riferimento al tema del tumore al seno e al ruolo dell'infermiere nella presa in carico delle donne affette da cancro alla mammella e sottoposte a intervento chirurgico. La ricerca è stata condotta attraverso Google e la banca dati internazionali "PubMed", mediante l'uso di termini liberi e termini MeSH.

Risultati: Molti studi riportano come risultato comune il fatto che le donne percepiscono con disagio la propria alterazione corporea anche a distanza di anni dall'intervento chirurgico, che si ripercuote anche sulla sfera sessuale delle pazienti e sulla vita di coppia. Gli infermieri costituiscono parte integrante dell'assistenza, fornendo loro le informazioni necessarie sulla malattia e sul trattamento, e aiutandole ad affrontare i cambiamenti che colpiscono sia il benessere fisico che psicologico. L'assistenza infermieristica è caratterizzata dall'erogazione di interventi relativi all'educazione, al supporto psicologico ed emotivo e alla gestione delle complicanze fisiche post-mastectomia.

Conclusioni: La mastectomia può comportare conseguenze a livello fisico, disturbi di immagine corporea e disfunzioni sessuali. Purtroppo, queste ultime due tematiche non sempre vengono approfondite dai professionisti e gli interventi efficaci per affrontarle non sono sufficientemente studiati, in quanto

la maggior parte degli attuali trattamenti sono di natura medica e riguardano la gestione delle complicanze fisiche post-operatorie.

Parole chiave: breast cancer/neoplasm, breast surgery, mastectomy, postoperative complications, nurse, nursing, nursing intervention/care/management, quality of life.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: PROBLEMA	5
1.1 Il tumore al seno	5
1.1.1 Il carcinoma invasivo	9
1.2 Trattamento chirurgico: mastectomia con linfadenectomia	11
1.2.1 Complicanze fisiche e psicologiche	12
1.3 Il ruolo dell'infermiere	14
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	17
2.1 Obiettivo e quesiti di ricerca	17
2.2 Metodologia e revisione della letteratura	17
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA	25
3.1 Interventi relativi al benessere fisico	25
3.2 Interventi relativi al benessere psicologico	30
3.3 Follow-up infermieristico	35
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	37
4.1 Discussione dei risultati	37
4.2 Conclusioni	39
BIBLIOGRAFIA	41
SITOGRAFIA	45
SITOGRAFIA DELLE FIGURE	45

INTRODUZIONE

In questo lavoro si vuole approfondire il tema del tumore al seno, concentrandosi sul ruolo dell'infermiere nella fase post-chirurgica e nel follow-up delle donne trattate chirurgicamente con mastectomia.

Il tumore al seno è la neoplasia più comunemente diagnosticata nelle donne e la seconda causa di morte per cancro (dopo il tumore ai polmoni). Sebbene l'incidenza del tumore al seno sia rimasta piuttosto stabile, il numero di decessi per cancro al seno è diminuito, questo è il risultato di un aumento dello screening di qualità (mammografia) e della diagnosi precoce. (Quirion et al., 2010)

Nella maggior parte dei casi, il cardine del trattamento del carcinoma mammario è il trattamento chirurgico, ovvero la mastectomia (asportazione in blocco della mammella), indicata soprattutto nel carcinoma duttale invasivo, che rappresenta il 75% di tutti i casi di cancro alla mammella; la mastectomia può essere associata alla linfadenectomia, nel caso di positività dei linfonodi sentinella, per definire lo stadio di avanzamento della malattia. (Goethals & Rose, 2023)

Come conseguenza della mastectomia, le donne possono provare disagio in quattro ambiti di vita: fisico, psicologico, sociale e spirituale. (Pasquali et al., 1993) In effetti, la maggior parte delle donne ha riferito un calo della qualità della vita, in particolare nelle aree dell'attività fisica e della vita sessuale. Di conseguenza, il trattamento delle pazienti deve essere finalizzato a migliorare la qualità di vita e limitare le conseguenze psico-patologiche e per questo richiede il contributo di tutta l'equipe terapeutica, compreso l'infermiere. Si tratterà di accompagnare le donne durante il loro percorso terapeutico, effettuando interventi mirati, come ad esempio fornire le necessarie informazioni sulla malattia e sul trattamento, promuovere una positiva immagine corporea, ridurre il dolore, programmare un regolare follow-up e incoraggiare a praticare attività fisica.

L'elaborato nasce da un interesse personale verso questa tematica. Ho voluto esplorare il modo in cui gli infermieri possono sostenere ed educare le donne nel periodo post-operatorio perché, da studentessa, ho assistito delle pazienti

a cui era stato diagnosticato un tumore al seno e che, in seguito, avevano mostrato segni di preoccupazione e ansia sia per la malattia e il suo sviluppo, sia per il trattamento chirurgico e le conseguenti conseguenze fisiche e psicologiche.

È stata quindi effettuata una revisione della letteratura, ricercando e analizzando articoli scientifici, libri, articoli di riviste e pubblicazioni sul web rilevanti per la tematica scelta.

CAPITOLO 1: PROBLEMA

1.1 Il tumore al seno

Il cancro al seno rappresenta una sfida globale significativa per la salute: è il tumore più comunemente diagnosticato al mondo ed è la principale causa di mortalità per cancro tra il genere femminile. Nelle regioni più sviluppate, la sopravvivenza complessiva a 5 anni dal cancro al seno è ben oltre l'80%, questo grazie alla modalità di diagnosi precoce e a un migliore accesso a trattamenti efficaci. Al contrario, la diagnosi ritardata è più comune nelle regioni meno sviluppate del mondo, con oltre la metà dei tumori al seno localmente avanzati o metastatici alla diagnosi, di conseguenza vi è una ridotta sopravvivenza e un trattamento più ampio e costoso che può non essere facilmente disponibile. (Wilkinson & Gathani, 2022) (Figura 1)

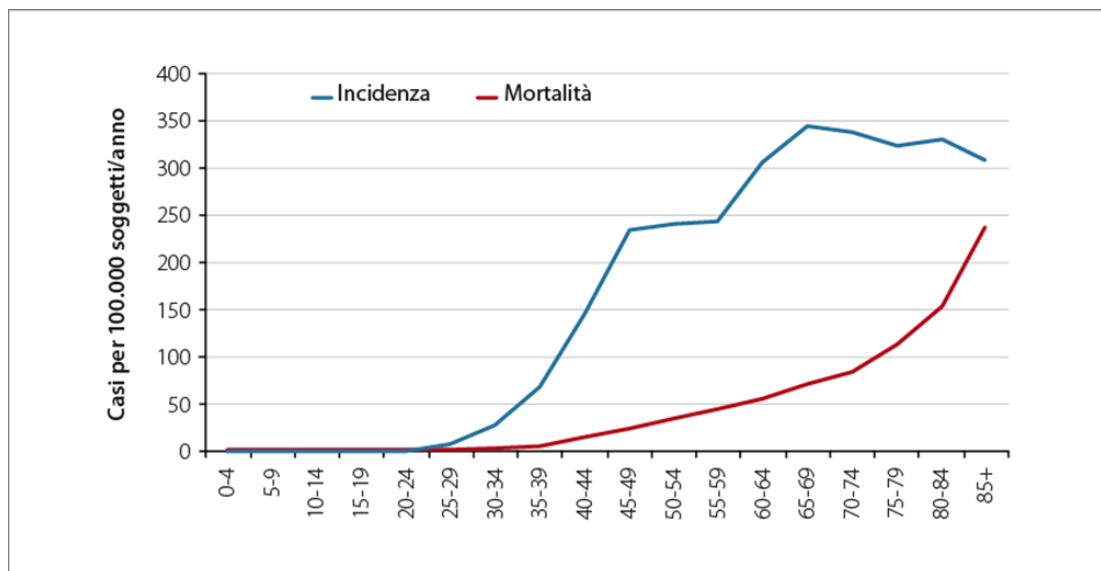


Figura 1: Tumore della mammella. Tassi età-specifici (www.msdsalute.it)

Non esiste un'unica causa di tumore al seno, ma varie condizioni ormonali, genetiche ed ambientali che possono contribuire ad aumentare il rischio di malattia. (Hinkle & Cheever, 2017)

I fattori di rischio si riassumono in:

- Fattori riproduttivi: una lunga durata del periodo fertile, ovvero menarca precoce e menopausa tardiva, nulliparità, gravidanza a termine dopo i 30 anni e il mancato allattamento al seno; (AIOM, 2021)

- Fattori ormonali: aumento del rischio nelle donne che assumono terapia endocrina sostitutiva durante la menopausa e in quelle che assumono contraccettivi orali; (AIOM, 2021)
 - Fattori dietetici e metabolici: elevato consumo di alcool e di grassi animali con un ridotto consumo di fibre, obesità e sindrome metabolica (presenza di diabete, elevati livelli di colesterolo o ipertensione arteriosa; (AIOM, 2021)
 - Familiarità ed ereditarietà: nonostante la maggior parte dei carcinomi mammari siano forme occasionali, il 5-7% dipende da fattori ereditari, in particolare dalla mutazione di due geni, BRCA-1 e BRCA-2. (AIOM, 2021)
- Sebbene non vi siano sintomi specifici nelle fasi iniziali, ogni donna dovrebbe essere in grado di riconoscere i seguenti cambiamenti (Ballardini et al., 2019):

- Mammella:
 - variazione di dimensioni o forma;
 - presenza di rilievi o infossamenti sulla superficie (pelle a buccia di arancia);
 - presenza di protuberanza o infossamento;
 - presenza di segni di infiammazione;
 - presenza di un nodulo di consistenza dura.
- capezzolo:
 - retrazione (verso l'interno);
 - protuberanza o ispessimento nell'area dietro il capezzolo;
 - eczema sul capezzolo o nell'area circostante (in casi rari);
 - secrezione ematica (in casi molto rari).
- Braccio: gonfiore a livello dell'ascella, dell'avambraccio e di tutto il braccio. (Ballardini et al., 2019)

Il dolore localizzato al seno di solito non è un sintomo di malattia, a meno che non sia presente anche un'infiammazione. (Ballardini et al., 2019)

Il cancro al seno evolve silenziosamente, per questo la maggior parte delle pazienti scopre la propria malattia durante lo screening di routine. Il tumore tende a diffondersi per via linfatica ed ematica, portando a metastasi a distanza e prognosi sfavorevole; per questo sono molto importanti i programmi di screening del cancro al seno, poiché il tasso di sopravvivenza migliora con la diagnosi precoce. (Alkabban & Ferguson, 2023)

La diagnosi viene effettuata con un triplice approccio costituito dall'esame clinico, la mammografia e l'agoaspirato per esame citologico, oggi sostituito dall'agobiopsia. (Lise, 2016). Le metodiche che servono per formulare una diagnosi sono (Ballardini et al., 2019; Lise, 2016):

- esame obiettivo: ispezione e palpazione della mammella e delle stazioni linfatiche;
- mammografia: esame radiologico che evidenzia lesioni di piccole dimensioni, non palpabili; è il miglior metodo di diagnosi per le donne oltre i 50 anni;
- ecografia: tecnica che esplora il seno utilizzando un fascio di ultrasuoni prodotto da una sonda in grado di distinguere tra noduli solidi e cisti;
- risonanza magnetica: utile per la stadiazione loco-regionale delle lesioni neoplastiche, per la valutazione di mammelle dense nelle giovani donne e prima dell'inizio di un trattamento chemioterapico neoadiuvante;
- agoaspirato (FNAC): consente l'esame citologico delle cellule aspirate attraverso un ago sottile;
- agobiopsia: permette di avere una diagnosi istologica della lesione prelevando del tessuto dal nodulo mammario.

La stadiazione viene eseguita per raggruppare le pazienti in categorie di rischio che definiscono la prognosi e guidano le raccomandazioni terapeutiche per le pazienti con prognosi simile. Il carcinoma mammario è classificato con il sistema di classificazione TNM, che raggruppa le pazienti in quattro stadi in base alla dimensione del tumore primario (T), allo stato dei linfonodi regionali (N) e alla presenza di eventuali metastasi a distanza (M). (Alkabban & Ferguson, 2023) (Tabella I)

	T1	T2	T3	T4
N0	I		II	
N1	III			
N2				
N3				
M1	IV			

Tabella I: grafico per la determinazione dello stadio della malattia in base alle componenti del TNM. (Lise, 2016)

La prognosi del tumore al seno è determinata da varie caratteristiche della neoplasia, in particolare dalle sue dimensioni e dal grado di diffusione ai linfonodi ascellari. (Hinkle & Cheever, 2017). Lo stadio 0 e lo stadio I hanno entrambi un tasso di sopravvivenza del 100% a 5 anni (Figura 2). Il tasso di sopravvivenza a 5 anni dello stadio II e dello stadio III è rispettivamente del 93% e del 72%. Quando la malattia si diffonde in modo sistemico, la sua prognosi peggiora drammaticamente e solo il 22% delle pazienti con tumore al seno in stadio IV sopravvive oltre i 5 anni. (Alkabban & Ferguson, 2023)

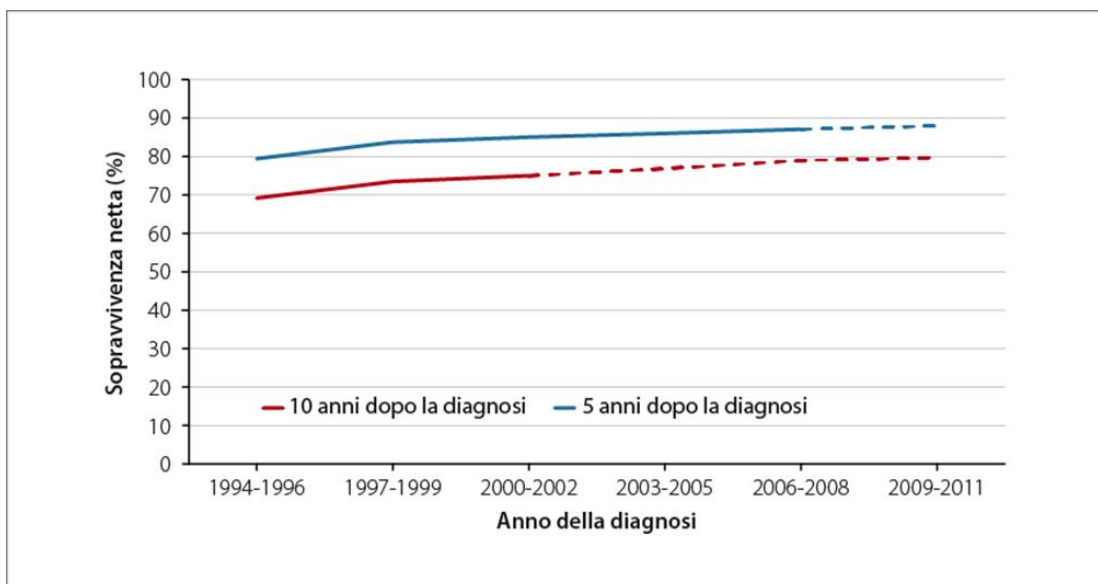


Figura 2: Confronto della sopravvivenza netta a 5 e 10 anni dalla diagnosi, per triennio di diagnosi 1994-2011 (www.msdsalute.it)

Il trattamento del carcinoma mammario è multidisciplinare e comprende chirurgia, radioterapia, terapia ormonale e chemioterapia, a seconda dello stadio del tumore e dello stato ormonale della paziente (pre- o post-menopausa). (Lise, 2016)

1.1.1 Il carcinoma invasivo

Le mammelle sono localizzate tra la seconda e la sesta costa, sopra il grande muscolo pettorale, tra lo sterno e la linea ascellare media. Sono costituite da cute, tessuto adiposo e tessuto ghiandolare, distribuiti in maniera differente in funzione all'età. La mammella è suddivisa in lobi, a loro volta suddivisi in lobuli, dai quali si diparte una rete di dotti galattofori che si diramano fino al capezzolo. Il latte è prodotto nei lobuli e scorre lungo i dotti galattofori. (Ballardini et al., 2019; Hinkle & Cheever, 2017) Le mammelle non sono mai perfettamente uguali tra loro e si modificano nelle diverse fasi del ciclo mestruale, risultando talvolta "nodose" proprio prima della mestruazione. (Ballardini et al., 2019)

Al di sotto della cute, il tessuto mammario si estende fino al cavo ascellare, che contiene un gruppo di linfonodi il cui compito è drenare la linfa prodotta nelle mammelle. (Ballardini et al., 2019) (Figura 3)

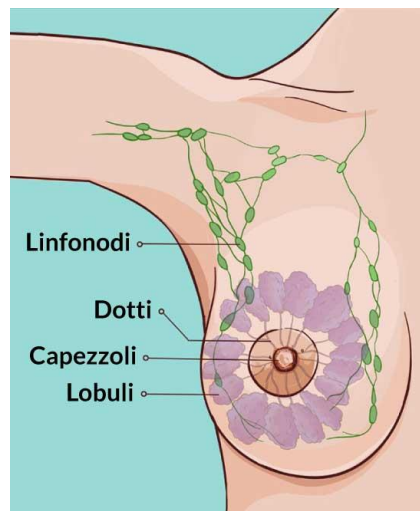


Figura 3: anatomia del seno e linfonodi ascellari (www.senoclinicroma.com)

Il carcinoma è un tumore maligno che può nascere dalle cellule ghiandolari, che formano i lobuli, o dalle cellule che costituiscono la parete dei dotti. (Ballardini et al., 2019)

Quando il carcinoma cresce nella zona anatomica in cui ha origine viene definito in situ; successivamente, se diventa infiltrante di quella regione

invadendo il parenchima circostante, si definisce invasivo o infiltrante. (Ballardini et al., 2019)

La maggior parte dei tumori mammari invasivi appartiene alla categoria nota come “carcinoma invasivo, nessun tipo speciale” (carcinoma invasivo NST), definito anche come “carcinoma duttale infiltrante”, che è il tipo più comune di cancro al seno, rappresentando fino al 75% dei cancri mammari. Questi tumori costituiscono un gruppo eterogeneo con aspetti morfologici variabili che non suggeriscono alcun tipo istologico specifico. (Gannon et al., 2013)

Il tumore duttale invasivo tende a crescere come massa coesa: origina dal sistema duttale, invade il tessuto circostante ed è solitamente caratterizzato da una consistenza solida e irregolare. (Alkabban & Ferguson, 2023; Hinkle & Cheever, 2017)

Altre tipologie di carcinoma invasivo meno comuni sono (Hinkle & Cheever, 2017):

- carcinoma lobulare infiltrante: si sviluppa a partire dall'epitelio lobulare come un ispessimento mammario scarsamente definito e tende ad essere multicentrico e multifocale;
- carcinoma midollare: tende a interessare donne di età inferiore ai 50 anni, può raggiungere dimensioni notevoli, con prognosi più favorevole;
- carcinoma mucinoso: ha un esordio tardivo e tende a manifestarsi in età post-menopausa; è muco-secerne, a lenta crescita, per cui la prognosi è più favorevole;
- carcinoma tubulare: lesioni di basso grado, con prognosi molto buona perché raramente tendono a dare metastasi ascellari;
- carcinoma infiammatorio: neoplasia rara e aggressiva, che si può diffondere facilmente ad altre parti del corpo.

Grazie ai programmi di screening, il tumore al seno viene spesso diagnosticato in fase precoce, per cui il trattamento chirurgico, compresa la valutazione chirurgica dei linfonodi ascellari, è l'approccio principale. (Ballardini et al., 2019; Lise, 2016)

1.2 Trattamento chirurgico: mastectomia con linfadenectomia

La chirurgia ha un ruolo importante nel trattamento del cancro al seno, può essere conservativa (resezione parziale/quadrantectomia), in cui viene asportato solo il tumore insieme al tessuto mammario circostante, oppure demolitiva (mastectomia), in cui viene asportata l'intera mammella. (Ballardini et al., 2019)

Una mastectomia può essere indicata quando il seno della paziente è piccolo e un intervento conservativo comprometterebbe l'aspetto del tessuto rimanente, quando il tumore occupa una zona ampia del seno e quando il tumore si è diffuso in più parti della mammella (multicentrico). (Galfetti et al., 2017)

La mastectomia radicale modificata è oggi utilizzata per il trattamento del carcinoma invasivo e si distinguono due diverse tecniche a seconda dell'estensione della neoplasia, del coinvolgimento dei linfonodi e della richiesta del paziente (Hinkle & Cheever, 2017):

- mastectomia radicale modificata secondo Patey: prevede l'asportazione completa in blocco della mammella con il muscolo piccolo pettorale e i vasi linfatici regionali, conservando il muscolo gran pettorale (Goethals & Rose, 2023);

- mastectomia radicale modificata secondo Madden: prevede l'asportazione di tutto il tessuto mammario, inclusa l'areola, e dei linfonodi ascellari, attraverso lo svuotamento del cavo ascellare (linfadenectomia), preservando i muscoli grande e piccolo pettorale. (Goethals & Rose, 2023; L. Hinkle & Cheever, 2017) (Figura 4)

La linfadenectomia, ovvero lo svuotamento del cavo ascellare, può essere eseguita in associazione con la mastectomia e consiste nell'asportazione di tutti i linfonodi ascellari, qualora la biopsia del linfonodo sentinella (il primo linfonodo a essere raggiunto da eventuali metastasi) risulti positiva e dimostri la presenza di cellule tumorali. (Ballardini et al., 2019; Hinkle & Cheever, 2017)

Lo scopo è prevenire la progressione del tumore nell'ascella nelle pazienti con metastasi linfonodali, migliorare la sopravvivenza complessiva e garantire una stadiazione accurata della malattia. (Lise, 2016)

La mastectomia è poi seguita dalla chirurgia ricostruttiva, che nella maggior parte dei casi avviene contestualmente, con lo scopo di accrescere l'autostima e il senso di benessere nella donna. (Hinkle & Cheever, 2017; Ballardini et al., 2019)

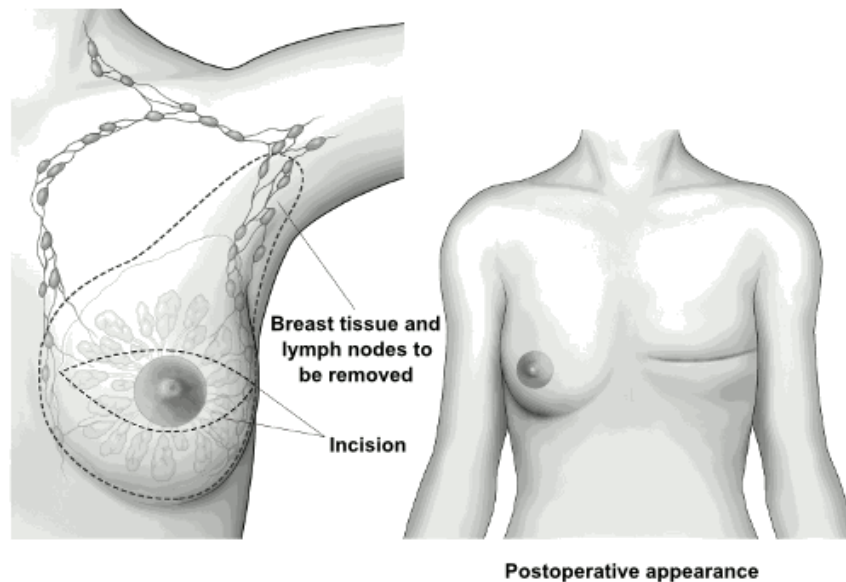


Figura 4: Mastectomia radicale modificata con dissezione ascellare (www.biomedicalcue.it)

1.2.1 Complicanze fisiche e psicologiche

Le pazienti, solitamente, tollerano bene la mastectomia, con bassa morbilità e mortalità, tuttavia, possono verificarsi alcune complicanze post-operatorie. (Goethals & Rose, 2023) Le complicanze fisiche possono essere:

- ematoma: accumulo di sangue a livello della ferita. Complicanza rara che richiede un riconoscimento precoce e una gestione urgente; solitamente si forma nelle prime 12 ore dall'intervento con un significativo gonfiore nell'area; (Thalji et al., 2023; Hinkle & Cheever, 2017)
- sieroma: accumulo di liquido nello spazio sotto l'incisione chirurgica, molto comune dopo mastectomia con svuotamento ascellare; (Thalji et al., 2023)
- infezione: varia nella presentazione, dalla cellulite superficiale sovrastante l'area di incisione chirurgica agli ascessi profondi che si accumulano al di sotto di essa, o all'infezione del lembo tissutale; (Thalji et al., 2023)

- necrosi del lembo cutaneo: con la mastectomia si rimuove il parenchima mammario, lasciando dei lembi cutanei che sono a rischio di ischemia, che può progredire fino alla necrosi, mettendo a repentaglio la cosmesi e la ricostruzione; (Thalji et al., 2023)
- dolore post-chirurgico persistente: dolore di durata superiore ai 3 mesi, comporta una diminuzione della qualità della vita, con ansia e depressione; (Wang et al., 2018)
- linfedema: gonfiore del braccio o della mano omolaterali dovuto all'accumulo di liquido linfatico, causato dalla rimozione dei linfonodi ascellari. (Ballardini et al., 2019)

A parte la morbilità correlata alle complicanze postoperatorie descritte, i cambiamenti nell'aspetto fisico legati alla chirurgia al seno sono una fonte di disagio psicologico, che possono portare a cambiamenti nella qualità della vita, nell'autostima, nell'immagine corporea, nella funzione e soddisfazione sessuale e nelle prospettive future. (Thalji et al., 2023)

Le donne che hanno subito una mastectomia spesso percepiscono con disagio il sito chirurgico subito dopo l'operazione e ritrovarsi senza seno provoca inevitabilmente stress emotivo, che può condurre al rifiuto di guardare il proprio corpo. (Hinkle & Cheever, 2017) Lo sconvolgimento emotivo può influire sulla vita sessuale; infatti, le donne hanno bisogno di sentirsi bene con sé stesse per godere appieno della loro sessualità, mentre l'imbarazzo nel mostrarsi al partner e il timore di non essere apprezzate possono influenzare il desiderio sessuale e la vita di coppia. (Ballardini et al., 2019) La ricostruzione del seno può aiutare le donne ad affrontare psicologicamente le conseguenze estetiche della malattia, ma un risultato che sembra soddisfacente per chi si prende cura di loro e per il partner può non essere sempre accettabile per la paziente. (Galfetti, 2017) Dare alle donne la possibilità di parlarne è molto importante e accelera le possibilità di accettare la malattia e le sue conseguenze. (Galfetti, 2017)

1.3 Il ruolo dell'infermiere

Una diagnosi di tumore al seno può essere emotivamente e fisicamente traumatica. È quindi essenziale che l'assistenza alle pazienti affette da tumore al seno sostenga i bisogni emotivi e fisici, con un'educazione completa e compassionevole per un processo decisionale informato. (Bonaldi-Moore, 2009)

È normale per le donne avere difficoltà a far fronte alla diagnosi di cancro al seno, con sentimenti di rabbia, paura, negazione, frustrazione, perdita di controllo, cambiamenti dell'immagine corporea e della sessualità. (Bonaldi-Moore, 2009) La difficoltà di comprendere le diverse opzioni terapeutiche può essere opprimente, per cui la figura dell'infermiere è parte integrante nel guidare le donne attraverso un processo decisionale informato e aiutandole a ricevere il miglior trattamento per loro. (Bonaldi-Moore, 2009) L'infermiere come educatore deve continuamente valutare la capacità di comprendere del paziente, che si ottiene attraverso le interazioni faccia a faccia e considerando le domande e il processo decisionale. (Bonaldi-Moore, 2009). Inoltre, per aiutare a superare le paure e i timori provati dalla paziente, l'infermiere può illustrare il percorso che conduce alla guarigione e al recupero e assicurare alla paziente la sua presenza e il suo sostegno (anche telefonico) per ogni necessità. (Hinkle & Cheever, 2017)

I principali obiettivi del personale infermieristico nell'assistenza alle donne sottoposte a mastectomia sono: (Hinkle & Cheever, 2017)

- Fornire informazioni adeguate sulla malattia, il suo trattamento e le possibili complicanze prima dell'intervento,
- Ridurre lo stress e l'ansia sia nella fase pre- sia post-operatoria,
- Ridurre il dolore post-operatorio,
- Sviluppare la capacità di coping,
- Incoraggiare un pensiero positivo sulla propria immagine corporea,
- Migliorare la funzione sessuale,
- Monitorare l'eventuale comparsa di complicanze.

Un altro aspetto importante dell'assistenza infermieristica è quello di rispondere alle domande della donna e di individuare insieme eventuali dubbi

o preoccupazioni sulle diverse opzioni di trattamento post-operatorio. (Hinkle & Cheever, 2017) Talvolta, è necessario guidare, sostenere ed educare anche il partner della donna; in questo caso è importante incoraggiare ad esprimere le proprie preoccupazioni e paure per adattarsi al meglio al cambiamento subito. Può essere anche utile indirizzare la coppia verso gruppi di sostegno con altre donne che hanno avuto un cancro mammario, da cui entrambi possono trarre beneficio, per comprendere che i sentimenti provati sono normali e ricevere aiuto e comprensione. (L. Hinkle & Cheever, 2017)

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo e quesiti di ricerca

La seguente tesi ha come obiettivo ricercare nella letteratura studi scientificamente approvati riguardo gli interventi infermieristici, di natura educativa e psicologica, per sostenere la donna con tumore al seno sottoposta ad intervento chirurgico.

Sono stati poi formulati due quesiti di ricerca:

- Quali sono gli interventi che può attuare l'infermiere per educare e sostenere la donna con diagnosi di tumore al seno e poi sottoposta a intervento chirurgico?
- Questi interventi sono efficaci per assistere al meglio la donna durante il periodo difficile che sta attraversando?

2.2 Metodologia e revisione della letteratura

La revisione della letteratura è stata effettuata utilizzando il metodo PICO:

Paziente/Popolazione	paziente donna adulta (>18 anni) affetta da tumore al seno e sottoposta a intervento chirurgico
Intervento	interventi infermieristici di natura educativa e psicologica per assistere e sostenere la donna
Confronto	nessuno
Outcome	miglioramento della qualità di vita attraverso l'erogazione di interventi efficaci da parte dell'infermiere

I criteri che sono stati selezionati per guidare la ricerca sono:

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Popolazione: donne adulte Formato degli studi: full text Lingua Inglese e Italiana	Lingua non inglese o italiana Sesso maschile Articoli che comprendono esclusivamente chemioterapia, radioterapia e/o terapia ormonale

La ricerca è stata effettuata consultando libri, Galileo Discovery, banche dati internazionali come “Pubmed” e cercando articoli attraverso termini liberi e termini Mesh.

Tramite le parole chiave individuate attraverso il metodo PICO (breast cancer/neoplasm, breast surgery, mastectomy, postoperative complications, nurse, nursing, nursing intervention/care/management, quality of life) sono state formulate le stringhe di ricerca utilizzando AND e OR come operatori Booleani.

Si prendono come riferimento gli studi e le revisioni approvati scientificamente e libri pubblicati da esperti, in riferimento al tema del tumore al seno e al ruolo dell’infermiere nella presa in carico delle donne affette da cancro alla mammella e sottoposte a intervento chirurgico.

Il processo appena descritto è stato riassunto nella tabella riportata di seguito.

Banca Dati	Stringa di ricerca	Articoli trovati	Articoli scelti e tipologia di studio	Titolo articoli selezionati
Pubmed	"Mastectomy" [MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH]	64	2 - revisione della letteratura - revisione della letteratura	- Wilson, D. J. (2017). Exercise for the Patient after Breast Cancer Surgery. - Freysteinson, W. M. (2012). Use of mirrors as a nursing intervention to promote patients' acceptance of a new body image.
	("Mastectomy" [MeSH] AND "Postoperative	1091	5 - revisione della letteratura	- Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., Salsich, G. B., & Herndon,

	<p>Complications" [MeSH]) AND "Breast Neoplasms/surgery" [MAJR]</p>		<p>- revisione della letteratura</p> <p>- revisione sistematica</p> <p>- revisione della letteratura</p>	<p>C. (2018). Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment.</p> <p>- Thalji, S. Z., Cortina, C. S., Guo, M. S., & Kong, A. L. (2023). Postoperative Complications from Breast and Axillary Surgery.</p> <p>- Wang, K., Yee, C., Tam, S., Drost, L., Chan, S., Zaki, P., Rico, V., Ariello, K., Dasios, M., Lam, H., DeAngelis, C., & Chow, E. (2018). Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. Breast..</p> <p>- Goethals, A., & Rose, J. (2023). Mastectomy.</p>
	<p>("Breast Neoplasms/surgery"[MAJR]) AND "Postoperative Complications" [MeSH] AND "Nursing" OR "Nurse" AND "Mastectomy"</p>	<p>240</p>	<p>4</p> <p>- revisione della letteratura</p> <p>- studio controllo randomizzato</p>	<p>- Bonaldi-Moore, L. (2009). Educational program: The nurse's role in educating postmastectomy breast cancer patients.</p> <p>- Kang, J. J., Lee, H., Park, B. H., Song, Y. K., Park, S. E., Kim, R., & Lee, K. A. (2022). Efficacy of a 4-Week Nurse-Led Exercise Rehabilitation Program in Improving the Quality of Life in Women Receiving a Post-Mastectomy Reconstruction Using the</p>

			<p>- revisione della letteratura</p> <p>- revisione della letteratura</p>	<p>Motiva Ergonomix™ Round SilkSurface.</p> <p>- Larocque, G., & McDiarmid, S. (2019). The legacy of lymphedema: Impact on nursing practice and vascular access.</p> <p>- Quirion, E. (2010). Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy/lumpectomy patients: A guide for primary care providers.</p>
	("Breast Neoplasms/surgery"[M AJR]) AND "Quality of Life"[MeSH] AND "Nursing"	80	1 Revisione della letteratura	Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study.
	("Breast Neoplasms/nursing"[MAJR]) AND "Breast Neoplasms/surgery"[M AJR]) AND "Mastectomy/nursing"[MAJR]	4	1 Revisione della letteratura	Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., & Cesario, S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy
	("Breast Neoplasms/	26	1	

nursing"[MAJR]) AND "Follow-Up Studies"[MeSH]		- revisione sistematica	- Browall, M., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer— Have relevant and sensitive evaluation measures been used?
("Breast Neoplasms/therapy"[MAJR]) AND "Follow-Up Studies"[MeSH]) AND "Nurse"	40	1 Studio retrospettivo	Adler, G., Kaufman, G., & Simon-Tuval, T. (2019). Healthcare utilization of breast cancer patients following telephone-based consultations of oncology nurse navigator via telemedical care.
("Nursing Care/methods"[MAJR]) AND "Breast Neoplasms/therapy"[MAJR] AND "Breast cancer" AND "Nurse"	17	1 Studio controllo randomizzato	Schuster-Bruce, A. T., Middleton, H. A. R., Macpherson, C., Pearce, B. C. S., & Evans, A. (2021). Patient satisfaction with nurse-led end of treatment telephone consultation for breast cancer during COVID-19 pandemic.
("Breast Neoplasms/classification"[MAJR]	209	1 Revisione della letteratura	Gannon, L. M., Cotter, M. B., & Quinn, C. M. (2013). The

AND "Breast") AND "Breast Neoplasms/ pathology" [MAJR]			classification of invasive carcinoma of the breast.
("Breast Neoplasms/ complications"[MeSH]) AND "Quality of Life"[MeSH] AND "Breast Cancer" AND "Nurses"	37	1 Revisione della letteratura	Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors.
Breast cancer [Title]AND "Breast Neoplasms/ therapy"[MAJR] AND "Breast Neoplasms/ epidemiology"[MAJR]	262	2 - revisione della letteratura - revisione della letteratura	- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. - Alkabban, F. M., & Ferguson, T. (2023). Breast Cancer.
"Breast Neoplasms/ nursing"[MeSH] AND "Nursing"	143	1 Studio comparativo	Ziner, K. W., Sledge, G. W., Bell, C. J., Johns, S., Miller, K. D., & Champion, V. L. (2012). Predicting fear of breast

	[MeSH] AND "Nurses" AND "Breast Cancer"			cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis.
	Breast cancer [Title] AND "Breast Neoplasms/ complications"[MeSH] AND "Breast Neoplasms/ psychology" [MAJR] AND "Quality of Life"[MeSH]	177	2 - revisione della letteratura - revisione sistemica	- Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. - Lyu, M.-M., Siah, R. C.-J., Lam, A. S. L., & Cheng, K. K. F. (2022). The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis.

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Interventi relativi al benessere fisico

Quando non è accompagnata da una ricostruzione, la chirurgia mammaria è solitamente priva di complicanze infettive o emorragiche, pertanto, la maggior parte degli interventi al seno sono classificati come interventi a bassa morbilità. Tuttavia, poiché la mammella è il sito del cancro più comune che affligge le donne, possono verificarsi diverse complicanze associate alle procedure diagnostiche e di gestione multidisciplinare e legate alla mammella stessa oppure alle procedure di stadiazione ascellare. (Vitug & Newman, 2007)

L'infezione rappresenta una potenziale complicanza, anche se rara, dell'intervento chirurgico e il rischio aumenta con l'obesità, l'età avanzata e il diabete. (Hinkle & Cheever, 2017) La somministrazione preoperatoria di antibiotici per ridurre al minimo i tassi di infezione è stata valutata in diversi studi; sebbene i risultati siano contrastanti, la maggior parte di essi suggerisce che una singola dose di antibiotici preoperatori riduce del 40% i tassi di infezione della ferita. (Vitug & Newman, 2007) Solo una piccola percentuale di infezioni della ferita mammaria sfocia in ascessi veri e propri, che diventano evidenti in genere una o due settimane dopo l'intervento di mastectomia e richiedono un drenaggio incisionale, riaprendo la ferita chirurgica, come trattamento essenziale. (Vitug & Newman, 2007). Prima della dimissione bisogna istruire le donne a riconoscere i segni di infezione, quali l'arrossamento della pelle, il senso di calore intorno alla ferita, un tributo maleodorante dal drenaggio e la temperatura corporea superiore a 38°C, e a contattare il chirurgo o l'infermiere per un controllo. (Hinkle & Cheever, 2017) Un'altra complicanza è il sieroma, una raccolta di fluidi che si può formare al di sotto dell'incisione chirurgica dopo una mastectomia con o senza svuotamento del cavo ascellare. La formazione di sieromi sotto i lembi cutanei delle ferite ascellari o toraciche compromette il processo di guarigione; pertanto, i drenaggi sono di solito lasciati in sede per evacuare le raccolte di fluidi post-operatori e i pazienti devono essere istruiti sulla corretta gestione del catetere di drenaggio, per esempio è importante mostrare come svuotare il contenitore di raccolta del drenaggio, come misurare il volume del materiale

drenato e come fare uscire i coaguli dai sondini di drenaggio. Il sieroma può comparire dopo la rimozione o l'ostruzione di un drenaggio, di rado richiede un trattamento e può risolversi con il ripristino della pervietà del drenaggio o tramite agoaspirazione. (Hinkle & Cheever, 2017; Vitug & Newman, 2007)

Gli ematomi possono formarsi sia dopo una mastectomia sia dopo un intervento chirurgico conservativo e solitamente entro le prime 12 ore dall'intervento. L'infermiere esamina l'area interessata per rilevare l'eventuale comparsa di gonfiore e controlla se è presente un drenato abbondante; entrambi possono indicare la formazione di un ematoma e devono essere tempestivamente riferiti al chirurgo. Secondo le indicazioni del medico, verranno applicati sull'incisione chirurgica una fasciatura rigida e impacchi, oppure si procederà alla riapertura della ferita chirurgica, per identificare l'origine del sanguinamento. (Hinkle & Cheever, 2017) Anche l'uso di alcuni farmaci nel periodo preoperatorio contribuisce al rischio di complicanze emorragiche; i preparati contenenti aspirina e i farmaci antinfiammatori non steroidei, come l'ibuprofene, hanno effetti anti-piastrinici e dovrebbero essere evitati per una o due settimane prima dell'intervento. (Vitug & Newman, 2007) Gli ematomi di grandi dimensioni possono essere molto dolorosi perché si espandono rapidamente nella cavità chiusa della ferita e devono essere evacuati chirurgicamente. Alle pazienti deve essere consigliato di indossare un reggiseno di sostegno giorno e notte dopo l'intervento, in questo modo si otterrà un migliore supporto emostatico e si ridurrà la tensione sulla chiusura della cute dovuta al peso del seno. (Vitug & Newman, 2007)

Alcune pazienti manifestano un dolore cronico molto debilitante, resistente agli analgesici standard, che dura mesi o anni dopo l'intervento. L'esatta eziologia di questa sindrome è ancora sconosciuta, ma si pensa sia neuropatica, con sensazione di bruciore e dolore che coinvolge il torace, l'ascella e gli arti superiori omolaterali. (Vitug & Newman, 2007; Tait et al., 2018) Il dolore aumenta il carico sintomatologico complessivo delle pazienti affette da tumore al seno, poiché influisce negativamente sull'umore, sulla attività cognitive, sul sonno, sulle attività della vita quotidiana e sulle interazioni sociali. (Tait et al., 2018) Le strategie non farmacologiche dovrebbero essere prese in

considerazione prima o in combinazione con la terapia farmacologica. La fisioterapia è parte integrante della gestione del dolore, soprattutto per mantenere il movimento e la forza muscolare e ridurre al minimo la compromissione funzionale dell'arto superiore. Si raccomanda di iniziare la fisioterapia il giorno successivo all'intervento con esercizi di stretching attivo dopo la rimozione del drenaggio, seguiti dal rafforzamento muscolare nelle 6-8 settimane successive, fino alla completa mobilità dell'arto superiore e alla riduzione del dolore postoperatorio. (Tait et al., 2018)

La gestione farmacologica comprende l'uso di analgesici profilattici volti a ridurre la gravità del dolore postoperatorio acuto e a prevenire il successivo sviluppo di dolore cronico. (Tait et al., 2018)

La complicanza più comune associata al trattamento del tumore al seno è il linfedema, che è una condizione cronica caratterizzata da un accumulo anomalo di liquidi ricchi di proteine nei tessuti, che provoca gonfiore agli arti superiori o al tronco. Pertanto, vi è una diminuzione della capacità di circolazione linfatica che si sviluppa a fronte di un aumento della filtrazione capillare del sangue. La maggior parte dei professionisti utilizza una scala a tre stadi per la classificazione di un arto con linfedema, come riportato nella tabella II. (Larocque & McDiarmid, 2019) (Figura 5)

Tabella II: Stadi del linfedema (Larocque & McDiarmid, 2019)

Stadio 0: linfedema latente (subclinico)	<ul style="list-style-type: none"> - Nessun edema o gonfiore visibile; - Possono verificarsi sintomi soggettivi come pesantezza, senso di oppressione o formicolio; - I sintomi possono presentarsi per mesi/anni prima che si verifichi il gonfiore.
Stadio 1: linfedema precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Edema visibile con o senza segno di fovea; - Il gonfiore scompare con il sollevamento dell'arto.

Stadio 2: linfedema moderato	<ul style="list-style-type: none"> - Edema visibile, solitamente con segno di fovea; - Il solo sollevamento dell'arto raramente riduce il gonfiore; - Aumento del grasso sottocutaneo e fibrosi.
Stadio 3: linfedema grave	<ul style="list-style-type: none"> - Edema visibile; - Il segno di fovea è assente; - Ingrandimento dell'area interessata; - Cambiamenti nelle caratteristiche della pelle: ispessimento, fibrosi, crescita eccessiva.



Figura 5: fasi del linfedema. (Larocque & McDiarmid, 2019)

Per il trattamento si raccomanda la terapia decongestionante complessa (CDT) suddivisa in due fasi. Nella fase iniziale o riduttiva il trattamento è previsto quotidianamente per 3-8 settimane con l'obiettivo di ridurre l'estremità ad una dimensione più piccola possibile. La seconda fase è detta di mantenimento e si concentra sulla protezione dell'arto, riducendo al minimo l'edema e prevenendo le infezioni. (Quirion, 2010) La CDT è composta da cinque pilastri: il drenaggio linfatico manuale, il bendaggio compressivo, l'esercizio fisico, la cura della pelle (evitare la rottura della cute è una priorità e si raccomanda di mantenere la pelle pulita, asciutta e idratata quotidianamente con una lozione cutanea a basso pH) e l'educazione della paziente, informandola di proteggersi adeguatamente in caso di prolungata esposizione al sole, di radere l'ascella solo con un rasoio elettrico, di non

sollevare oggetti che pesino più di 2,5-5 kg e di rivolgersi al chirurgo o all'infermiere in caso di comparsa di arrossamento, dolore o febbre. (Quirion, 2010; Hinkle & Cheever, 2017) Sebbene non sia un trattamento per il gonfiore del linfedema, l'uso di antibiotici è importante per la gestione dell'infezione correlata a esso; infatti, a causa della stasi di liquidi nell'arto colpito, è probabile che si sviluppi una cellulite che, se non trattata, può evolvere in sepsi. (Quirion, 2010)

Il trattamento per prevenire le complicanze post-chirurgiche include la mobilizzazione attraverso l'attività fisica con esercizi di stretching. (Wilson, 2017) Dopo la mastectomia con dissezione del cavo ascellare, si provvede a istruire la donna a effettuare esercizi con entrambi gli arti per ripristinare una completa mobilità, al fine di mantenere una postura corretta. (Hinkle & Cheever, 2017) L'esercizio fisico è definito come il ripristino e/o il mantenimento della funzione fisica necessaria per svolgere le attività della vita quotidiana, senza causare alti livelli di affaticamento o stress. L'esercizio fisico è un intervento efficace per migliorare la qualità della vita, la forma fisica e il funzionamento fisico, per ridurre l'affaticamento e per diminuire i disturbi del sonno. (Kang et al., 2022) È consigliato iniziare a muoversi il prima possibile dopo l'intervento chirurgico, anche solo camminando in casa, da 5 a 10 minuti due volte al giorno. I primi esercizi sono una serie di allungamenti di mobilizzazione facili da eseguire, che migliorano i movimenti delle braccia e delle spalle e mantengono la flessibilità e l'estensione di movimento. Le pazienti devono essere istruite a completare tutti i movimenti lentamente, con l'obiettivo di raggiungere un movimento normale senza provare dolore. (Kang et al., 2022) Gli interventi guidati dagli infermieri includono sia sessioni di esercizio fisico che psico-educazione/consulenza e i loro effetti benefici sono stati riconosciuti, anche se non sufficientemente studiati. (Kang et al., 2022) L'obiettivo principale del programma condotto dagli infermieri è fornire supporto psicosociale, che ha un impatto positivo sul benessere fisico e psicologico, composto da una serie di interventi che mirano a promuovere lo sviluppo di strategie di coping efficaci e a migliorare la qualità di vita. (Kang et al., 2022; Wilson, 2017) La donna viene informata sulle attività da evitare per

favorire la guarigione in seguito all'intervento chirurgico. In generale, dovrà evitare di sollevare oggetti pesanti (per circa un mese), ma sarà incoraggiata a svolgere le comuni attività domestiche e professionali per mantenere il tono muscolare o a effettuare camminate rapide, esercizi in cyclette, step o stretching. (Wilson, 2017; Hinkle & Cheever, 2017)

3.2 Interventi relativi al benessere psicologico

Il trattamento chirurgico del tumore alla mammella è un'esperienza molto difficile da accettare per le donne, che può comportare una sensazione di perdita, dato che il seno è considerato come parte necessaria ed essenziale del corpo femminile, nonché un simbolo di femminilità e di bellezza. (Jun et al., 2011; Fallbjörk et al., 2013) Qualsiasi intervento chirurgico che ne alteri l'aspetto ha ovvie conseguenze psicologiche che influiscono sulla percezione che la donna ha di sé e inducendo una percezione negativa del proprio corpo. (Ballardini et al., 2019; Jun et al., 2011) All'iniziale sollievo per la scoperta della malattia e la possibilità di intervenire, possono seguire sentimenti di ansia, paura, shock, rabbia e risentimento. In genere, i primi mesi sono i più difficili, questo perché i cambiamenti visibili richiedono un'attivazione delle risorse personali per un graduale ripristino dell'equilibrio psicofisico. (Ballardini et al., 2019) L'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico comporta una diminuzione della funzionalità e della soddisfazione sessuale, compromettendo in modo significativo la sessualità delle donne e la vita di coppia, sia dal punto di vista biologico che psicologico. (Graziottin, 2010) In particolare, l'identità sessuale delle donne può essere gravemente danneggiata da:

- Il grado di radicalizzazione chirurgica: la mastectomia è percepita come più invalidante della chirurgia conservativa;
- La presenza di linfedema;
- Menopausa precoce iatrogena;
- Perdita di capelli indotta dalla chemioterapia.

Le più vulnerabili sono le donne giovani e sole, con relazioni difficili, reddito basso e sostegno sociale inadeguato. La funzione sessuale può essere

gravemente compromessa in termini di desiderio, eccitazione, capacità orgasmica e relativa soddisfazione. (Graziottin, 2010)

Uno studio ha dimostrato che tra i 10 mesi e i tre anni successivi all'intervento, i sentimenti di attrazione, la visione del proprio corpo e della propria femminilità non cambiano. (Fallbjörk et al., 2013) In effetti, in termini assoluti, sembra esserci un miglioramento, anche se non significativo, nella percezione della propria immagine corporea; tuttavia, sembra esserci una tendenza a una diminuzione del senso di attrazione sessuale, del senso di benessere durante l'attività sessuale e dell'interesse sessuale del partner nei loro confronti. (Fallbjörk et al., 2013) Una possibile spiegazione è che l'immagine di sé della donna, o il modo in cui si percepisce come persona, è più vulnerabile quando il partner vede il suo corpo nudo e ferito. Indossare una protesi esterna nella vita di tutti i giorni può mimetizzare la ferita fisicamente e in parte anche psicologicamente, tuttavia, durante l'attività sessuale questo camuffamento viene esposto e aumenta il disagio delle donne. (Fallbjörk et al., 2013)

La ricostruzione della mammella è una procedura utile per una donna già emotivamente provata dopo aver ricevuto la notizia della necessità di asportarla per trattare un tumore. (L. Hinkle & Cheever, 2017) È importante far capire alle pazienti che dopo la ricostruzione, anche se il risultato estetico è soddisfacente, non è possibile avere un seno che assomiglia a una versione del seno preoperatorio e quindi prepararsi a un risultato realistico può aiutare a migliorare le aspettative. (L. Hinkle & Cheever, 2017) È comune in letteratura, infatti, presentare la ricostruzione in una luce positiva e rappresentarla come un modo per risolvere la deturpazione lasciata dal cancro, ma lo stato d'animo post-ricostruzione sembra essere peggiore di quello delle donne sottoposte alla sola mastectomia. (Fallbjörk et al., 2013) Una possibile spiegazione è che le donne sottoposte a chirurgia ricostruttiva sono talmente preoccupate per la loro attrattiva e sessualità che il sollievo che traggono dalla ricostruzione è insoddisfacente. Non si sentono psicologicamente guarite dal corpo "normalizzato" e quindi provano delusione. (Fallbjörk et al., 2013) (Figura 6)



Figura 6: Ricostruzione mammaria dopo mastectomia (www.docteursarfati.com)

Non tutte le donne sono candidate alla chirurgia ricostruttiva. In questi casi, un'opzione è l'applicazione di una protesi esterna che simuli la presenza di un seno. Sono disponibili in diverse forme, dimensioni, colori e materiali, ma il silicone è il più usato. Possono essere inserite in una tasca del reggiseno o aderenti alla parete toracica. (L. Hinkle & Cheever, 2017) (Figura 7)



Figura 7: Protesi estetica mammaria esterna
(www.medicalexpo.it)

Prima della dimissione, l'infermiere consegna alla paziente una protesi temporanea leggera e imbottita di cotone da indossare fino alla completa guarigione della ferita chirurgica (4-6 settimane) e la indirizza a una struttura specializzata nella produzione di protesi. Tale presidio può essere utile nel fornire beneficio psicologico e nell'aiutare la donna a recuperare una postura

adeguata, poiché il peso del seno controlaterale viene bilanciato dalla protesi indossata. (Hinkle & Cheever, 2017)

Diversi studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico regolare costituisce una strategia di coping particolarmente efficace; infatti, le donne sopravvissute al tumore che fanno sport hanno, in confronto alle donne sedentarie, atteggiamenti più positivi verso la propria condizione fisica e la propria attrattiva sessuale, e soffrono meno di disorientamento esistenziale, stanchezza, depressione e disturbi dell'umore. Grazie all'impatto positivo del movimento fisico sull'immagine corporea, l'umore, il desiderio sessuale e l'eccitazione risultano meno alterati. (Graziottin, 2010)

Molti di questi cambiamenti corporei possono essere valutati dalle pazienti guardandosi allo specchio, che può assumere un valore terapeutico, sebbene in letteratura non è stata trovata alcuna evidenza che suggerisca che possa essere utile per le donne che hanno subito una mastectomia. (Freysteinson et al., 2012) In un'indagine sull'uso degli specchi, alcune donne hanno avuto difficoltà nella visualizzazione iniziale della ferita postoperatoria e nel vedere la zona del torace senza uno specchio, affermando che avrebbero preferito che l'infermiere ne usasse uno durante il cambio della medicazione e per l'educazione sulla cura della ferita. (Freysteinson et al., 2012) In alcuni casi può risultare utile che l'infermiere sia presente nel momento in cui le donne osservano per la prima volta la ferita allo specchio, che purtroppo può essere un'esperienza devastante, poiché la paziente vedrà il suo corpo mutilato. Il guardarsi allo specchio insieme all'infermiere consente di alleviare le aspettative, allontanare le paure irrealistiche ed esprimere speranze e preoccupazioni sulla guarigione. (Freysteinson et al., 2012; Hinkle & Cheever, 2017)

Le donne, dopo un iniziale rifiuto nel guardare allo specchio il sito chirurgico per paura di ciò che potrebbe rivelare, continuano nel tempo a guardare la ferita post-mastectomia e proprio lo specchio può diventare un valido sostegno per conoscere il nuovo corpo e per migliorare il rapporto con esso aumentando l'autostima. (Freysteinson et al., 2012)

Con l'aumento della diagnosi precoce e dei trattamenti più efficaci, i tassi di sopravvivenza del cancro al seno continuano ad aumentare, rendendo le conseguenze psicosociali, come la paura della recidiva, una preoccupazione di molte donne. (Ziner et al., 2012) La paura della recidiva è caratterizzata da ansia, ipervigilanza, eccessivo autoesame del seno e pensieri intrusivi sulla recidiva, ed è associata ad un aumento dei sintomi ansiosi e depressivi, che in casi estremi possono portare a ideazione suicidaria. (Lyu et al., 2022) Rappresenta, quindi, una preoccupazione e un problema angosciante per la maggior parte delle donne sopravvissute, peggiorando la qualità di vita e creando un impatto negativo sullo stato di salute mentale. (Ziner et al., 2012) Le donne riportano i più alti livelli di paura della recidiva durante le attività legate all'assistenza sanitaria, come mammografie, visite cliniche e analisi del sangue. Questa situazione è associata a una maggiore probabilità di evitare le cure previste durante il follow-up, aumentando il rischio di una diagnosi tardiva delle recidive e quindi della necessità di trattamenti invasivi con peggioramento della qualità di vita. (Lyu et al., 2022; Ziner et al., 2012) Fornire alle donne operate e sopravvissute le conoscenze e le competenze per affrontare i sintomi derivanti dal cancro al seno può aiutare a ridurre la paura della recidiva e l'ansia ad essa associata. (Ziner et al., 2012) Gli infermieri possono supportare le donne comunicando loro che avere paura della recidiva e sperimentare angoscia durante le visite di follow-up è molto comune ed è normale; inoltre, è importante non contestare la veridicità dei pensieri paurosi, che può risultare inappropriato, dato che i timori sulla recidiva potrebbero essere realistici. (Lyu et al., 2022) L'infermiere può collaborare con le donne per sviluppare un piano per ridurre la paura e indirizzarle a gruppi di supporto o interventi di tipo psicologico, con l'obiettivo di apprendere strategie di coping, regolare i pensieri negativi e ridurre le risposte comportamentali disadattive. (Lyu et al., 2022; Ziner et al., 2012)

3.3 Follow-up infermieristico

Gli infermieri fanno parte dell'ambiente multiprofessionale che circonda le donne con tumore al seno e forniscono una serie di interventi di assistenza, fungendo da collegamento tra i membri del team. Assumono inoltre un ruolo di supporto, volto a migliorare la qualità di vita delle donne, che si concentra sull'identificazione dei loro molteplici bisogni fisici, psicologici, sociali e sessuali. (Browall et al., 2017)

Come parte del progresso della cura del tumore al seno, il follow-up guidato dall'infermiere è sempre più utilizzato come alternativa al follow-up ospedaliero di routine nelle cliniche ambulatoriali. La ricerca internazionale evidenzia una serie di benefici che le cliniche guidate da infermieri possono portare (Browall et al., 2017):

- migliori risultati sanitari nella malattia;
- integrazione delle cure e un loro migliore coordinamento;
- supporto pratico e professionale ai medici;
- miglioramento della gamma di servizi disponibili e della qualità di assistenza per le pazienti garantendo una continuità assistenziale;
- riduzione dei tempi d'attesa;
- migliori risultati sanitari attraverso lo screening, la prevenzione, la valutazione, l'educazione della paziente, la gestione e la pianificazione delle cure.

Ci sono state delle difficoltà nel misurare l'impatto che il follow-up guidato dall'infermiere ha avuto sugli esiti delle pazienti, ma in conclusione si può affermare che siano soddisfatte dell'attività svolta. (Browall et al., 2017)

Al giorno d'oggi, il supporto tecnologico come i servizi di telemedicina può superare le barriere di distanza e di tempo, grazie ai quali le pazienti possono ricevere un servizio rapido e avanzato dall'infermiere, e possono essere utilizzati come alternativa ai modelli tradizionali che richiedono alle persone di recarsi nei centri per visite faccia a faccia. (Adler et al., 2019)

È stato dimostrato che, rispetto alle consultazioni ospedaliere, il follow-up telefonico guidato dagli infermieri ha comportato più rinvii a specialisti, come un medico ospedaliero o uno psicologo, quindi, rappresenta un servizio che

fornisce cure tempestive per alleviare i problemi e migliorare la gestione della malattia, fornisce supporto e informazioni in luoghi lontani di residenza e migliora la soddisfazione della paziente e il suo benessere mentale. (Adler et al., 2019)

Gli obiettivi di una consultazione telefonica sono: mantenere una comunicazione chiara ed efficace in assenza di segnali non verbali, eliminare i silenzi durante la telefonata per offrire più opportunità di sollevare preoccupazioni e porre domande e distinguere il tono emotivo nella voce della paziente. Tutto ciò costituisce una sfida per l'infermiere, poiché il personale clinico riceve una formazione limitata riguardo questo settore e le capacità professionali richiedono tempo per svilupparsi. (Schuster-Bruce et al., 2021)

Sebbene le pazienti siano soddisfatte della loro esperienza con il follow-up guidato dall'infermiere tramite consultazione telefonica e che alcune revisioni affermino che la telemedicina sia efficace, si è riscontrato che le prove sono limitate e che è necessaria una ricerca più approfondita prima che vi sia un'equivalenza con il follow-up guidato dal medico. (Adler et al., 2019; Browall et al., 2017)

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione dei risultati

Grazie alla diagnosi precoce e al miglioramento dei trattamenti, le donne colpite da tumore al seno costituiscono oggi il gruppo più numeroso di sopravvissuti al cancro. Tuttavia, la terapia e la diagnosi del tumore al seno possono avere effetti negativi a lungo termine sui partner e sulle famiglie. Per questo è fondamentale che gli infermieri siano consapevoli di tali eventi per poter attuare interventi che migliorino la qualità della vita. (L. Hinkle & Cheever, 2017) Gli infermieri svolgono un ruolo importante nel fornire indicazioni e sostegno alle donne, soprattutto quando devono prendere decisioni difficili. Per evitare false aspettative, le donne devono essere preparate ai possibili effetti a lungo termine della loro malattia. (L. Hinkle & Cheever, 2017)

Le pazienti e gli infermieri devono quindi collaborare per sviluppare degli obiettivi di tipo educativo, con l'intento di aumentare la consapevolezza del processo della malattia del cancro al seno, dei trattamenti medici e delle opzioni ricostruttive disponibili. (Bonaldi-Moore, 2009) Gli infermieri riterranno soddisfatti gli obiettivi se la paziente sarà in grado di:

- comunicare sentimenti relativi alla diagnosi, alle opzioni di trattamento e ai cambiamenti del corpo;
- discutere le varie opzioni per la rimozione del tumore e cosa significheranno dal punto di vista medico, fisico ed emotivo;
- descrivere le opzioni di chirurgia ricostruttiva e cosa comporteranno;
- acquisire fiducia nel personale di chirurgia e nell'équipe sanitaria ausiliaria;
- riepilogare le informazioni rilevanti per l'intervento chirurgico e per la gestione del cancro al seno.

L'indagine svolta ha dimostrato come il seno sia un elemento fondamentale della donna, in termini di femminilità, sessualità e attrattiva. Si può comprendere, quindi, come molti dei problemi riscontrati nelle pazienti con cancro al seno siano dovuti alla mastectomia e al suo impatto sulla qualità della vita. Infatti, sembra che la mastectomia non influenzi solo il funzionamento fisico, ma abbia anche un impatto negativo sulle funzioni emotive. La perdita del seno e le cicatrici conseguenti all'intervento chirurgico

possono rappresentare una fonte di disagio costante e causano preoccupazione, ansia e difficoltà a adattarsi al nuovo corpo. Questo può provocare una diminuzione della funzione sessuale, che si ripercuote in particolare nella vita di coppia.

Analizzando la letteratura si intuisce che la maggior parte degli studi svolti si limitano ad affrontare solo i problemi fisici post-intervento, ignorando così tutte le conseguenze psicologiche e sociali che si verificano dopo la mastectomia. Inoltre, la prevalenza degli attuali trattamenti sanitari, che sono finalizzati a migliorare la sfera psicologica ed emotiva, è di natura medico/chirurgica (per esempio la chirurgia ricostruttiva del seno), che non sempre risulta soddisfacente per la donna, creando ulteriore disagio nel percepire il proprio aspetto.

Molti degli studi condotti finora sugli interventi a sostegno delle donne che sviluppano un disturbo dell'immagine corporea nel periodo post-operatorio non hanno dimostrato la loro efficacia o hanno una dimensione del campione troppo piccola per dimostrarla.

Risultati simili possono essere riscontrati anche per quanto riguarda la sessualità nelle donne sottoposte a intervento chirurgico, la letteratura disponibile, infatti, è piuttosto limitata e si concentra sulle disfunzioni sessuali legate alla chemioterapia, alla terapia ormonale e alla radioterapia, senza fare riferimento alla chirurgia.

È stato dimostrato anche come la paura della recidiva influenzi la vita delle donne anni dopo la conclusione dei trattamenti, caratterizzata da sensazioni come ansia, angoscia e pensieri intrusivi sulla malattia, che possono condizionare i loro progetti per il futuro.

Significativo è il ruolo dell'infermiere nel fornire interventi assistenziali e supporto psicologico nel periodo post-operatorio; tuttavia, è emerso che in queste aree la sua funzione è stata poco studiata in letteratura.

La futura ricerca infermieristica potrebbe approfondire gli argomenti discussi in questo lavoro per determinare se gli interventi trovati in letteratura possano essere realmente efficaci e ottenere un risultato positivo in termini di miglioramento della qualità della vita delle donne sottoposte a mastectomia.

4.2 Conclusioni

Come sottolineato dal Codice Deontologico, gli infermieri hanno il compito di informare ed educare le pazienti e le loro famiglie.

L'assistenza infermieristica è essenzialmente un'assistenza olistica e soggettiva che tiene conto degli effetti fisiologici, psicologici e sociali della malattia sulla vita quotidiana e sull'autonomia della persona.

Una parte importante dell'assistenza post-operatoria consiste nell'aiutare le pazienti a gestire le emozioni associate alla perdita del seno e ai cambiamenti dell'immagine corporea, incoraggiandole a esprimere come si sentono veramente. Può essere anche d'aiuto informare le pazienti sulla disponibilità di gruppi di sostegno e sui vantaggi di parlare con altre persone che stanno vivendo o hanno vissuto esperienze simili.

La comunicazione tra infermiere e pazienti svolge un ruolo cruciale nel fornire la migliore assistenza possibile. Alla base vi è una relazione costruita sulla fiducia, da parte della paziente, e sulle capacità empatiche dell'infermiere, che è in grado di identificare i bisogni assistenziali ed emozionali, non solo della donna, ma anche delle loro famiglie.

L'obiettivo è quello di aiutare le pazienti a riprendere la loro vita dopo la malattia, con il minor numero possibile di lacune e dubbi, aumentando la loro autostima e autonomia.

BIBLIOGRAFIA

- Quirion, E. (2010). Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy/lumpectomy patients: A guide for primary care providers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(9), 450–459.
- Goethals, A., & Rose, J. (2023). Mastectomy. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Pasquali, E. A. (1993). A holistic nursing response to mastectomy trauma syndrome. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 11(3), 258–270
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*, 95(1130), 20211033.
- L. Hinkle, J., & Cheever, K. H. (2017). Brunner & Suddarth. *Infermieristica medico-chirurgica* (G. Nebuloni, A c. Di; quinta edizine, 1–2). CEA.
- Alkabban, F. M., & Ferguson, T. (2023). Breast Cancer. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Lise, M. (2016). *Chirurgia per infermieri* (5. ed). Piccin.
- Gannon, L. M., Cotter, M. B., & Quinn, C. M. (2013). The classification of invasive carcinoma of the breast. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 13(8), 941–954.
- Thalji, S. Z., Cortina, C. S., Guo, M. S., & Kong, A. L. (2023). Postoperative Complications from Breast and Axillary Surgery. *The Surgical Clinics of North America*, 103(1), 121–139.
- Wang, K., Yee, C., Tam, S., Drost, L., Chan, S., Zaki, P., Rico, V., Ariello, K., Dasios, M., Lam, H., DeAngelis, C., & Chow, E. (2018). Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 42, 113–127.
- Bonaldi-Moore, L. (2009). Educational program: The nurse's role in educating postmastectomy breast cancer patients. *Plastic Surgical Nursing: Official Journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 29(4), 212–219; quiz 220–221.
- Vitug, A. F., & Newman, L. A. (2007). Complications in breast surgery. *The Surgical Clinics of North America*, 87(2), 431–451, x.

- Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., Salsich, G. B., & Herndon, C. (2018). Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. *The Journal of Pain*, 19(12), 1367–1383.
- Larocque, G., & McDiarmid, S. (2019). The legacy of lymphedema: Impact on nursing practice and vascular access. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(3), 194–203.
- Wilson, D. J. (2017). Exercise for the Patient after Breast Cancer Surgery. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 98–105.
- Kang, J. J., Lee, H., Park, B. H., Song, Y. K., Park, S. E., Kim, R., & Lee, K. A. (2022). Efficacy of a 4-Week Nurse-Led Exercise Rehabilitation Program in Improving the Quality of Life in Women Receiving a Post-Mastectomy Reconstruction Using the Motiva Ergonomix™ Round SilkSurface. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 16.
- Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 34(2).
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), 340–345.
- Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., & Cesario, S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 361–369.
- Ziner, K. W., Sledge, G. W., Bell, C. J., Johns, S., Miller, K. D., & Champion, V. L. (2012). Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 39(3), 287–295.
- Lyu, M.-M., Siah, R. C.-J., Lam, A. S. L., & Cheng, K. K. F. (2022). The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10).

- Browall, M., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer—Have relevant and sensitive evaluation measures been used? *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1770–1786.
- Adler, G., Kaufman, G., & Simon-Tuval, T. (2019). Healthcare utilization of breast cancer patients following telephone-based consultations of oncology nurse navigator via telemedical care. *PloS One*, 14(5), e0216365.
- Schuster-Bruce, A. T., Middleton, H. A. R., Macpherson, C., Pearce, B. C. S., & Evans, A. (2021). Patient satisfaction with nurse-led end of treatment telephone consultation for breast cancer during COVID-19 pandemic. *The Breast Journal*, 27(1), 77–79.

SITOGRAFIA

- AIOM. (2021). NEOPLASIE DELLA MAMMELLA. https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG_260_mammella_agg2021
- B. Ballardini, P. Conte, M. V. Dieci, G. Vernaci, M. Muscaritoli, I. Preziosa, & C. Di Loreto. (2019). Il cancro della mammella (ottava edizione). C. Di Loreto. <http://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-mammella-seno>
- Galfetti, M. (2017). Mastectomia. Infoseno.org. <https://www.infoseno.org/il-tumore-del-seno/trattamenti-ed-effetti-collaterali/chirurgia-del-seno/mastectomia/>
- Alessandra Graziottin. (2010). Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno. https://www.alessandragraziottin.it/it/div_scheda.php/Immagine-corporea-e-funzione-sessuale-dopo-un-tumore-al-seno-Seconda-parte?ID=6992

SITOGRAFIA DELLE FIGURE

- <https://msdsalute.it/therapeutic-areas/oncologia/patologie-in-breve/carcinoma-mammario/>
- <https://www.senoclinicroma.com/blog/senologia/analisi-dei-linfonodi-ascellari-in-caso-di-tumore-al-seno.html>
- <https://biomedicalcue.it/ripristinare-sensibilita-dopo-cancro-seno-bionica/20062/>
- <https://www.docteursarfati.com/chirurgie-mammaire/chirurgie-plastique-mammaire/reconstruction-mammaire/par-lambeau-de-grand-dorsal/#resultats>
- <https://www.medicaexpo.it/prod/the-anaplastology-clinic/product-74910-457606.html>

