



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

***L'UTILIZZO DELL'IPNOSI NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
DELLE PAZIENTI CON***

NEOPLASIA MAMMARIA

CORSO CIICS 2024

Relatore Dr. Rocco Iannini

Correlatore Dr. Luca Bacino

Candidata Dr. Jessica Bianucci

Il tumore mammario 3

Prevenzione 8

Prevenzione secondaria e diagnosi 15

La Breast Unit 23

L'esperienza 30

Bibliografia 34

Il tumore mammario

Il tumore della mammella deriva dallo sviluppo di cellule patologiche costituenti una delle componenti della regione mammaria. La mammella è un organo pari situato nella porzione craniale della parete toracica, adagiato sulla parete muscolare. Essa è costituita da tessuto ghiandolare, connettivo fibroso e tessuto adiposo, in diversa proporzione secondo caratteristiche anatomiche e costituzionali.

La ghiandola mammaria è ormonosensibile e nella donna preposta alla produzione del nutrimento del neonato dopo il parto . Nell'uomo la ghiandola non va incontro a sviluppo a causa della ridotta increzione estrogenica.

La componente ghiandolare della mammella è esocrina, sudoripara modificata, e ripartita in 15-20 distretti o lobature contenute e sostenute dallo stroma; ogni lobatura ha i suoi dotti galattofori che confluendo terminano nel galattoforo comune, che prima di arrivare al poro galattoforico, dà origine al seno galattoforico .

Il tumore della mammella può originare dalle differenti componenti che la costituiscono .

-Lobuli : sono la componente propriamente secretiva, che produce il latte. Le cellule carcinomatose derivanti dalle cellule dei lobuli danno origine al Carcinoma definito lobulare.

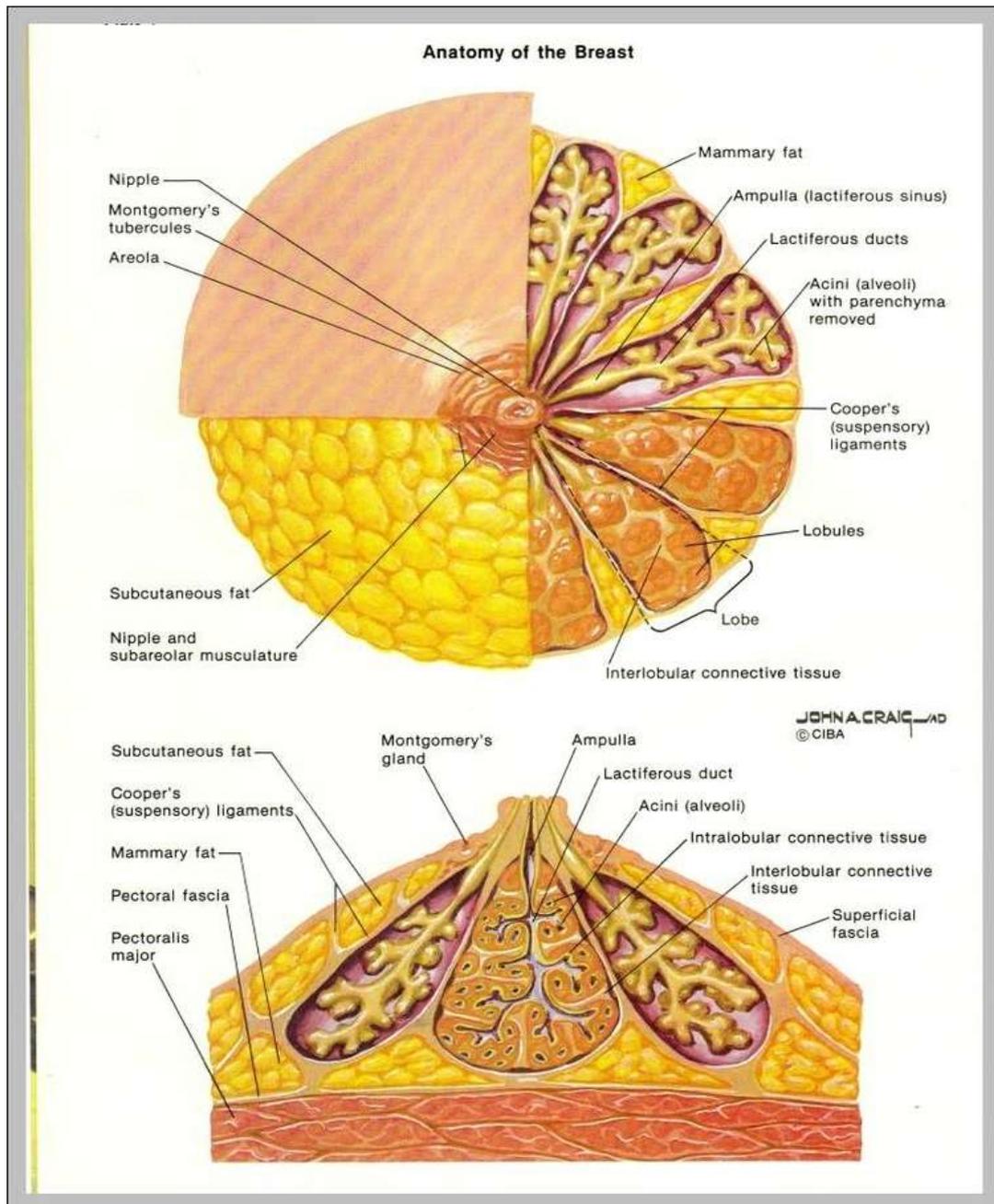
-Dotti : sono i piccoli canali che originano dai lobuli e conducono il latte secreto al capezzolo. L'istotipo carcinomatoso che origina dai dotti è definito duttale ed è il più frequente .

Capezzolo: il capezzolo è la parte di cute modificata emergente all'apice della mammella, circondata da un'area pigmentata definita areola. Al capezzolo giungono i dotti galattofori in genere in numero 15 – 20 , che veicolano il latte rendendolo disponibile per l'allattamento.

Esiste una forma più rara ma non infrequente di tumore della mammella definita malattia di Paget del capezzolo, che si manifesta con alterazioni, spesso pruriginose e crostose , del capezzolo. Spesso il Paget è associato a focolai di carcinoma duttale in situ intraparenchimale, più raramente a focolai di carcinoma invasivo.

Anche il **tessuto connettivo ed adiposo** costituente la mammella può dare origine a lesioni neoformate. Esse vengono definite tumore fillode , che è caratterizzato da rapido accrescimento ma comportamento biologico indolente , con scarso potere metastatizzante , eccezion fatta per la variante maligna (10-25%) (3).

Anche le restanti componenti tessutali della mammella – vasi sanguigni e linfatici, componenti muscolari e linfonodali possono dar origine a patologia (angiosarcomi, sarcomi, linfomi) . Sono forme rare , ma gravate da prognosi sfavorevole.



Nel 2023, in Italia, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi di cancro (nel 2020 erano 376.600), 208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne. In tre anni l'incremento è di oltre 18mila casi. Il tumore più frequentemente diagnosticato, nel 2023, è il carcinoma della mammella (55.900), seguito dal colon-retto (50.500), polmone (43.800), prostata (41.100) e vescica (29.700). Nei prossimi due decenni, il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia aumenterà, in media dell'1,3% per anno negli uomini e dello 0,6% per anno nelle donne.

Le stime AIOM confermano che il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente .

I progressi scientifici e della terapia soprattutto medica , associati all'applicazione dei programmi di screening e prevenzione del tumore mammario ha portato al miglioramento dei dati di mortalità . Nell'analisi redatta e pubblicata a dicembre 2023 da Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), Airtum (Associazione italiana dei registri tumori), Ons (Osservatorio nazionale screening),Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), Passi d'argento e Siapec-Iap (Società italiana di anatomia patologica e citodiagnostica) , sono stimate 268.471 morti per tumore evitate in Italia nel periodo 2007-2019 rispetto al numero atteso nel 2003-2006.

La sopravvivenza delle pazienti che hanno ricevuto diagnosi di tumore al seno, anche a lungo termine , è tra le più elevate in ambito oncologico, attestandosi quasi al 90% a 5 anni.

Negli uomini il tumore mammario è più raro, ma la diagnosi è gravata da maggiore mortalità, benchè sempre in relazione ad altri fattori di rischio e comorbilità. Queste cifre rispecchiano gli importanti progressi dell'oncologia del nostro Paese nel suo complesso e dimostrano come il cancro stia diventando una malattia curabile. Diventa pertanto più importante considerare il paziente affetto da malattia oncologica lungo sopravvive e sempre più spesso potenzialmente guaribile. In ogni caso l'impatto fisico , psichico ed emotivo della diagnosi va rivisto alla luce dell'accettazione e della convivenza con la condizione.

Prevenzione

Le procedure di prevenzione del tumore comprendono tutti gli atti volti alla riduzione dello sviluppo di patologia, in questo caso oncologica , ovvero alla diagnosi della malattia in fase preclinica.

Viene distinta in Prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

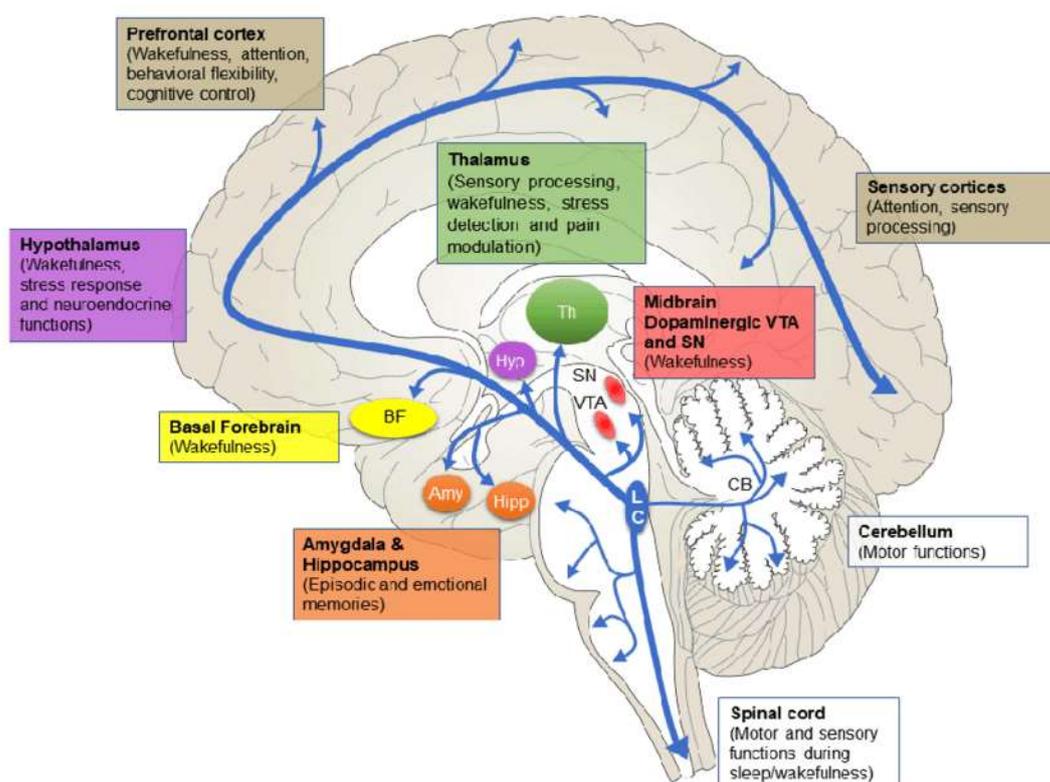
La prevenzione primaria prevede l'adozione di uno stile di vita adeguato e salutare, evitando fattori di rischio quali fumo, alcol, diete ipercaloriche ed associando una corretta attività fisica aerobica.

In tale contesto va ricordato il ruolo delle endorfine. Ad oggi sono classificate più di una ventina di endorfine , che vengono sintetizzate e rilasciate dalla neuroipofisi e dall'ipotalamo e si legano ai recettori cerebrali per gli oppioidi. Le Beta endorfine in particolare rivestono un ruolo essenziale nella gestione dello stress e della modulazione del dolore. Lo stress è la risposta adattativa dell'organismo a fattori interni od esterni in grado di sollecitarlo.

La “ cascata dello stress” è costituita da componenti centrali e periferiche , nervose ed ormonali.

La componente ormonale origina dai nuclei ipotalamici paraventricolari (PVN) , ampiamente costituiti da cellule neuronali in grado di sintetizzare e secernere l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH) ed arginin- vasopressina

(AVP). La ghiandola pituitaria sollecitata nella sua componente adenoipofisaria produce ormone adrenocorticotropo (ACTH), che a sua volta agisce inducendo liberazione di cortisolo da parte della ghiandola surrenalica. La componente nervosa è costituita dai nuclei ipotalamici parvocellulari, che sono strettamente collegati al denominato Locus Coeruleus (blue spot), individuato nel tronco encefalico tra il corpo del fornice e la cisterna bulbo-ponto terminale e deve la sua denominazione alla colorazione tendente all'azzurro, che deriva dai granuli di melanina contenuti nei suoi neuroni. Questo nucleo produce noradrenalina ed è intensamente coinvolto nelle risposte a stress e panico, sollecitando attraverso il sistema nervoso simpatico la produzione surrenalica midollare di adrenalina, noradrenalina e dopamina.

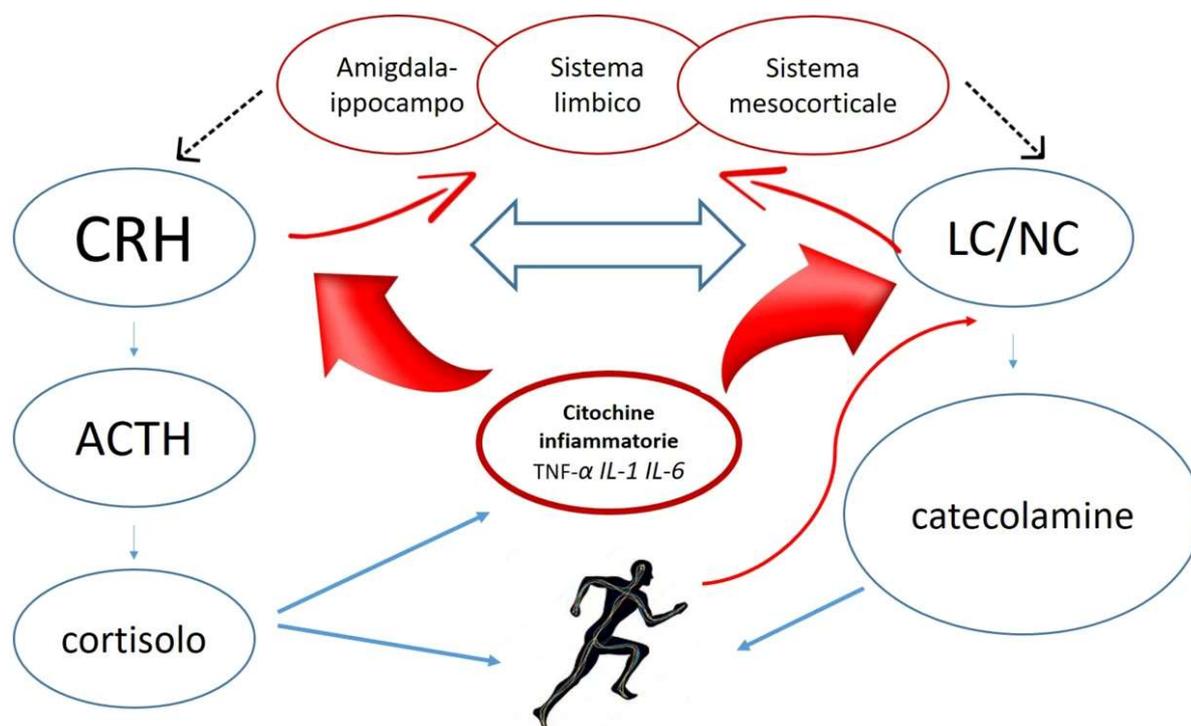


Recenti studi sul Locus Coeruleus , le cui funzioni sono tuttora solo in parte esplorate e comprese , hanno evidenziato la presenza di agglomerati significativi di recettori per oppioidi, la cui eccitazione può essere potenziata da sostanze psichedeliche, che tuttavia non sono in grado di eccitarli autonomamente , in assenza di stimoli sensoriali associati. Pertanto si può supporre tali sostanze interagiscano con diverse popolazioni di neuroni , che a loro volta sono in connessione con il locus. Esso ha in qualche modo la capacità di integrare gli stimoli provenienti dagli organi di senso , in un unico sistema di eccitazione generalizzato a tal punto che il suo disequilibrio eccitativo può travalicare i confini delle differenti modalità percettive , nel fenomeno definito di Sinestesia.

Il locus coeruleus inoltre concorre alla regolazione della motilità pupillare; la pupilla è collegata a regioni cerebrali (corteccia cingolata anteriore e prefrontale dorsolaterale) coinvolte nell'elaborazione cognitiva ed emotiva degli stimoli. Il decremento del diametro pupillare di fronte a informazioni emotive negative è ritenuto un fattore di rischio di depressione sia negli adulti che nei bambini (6) .

Contemporaneamente alla trasmissione verso il LC , dai Nuclei Paraventricolari Ipotalamici , prende origine una connessione verso il nucleo arcuato, un'area cerebrale ricca di neuroni

producenti Proopiomelanocortina (POMC) , alla cui attivazione corrisponde l'incremento di endorfine che possiedono azione analgesica e con feedback negativo di inibizione del rilascio di CRH (Fig 1) .



Il CRH ipotalamico e la noradrenalina prodotto dal LC si autosostengono reciprocamente attraverso un meccanismo di feedback positivo.

L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è autoregolato tramite il cortisolo e recettori propri espressi a livello dell'ipofisi , dell'ipotalamo e di altre aree del SNC , tramite meccanismi di feedback positivo o negativo , che consentono l'attivazione o l'inibizione dell'asse (HPA), secondo i livelli circolanti di cortisolo . Tali recettori per i corticoidi comprendono quelli di

tipo I per mineralcorticoidi (MR) e di tipo II per i glicocorticoidi (GR) e presentano caratteristiche peculiari, incluse la differente affinità per i ligandi e la rappresentazione tissutale. Ad esempio i recettori MR sono fino a 10 volte maggiormente affini per il cortisolo rispetto ai GR, pertanto risultano generalmente saturati in presenza di livelli basali di cortisolo, mentre i GR risultano gradualmente occupanti proporzionalmente all'aumento sovrabasale dei livelli di cortisolo, come può accadere secondo fase circadiana oppure in condizioni di stress acuto.

Per quanto attinente la distribuzione dei recettori mentre i recettori GR risultano espressi in tutto il SNC, i recettori MR risultano maggiormente espressi nelle aree limbiche coinvolte nei processi cerebrali delle emozioni, dell'arousal e della memoria (ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale) esercitando un tono inibitorio sulla secrezione di cortisolo.

L'asse HPA presenta caratteristiche sesso-specifiche, con modificazioni riguardanti i livelli di cortisolo circolante, con differenza di genere secondo l'età (prepubere, postpubere, adulta), ma anche per risposta situazionale, ad esempio in condizioni di stress, con differenze a loro volta derivanti dall'entità dell'evento stressante (8).

Nel dimorfismo sessuale della regolazione dello stress subentra l'azione determinante dell'asse ipotalamo-ipofisi-

gonadi (HPG), a sua volta modulato tramite feedback dallo stress stesso, tramite l'azione inibente e favorente degli ormoni sessuali.

L'estradiolo ad esempio sembra avere un effetto stimolante sull'asse HPA aumentando i livelli di CBG , sia favorendo il rilascio di cortisolo nel siero, sia incrementando la sensibilità del surrene all'ACTH.

Il testosterone si caratterizza viceversa per l'azione inibitoria , riducendo i livelli di cortisolo basale.

In condizioni di stress scompensato si può instaurare una condizione di ipogonadismo centrale , che nel sesso femminile può risultare manifesto con oligomenorrea o addirittura con amenorrea (amenorrea dell'atleta)(9) .

Stante inoltre la nota azione inibitoria del cortisolo nei confronti delle cellule immunitarie e il suo ruolo nell'equilibrio citochinico pro-/antinfiammatorio, ricordando che le stesse citochine promuovono il rilascio di ACTH e cortisolo, diventa comprensibile la stretta correlazione tra condizione di stress cronico , che tende ad instaurare una resistenza ai glucocorticoidi con conseguente aumentato rischio di risposte infiammatorie eccessive, e potenziale stato morboso, inclusa la malattia oncologica.

In questo particolare meccanismo, e segnatamente in relazione allo sviluppo di patologia oncologica, va sottolineato che l'ipercortisolismo potenzialmente derivante dallo stress cronico, mediante l'attivazione di una condizione infiammatoria cronica, predispone lo sviluppo di sindrome metabolica in grado di attivare in studi su animali l'asse HPA e di provocare obesità viscerale, insulino-dipendenza e soppressione della secrezione di GH. Risultati simili sono stati documentati negli esseri umani, pertanto favorendo l'instaurarsi di un ulteriore fattore di rischio (sovrappeso/obesità) (10).

Sembra perciò quantomeno opinabile che tra i criteri di prevenzione primaria della patologia oncologica, la riduzione dello stress ed un miglioramento generico dello stato psichico, emotivo ed affettivo, possano rientrare tra gli obiettivi perseguibili, con particolare riferimento al tumore mammario, stanti le ripercussioni citate dello stress cronico sugli assetti ormonali e la di questi influenza su gran parte degli istotipi di carcinoma della mammella.

Prevenzione secondaria e diagnosi precoce

La prevenzione detta secondaria consiste nell'insieme di attività ed interventi volti all'individuazione del tumore in fase preclinica, prima cioè che diventi sintomatico.

La diagnosi precoce ottenuta mediante l'applicazione delle procedure preventive del tumore della mammella consente, identificando il focolaio di carcinoma invasivo quando in stadio iniziale (dimensioni <2 cm) oppure il focolaio di carcinoma in situ, ed intervenendo in assenza di metastasi (NO,MO), di ottenere maggior numero di guarigioni efficaci ed una effettiva riduzione della mortalità.

La diagnosi precoce del tumore mammario viene applicata attraverso programmi di screening regionale, mediante la convocazione delle donne di età compresa tra i 49 ed i 69 anni, per eseguire lo studio mammografico ogni due anni. Esiste una variabilità regionale per quanto riguarda l'età di convocazione, che talora viene anticipata e/o posticipata (45-74 anni).

Per le donne che non rientrano nei programmi regionali di screening, ma applicano una prevenzione clinica viene raccomandata l'esecuzione della mammografia dopo il quarantesimo anno di età, una volta all'anno (ACS screening guidelines 2023).

La mammografia è una metodica che impiega radiazioni ionizzanti, benchè a basso dosaggio , ed è l'esame di primo livello per la valutazione del parenchima mammario dopo il quarantesimo anno di età. L'indagine oltre a fornire indicazioni sulla struttura ghiandolare ed il suo grado di densità, può identificare il tumore mammario anche in fase precoce, quando esso si manifesta come distorsione parenchimale, con minute microcalcificazioni, generalmente in cluster e dismorfiche , oppure come nodulo, ancora di piccole dimensioni.

Attualmente l'evoluzione tecnologica ha fornito alla mammografia la possibilità di una indagine di approfondimento , maggiormente sensibile quale è la tomosintesi (DBT) , la quale ,attraverso l'acquisizione mammografica mediante un'oscillazione lungo un arco di 15° di inclinazione del tubo radiogeno, è successivamente in grado di retroricostruire volumetricamente la mammella fornendo dati aggiuntivi sulla struttura mammaria e soprattutto risolvendo, almeno in ampia parte, gli artefatti derivanti dalla sovrapposizione di tessuto ghiandolare , in particolare quando iperstrutturato.

Successivamente alla mammografia ed alla eventuale tomosintesi , in presenza di dubbio diagnostico , l'indagine di livello successivo è generalmente l'ecografia.

L'esame ecografico viene eseguito da un medico radiologo senologo ed implica il primo incontro tra lo Specialista e la paziente con sospetto tumore del seno .

Qualora la lesione sia visibile ecograficamente si procede alla biopsia della stessa, prelevando sotto guida ecografica alcuni frustoli del tessuto sospetto patologico, che verranno sottoposti alle indagini anatomo patologiche per la tipizzazione citoistopatologica e per la definizione delle caratteristiche biologiche e recettoriali ormonali del tessuto, al fine della programmazione terapeutica.

Qualora in presenza di microcalcificazioni o distorsioni parenchimali, che non risultino documentabili ecograficamente , ad oggi si può procedere alla biopsia sotto guida stereotassica , mediante cioè l'utilizzo della mammografia e del software del mammografo che calcola e fornisce le coordinate per procedere ai prelievi.

Le procedure bioptiche , che vengono eseguite presso l'ambulatorio di ecografia, prevedono la somministrazione locale di 5 cc / 20 mg di Mepivacaina , così da potere procedere al prelievo con ago tranciante di calibro generalmente compreso tra i 16 ed i 14 Gauge, a livello mammario e di 18 G su linfonodo ascellare , quando di sospetto significato patologico.

Generalmente sono prelevati 4-5 frustoli di materiale da nodulo mammario e due dal linfonodo . L'importanza

dell'eventuale positività per metastasi del linfonodo risulta evidente nel planning operatorio, in quanto la paziente verrà candidata alla dissezione ascellare , anziché alla prevista asportazione ed analisi del linfonodo sentinella , individuato mediante linfoscintigrafia, che viene eseguita il giorno antecedente all'intervento chirurgico.

L'esito dell'esame istologico, quanto meno presso la Breast Unit operativa dal 2017 presso ASL2 Savonese , viene comunicato dal Medico radiologo senologo, preferibilmente prelevatore . La Paziente viene convocata per la consegna del referto ed in caso di positività condotta contestualmente a colloquio e visita con lo specialista Chirurgo senologo.

Il ruolo della comunicazione mantiene un'importanza fondamentale prosecuzione dell'iter.

Il momento della consegna del referto istologico stesso , implica ovviamente un ampio pattern di reazioni da parte delle donne. Benchè già durante la biopsia , quando l'imaging risulti suggestivo , la paziente possa essere preparata ad una possibile positività dell'esito , la conferma della presenza di patologia maligna risulta sempre di impatto psicologico ed emotivo importante e nuovamente l'utilizzo di adeguati termini e di un approccio accogliente , ma anche motivante , risultano essenziali per indirizzare la paziente alla prosecuzione dell'iter.

Uno studio italiano pubblicato nel 2020 (Psychological trauma : theory, research, and policy, Posttraumatic growth in breast cancer survivors: are depressive symptoms really negative predictors? A. Romeo, M. Di Tella et al. mar 2020) ha elaborato la relazione tra la sintomatologia depressiva e la possibilità di sperimentare un cambiamento positivo in pazienti con ca mammario. In particolare è stato evidenziato tramite studio su 147 pazienti che nonostante la presenza di elevati sintomi depressivi nel periodo relativo alla diagnosi, a distanza di due anni, le donne libere da trattamenti RT e CT da almeno 1 anno, manifestavano cambiamenti psicologici profondi e positivi , con un generale miglioramento di approccio alla vita.

L'esperienza traumatica indotta da una diagnosi infausta come quella di tumore della mammella, con tutte le implicazioni emotive e di significato recondito della femminilità che questa implica , possono portare ad un distress psicologico della donna. Di contro , se adeguatamente elaborato e sfruttato, potrebbe favorire una reazione di cambiamento positivo definita “ Crescita posttraumatica “ (PTG) , alla base della quale sembra esserci un processo di risignificazione emotivo e cognitivo dell'esperienza, e la possibilità di una ricostruzione delle proprie convinzioni sia riguardanti se stessi , che gli altri e la vita. Questo atteggiamento infine può portare ad un migliore adattamento

all'evento traumatico ed alla conseguente riduzione del disagio psicologico nel tempo.

E' pertanto così evidente quanto sia essenziale la realizzazione di un adatto contesto psicoemotivo sin dall'approccio diagnostico della malattia mammaria.

Questo , che può essere ottenuto con utilizzo di una adeguata comunicazione ipnotica ed eventuale trance ipnotica durante le procedure , oltre a favorire un ottimale gestione della donna ad esempio al momento della biopsia e prima dell'intervento , può incamminarla nel percorso di diagnosi prima , di terapia e guarigione dopo, con un atteggiamento più fiducioso e sicuro.

La Breast Unit

La Breast Unit è l'unità sanitaria multidisciplinare di riferimento per diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da tumore della mammella , alla quale viene affidata la Paziente con nodulo mammario accertato patologico.

L'equipe multidisciplinare coinvolge la figura del Radiologo senologo, dell'anatomo patologo, del chirurgo, dell'oncologo, del radioterapista , del fisiatra.

Il personale medico dedicato è affiancato dalle figure infermieristiche specializzate, inclusa la Case Manager , che è la figura di accoglienza presso l'Unità della paziente che ha ricevuto la diagnosi e che La accompagnerà nei successivi passaggi di valutazione clinica e cura .

Dopo la valutazione da parte del Chirurgo Senologo, che provvede alla visita clinica della paziente e prende visione delle indagini, ogni caso viene discusso in ambito multidisciplinare . Il briefing avviene in presenza di tutte le figure di riferimento, al fine di pianificare il migliore approccio terapeutico caso per caso, che possa esso essere un percorso chirurgico diretto, ovvero un percorso medico iniziale , qualora ci sia l'indicazione a procedere ad una chemioterapia neoadiuvante , finalizzata , ad esempio, alla riduzione volumetrica della lesione, oppure qualora risulti indicata per

l'assetto biologico della neoplasia (Her2 +, negatività ormonali recettoriali).

Tale indicazione risulta nuovamente di violento impatto sulla persona , anche sottolineando che le terapie mediche per il trattamento del ca mammario è noto che inducano alopecia, aggravando esteticamente i già numerosi effetti collaterali dei farmaci.

Lo stress della diagnosi, aggravato dalla prospettiva di mesi di terapia e dalla paura , differentemente sommersa, della morte , agiscono fortemente sul sistema nervoso e sull'equilibrio psicoemotivo e pertanto somatico della donna.

L'equilibrio umorale , che si ripercuote sul soma è il risultato della sinergia e dei numerosi meccanismi di feedback , instaurati da neurotrasmettitori ed ormoni , che agiscono da fili comunicativi nell'organismo , inteso come unità mente-corpo.

Tra questi neurotrasmettitori la serotonina è certamente una delle molecole di maggiore ridondanza.

La serotonina è una triptamina , viene sintetizzata a partire dal triptofano, un aminoacido essenziale , nei neuroni serotoninergici del sistema nervoso centrale e dalle cellule enterocromaffini dell'apparato gastroenterico. E' un importante mediatore chimico e deve la sua definizione popolare di "ormone del buonumore" , alle sue preponderanti azioni sulla regolazione dell'umore e del ciclo sonno-veglia.

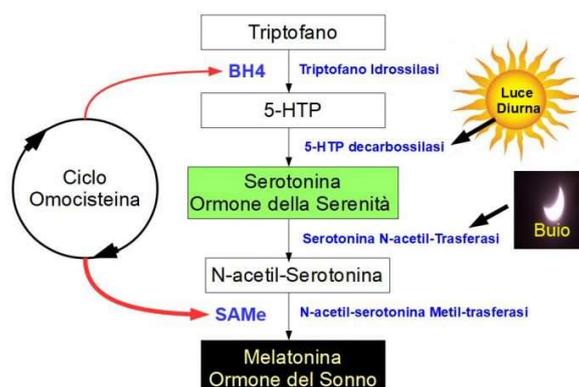
A livello del SNC la serotonina è coinvolta nella gestione del comportamento sessuale e delle relazioni sociali: bassi livelli di serotonina sono stati relazionati a comportamenti ipersessuali e socialmente aggressivi.

In realtà gli effetti della serotonina sono molteplici e dipendono dai differenti recettori (almeno 7) in grado di legarla, che risultano indovati in numerosi tessuti.

A livello del sistema cardiovascolare la serotonina agisce sulla contrattilità dei vasi arteriosi ed è pertanto in grado di agire sui valori pressori e mediante questa azione a livello dei vasi intracranici, ha un probabile coinvolgimento nella genesi di crisi emicraniche, in particolare ormonodipendenti catameriali.

Essa influisce sulla percezione del dolore e sulla coagulazione, attraverso l'azione aggregante che induce sulle piastrine e la vasocostrizione che sollecita, in risposta ad un danno endoteliale.

La serotonina è precursore della melatonina, la cui sintesi è inibita dalla luce solare, ed in tal modo è coinvolta nella regolazione dei cicli circadiani.



La melatonina , è tra le altre importanti azioni centrali, coinvolta nel ciclo del capello, sia per le sue proprietà antiossidanti con riduzione dello stress ossidativo a livello del follicolo, sia perché in grado di favorire la crescita in fase anagen. Una carenza di serotonina pare internalizzare, rendendoli indisponibili, i recettori degli estrogeni e del cortisolo follicolari, con conseguente nocimento alla regolarità del ciclo e del ricambio dei capelli.

Tra gli effetti diretti della serotonina è inclusa l'induzione del senso di sazietà , per quanto attinente la sua relazione con l'apparato gastroenterico, favorisce l'appetito per pasti proteici a discapito dei carboidrati e regola secrezioni e motilità intestinali.

E' facilmente intuitivo quanto la relazione tra Sistema Nervoso definito enterico e Sistema Nervoso Centrale sia interregolata e quanto diventino comprensibili gli effetti dello stress sulle funzioni digestive ed assorbitive dell'apparato gastrointestinale.

La produzione di serotonina è tra gli altri fattori , regolata dagli estrogeni, con un controllo di tipo positivo : più alto è il livello di estrogeni, maggiore sarà l'induzione alla produzione di serotonina , alla rappresentazione dei recettori per la stessa a livello dei tessuti predisposti e non ultimo alla capacità di legame dei recettori, aumentando l'affinità con il ligando.

Loprinzi ed altri pubblicarono uno studio effettuato su pazienti operate di tumore della mammella in terapia con tamoxifene, con gestione di alcuni effetti collaterali , in particolare la riduzione delle vampate di calore, mediante assunzione di Venlafaxina (inibitore della ricaptazione della serotonina). Tuttavia successivamente Kelly e collaboratori completarono uno studio di coorte le cui conclusioni furono che l'efficacia del Tamoxifene poteva essere ridotta dalla cosomministrazione di paroxetina (inibitore della ricaptazione della serotonina), con conseguente aumento della mortalità a 10 anni di pazienti operate di tumore della mammella, suffragando l'ipotesi che la paroxetina riduca gli effetti dell'antiestrogeno (9).

Considerata l'evidenza dei numerosi studi condotti su pazienti trattate a 5 ed ora talvolta a 10 anni con modulatore selettivo del recettori per gli estrogeni (Linee guida ASCO) , nel mantenimento dopo rimozione di tumore della mammella, se ne deduce quanto possa essere vantaggiosa una modulazione endogena della serotonina , anzichè farmacologica, potendo ottenere quantomeno una riduzione degli effetti collaterali del piano terapeutico.

Il mantenimento dell'equilibrio serotoninergico è consolidato dall'attività fisica , in quanto esiste un meccanismo di automantenimento dei livelli di serotonina tra la muscolatura , la cui contrattilità è favorita dalla serotonina ed i neuroni secernenti. Tale meccanismo si alimenta sino ad un livello

soglia, in cui la serotonina in eccesso si lega al segmento prossimale dell'assone e blocca il feedback , inibendo la generazione del potenziale d'azione con conseguente minore efficacia dello stimolo nervoso ed efficienza del muscolo. Tale meccanismo è probabile sia una sorta di autoprotezione dell'organismo per evitare l'eccessivo sforzo ed eventuale esaurimento muscolare (10). Può questo feedback attivarsi in modo patologico in particolari eventualità ed avere intense conseguenze sulla reattività , ad esempio, all'insulto morboso? Per quanto attinente l'intervento chirurgico , sono ormai numerosi gli attestati di efficacia dell'utilizzo dell'ipnosi sia in fase prechirurgica con obiettivo ansiolitico e riduzione dello stress, sia durante la procedura operatoria .

Già nel corso del 2015, 70 pazienti in cura presso l'Istituto Marie Curie di Parigi scelsero l'opzione ipnotica anzichè la sedazione farmacologica , per affrontare l'intervento di nodulectomia e di prelievo del linfonodo sentinella (1 caso nel corso di tale anno di mastectomia).

Oltre alla riduzione dei potenziali effetti collaterali derivanti dai farmaci, la procedura così condotta è in grado di ridurre notevolmente le tempistiche di ricovero, arrivando alla possibilità di eseguire gli interventi , con ricovero diurno in Day Surgery.

Sin dall'impiego iniziale dell'ipnosi ai fini anestesiológicos , è stato osservato sia l'esito favorevole per la collaborazione del

paziente con l'operatore chirurgo, sia per la vasocostrizione conseguente all'elaborazione dell'area analgesica, con miglioramento del campo operatorio. Inoltre si è sempre osservato un ottimo decorso postoperatorio, con risultati molto favorevoli anche per quanto attinente la cicatrizzazione della ferita (F. Granone, Trattato di ipnosi).

Il potenziale analgesico dell'ipnosi riveste ruolo efficace sia in ambito strettamente chirurgico e postoperatorio, sia nella gestione del dolore nella Paziente lungo sopravvivate .

Già nel 1983 venne applicato su 54 donne affette da carcinoma mammario con dolore cronico oncologico uno studio, gestito dividendo in due gruppi le pazienti che vennero sottoposte a cure standard (24) oppure affiancate in percorso terapeutico di gruppo (30). Tra queste, alcune vennero assegnate ad un gruppo che impiegava l'ipnosi come parte del trattamento. L'utilizzo dell'ipnosi era in particolare volto a migliorare la competenza e la padronanza nella gestione del dolore e dello stress correlati alla malattia, includendo suggestioni di filtrazione del dolore dalla percezione sensoriale, immaginando stimoli alternativi a livello dell'area dolente. Le donne vennero inoltre istruite per potere sfruttare autonomamente l'ipnosi (induzione di autoipnosi).

Entrambi i gruppi affiancati con supporto psicoemotivo dimostrarono manifestazioni di dolore e sofferenza significativamente inferiori rispetto al gruppo controllo .

Benchè l'ipnosi non fosse procedura centrale nel gruppo supportato, le pazienti che furono sottoposte ad ipnosi , riportarono un significativo minore incremento della sintomatologia algica nel tempo (progressione) rispetto a coloro che non la utilizzarono.

L'esperienza

Lella è una dinamica e bella donna di 63 anni, lavoratrice , sposata , con due figli adulti e due meravigliosi nipoti adolescenti.

Aderisce come ad ogni convocazione al programma di screening regionale , eseguendo la mammografia .

La lettura di entrambi i radiologi senologi segnala l'insorgenza di una radiopacità nodulare a destra, di aspetto radiologico non significativamente sospetto , ma comunque mandatoria per l'esecuzione dell'esame ecografico di secondo livello.

Nonostante anche ecograficamente i caratteri non fossero francamente patologici , si procede , come necessario , a tipizzazione microistologica del nodulo.

L'istopatologia del nodulo è positiva per malignità: il nodulo risulta essere un carcinoma duttale con aspetti basalioidi , scarsamente differenziato ,G3. Inoltre le cellule tumorali non esprimono recettori ormonali, né Her 2.

In presenza di tale assetto è indicata la chemioterapia neoadiuvante.

Lella è abituata al proprio pragmatismo e a gestire in modo molto organizzato i numerosi impegni. Affronta la diagnosi con grande presenza di spirito, ma manifesta una tendenza all'ipercontrollo e dichiara la sua preoccupazione anche in

previsione delle terapie e dell'intervento , anche in relazione alla sua balanofobia.

Considerato che tale risposta è sempre auspicabile, nelle Pazienti candidate a NACT , prima dell'inizio della terapia , viene inserita una millimetrica clip radiopaca . Talora la conformazione anatomica (macromastia, ipestruzzatura ghiandolare, etc) , ma anche la risposta fibrotica del tessuto al buon esito delle terapie , inficiano la visibilità della clip mediante ecografia.

La clip è necessaria poiché, come nelle lesioni non palpabili, al momento dell'intervento , il radiologo senologo sempre sotto guida ecografica , possa posizionare un filo metallico di repere , che sia da guida anatomica al Chirurgo, centrando il nodulo, ovvero la clip precedentemente posizionata nel nodulo riassorbito.

Personalmente incontro Lella di sfuggita , benchè conosca il caso per via delle discussioni multidisciplinari, sino al termine della chemioterapia neoadiuvante. La possibile difficoltosa individuazione della clip nel suo caso, ci porta a convocarla un giorno prima dell'intervento per identificare la clip , senza rischiare di procurare ritardi il giorno dell'operazione.

Fu quel giorno che dopo l'indagine , che mi consentì di individuare la clip, considerata la sua comprensibile ansia per l'intervento e la stanchezza dei mesi di terapia, anche se saldamente affrontati, proposi a Lella l'ipnosi. Lei ha accettato

immediatamente con gratitudine e poco dopo abbiamo avuto modo di appartarci e di procedere.

In un ambulatorio ecografico , quindi con disponibilità di sedia o lettino, le ho chiesto se preferiva stare seduta o coricata. Lella ha preferito coricarsi.

Le ho chiesto di chiudere gli occhi e respirare profondamente. Quindi ho sfiorato la sua fronte con un dito tra le sopracciglia e le ho chiesto di fissarlo con gli occhi chiusi. Il respiro di Lella si è fatto rapidamente molto regolare e le ho chiesto di immaginarsi nel suo posto del cuore, dove tutto in quel momento era perfetto : la temperatura , la brezza, i suoni. Le ho detto che nulla avrebbe potuto distoglierla da quella crescente e profonda sensazione di rilassatezza e benessere , invitandola a radicare la condizione ad ogni respiro.

Dopo qualche minuto le ho fornito l'ancoraggio , unendo la punta dell'indice e del pollice a sinistra , ricordandole che in qualunque momento avrebbe potuto ritrovarsi nel suo luogo del cuore , rivivendo quella condizione piacevole.

L'esduzione , condotta con conto alla rovescia da 5 a 1, ha trovato Lella sorridente e me commossa. Ha detto che è stata la prima volta nella sua vita che ha provato emozioni di quel tipo.

Il giorno dopo Lella ha affrontato serenamente l'intervento e non ha subito risvolti spiacevoli della balanofobia, ricevendo i complimenti anche del personale infermieristico , che

conoscendo i suoi timori, temeva una gestione un poco più complicata.

L'istopatologia del pezzo operatorio ha confermato la completa assenza di malattia e Lella ha concluso, proprio oggi, che scrivo queste righe, la radioterapia.

Al termine della seduta di RT, avevamo concordato di incontrarci per una induzione e così è stato. Dopo un ampio pre-talk in cui Lella mi ha confidato i suoi sentimenti riguardo sia l'esperienza ipnotica, che il percorso di cura , manifestando tra l'altro profondi aspetti di crescita post stress, l'ho indotta .

Durante la trance ho scelto di ispirarmi alla “ Metafora del Samurai” del prof E. Facco, per poterla consolidare nella sua condizione di guerriera solida, serena ed ora vittoriosa e rigenerata , quindi ho rinnovato l'ancoraggio.

L'esduzione ha trovato lei nuovamente sorridente e me nuovamente commossa.

Conclusioni

Sono numerose le implicazioni sempre più confermate da evidenze scientifiche di quanto l'armonia e l'equilibrio del perfetto ma complesso sistema mente-cervello-corpo possano trovare riscontro in manifestazioni somatiche, finanche alla patologia e nella gestione della stessa.

L'utilizzo dell'ipnosi può accompagnare la Paziente con nodulo mammario dal principio diagnostico , nel suo percorso in Breast Unit , e sino alla guarigione.

Le tecniche di comunicazione e l'induzione ipnotica , possono consolidare , probabilmente attraverso le cascate di neurotrasmettitori inducibili durante la trance, ogni passo della Paziente che affronta il faticoso percorso di diagnosi e cura di carcinoma mammario.

ConsentendoLe di mantenersi a proprio agio e confortandoLa in una condizione di benessere attraverso l'uso dell'ipnosi , è opinabile , che oltre alla riduzione della nocicezione ed agli effetti collaterali di eventuali terapie , la donna possa mantenere un equilibrio positivo durante le cure, con un miglioramento globale della qualità della vita ed una risoluzione senza sequele.

Bibliografia

American Cancer Society

Anatomia della regione mammaria , Senologia.net

MSD Manual rev.07/23

McEwen BS, Akil H (2020) Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. J Neurosci 40(1):12–21

Van der Voorn B, Hollanders JJ, Ket JC et al. (2017) Gender-specific differences in hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity during childhood: a systematic review and meta-analysis. Biol Sex Differ 8:3

Reschke-Hernández AE, Okerstrom KL, Bowles Edwards A, Tranel D (2017) Sex and stress: men and women show different cortisol responses to psychological stress induced by the Trier social stress test and the Iowa singing social stress test. J Neurosci Res 95(1–2):106–114

Lania A, Gianotti L, Gagliardi I et al. (2019) Functional hypothalamic and drug-induced amenorrhea: an overview. J Endocrinol Invest 42(9):1001–1010

Kassi EN, Chrousos GP (2013) The central CLOCK system and the stress axis in health and disease.

Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosom Med. 1983;45:333–339. 22

Butler LD, Koopman C, Neri E, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. Health Psychol. 2009;28(5):579–587.

Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxatio

Coulling S. Fundamentals of pain management in wound care.

F.Granone Trattato di ipnosi

