

## Ormoni, fattori costituzionali, dieta e carcinoma mammario

# Il parere di

M. TONUS

### MARIA PIERA MANO

Ginecologa oncologa, Cpo Piemonte (Università di Torino)

Come valuta l'articolo di Franco Berrino e Andrea Micheli?

È molto interessante poiché gli autori riescono a spiegare il nesso tra le osservazioni epidemiologiche, ormai storiche, che le aree geografiche a bassa incidenza di cancro mammario (CM) sono zone molto povere e scarsamente sviluppate e il fatto che le donne a basso rischio hanno avuto una vita povera di ormoni (menarca tardivo, menopausa precoce, molte gravidanze, non impiego di terapia ormonale sostitutiva). Ambedue queste osservazioni hanno una correlazione, dimostrata dagli studi, con lo stile di vita: l'attività fisica e l'alimentazione modificano l'assetto ormonale. Ossia, esiste un nesso causale tra la situazione metabolica legata alle abitudini a tavola, l'esercizio e lo stato ormonale che favorisce lo sviluppo del CM. Questi dati ci offrono una potente arma sul piano della prevenzione e della cura.

**In che modo vengono utilizzati questi dati nella pratica quotidiana dei medici di medicina generale, degli oncologi e dei ginecologi?**

Nonostante l'importanza di queste osservazioni non vi è un sufficiente utilizzo nella pratica clinica.

Alle donne che hanno già avuto una manifestazione della malattia non viene data nessuna prescrizione dietetica e pochi stimoli al cambiamento di stile di vita. Il generico e inutile consiglio è spesso (e talora neanche): «Signora, dovrebbe dimagrire».

Credo che dai dati in nostro possesso potremmo prevedere una riduzione del rischio di recidive in pazienti che hanno avuto un carcino-

ma mammario se riuscissimo a modificare il loro stile di vita nella direzione di un aumento dell'attività fisica e delle abitudini alimentari.

**Pensa che queste difficoltà della classe medica derivino dalla non adeguata conoscenza o dalla scarsa applicabilità clinica?**

Ambedue. È difficile per la mentalità e la formazione dei medici chiedere alla paziente di avere un ruolo attivo nella cura di se stessa: è più semplice prescrivere un farmaco. Invece occorrerebbe impegnarsi a proporre soluzioni praticabili. Per esempio: non si può consigliare a una paziente settantenne, obesa e con le articolazioni irrigidite di iscriversi in palestra; è più praticabile prescrivere un corso di ballo liscio.

Lo stesso riguardo l'alimentazione: nella classe medica, anche tra i senologi, vi è una scarsissima conoscenza degli schemi dietetici corretti. Al massimo viene suggerita la dieta mediterranea ricca di frutta verdura e pasta, mentre emerge dai dati del lavoro di Berrino come la frutta vada assunta con cautela per l'elevato contenuto di zucchero. Il messaggio che è passato è che i cibi pericolosi siano quelli ad alto contenuto di grassi saturi, ma i veri killer parrebbero essere gli zuccheri a rapido assorbimento per l'impatto sull'insulina che gioca un ruolo fondamentale sui meccanismi ormonali e sulla crescita cellulare.

**Ha citato i ginecologi. Quale ruolo dovrebbero svolgere secondo lei?**

Devono porre molta attenzione nella prescrizione della terapia sostitutiva in menopausa. In particolare nelle donne magre poiché sono quelle che guadagnano un rischio maggiore. Spesso le donne magre sono però anche quelle più soggette a osteoporosi: anche in questo caso

## MARCO PETRELLA

Igienista, epidemiologo Dipartimento di prevenzione  
ASL di Perugia

**Non sarebbe più utile concentrare gli sforzi sulle donne a rischio genetico per il cancro mammario piuttosto che sulla promozione di un regime dietetico a tappeto?**

A mio parere i due approcci investono piani diversi e non necessariamente in concorrenza tra loro. La ricerca diretta a individuare le donne appartenenti a categorie a rischio familiare e genetico va portata avanti anche se, finora, non può essere considerata una proposta di prevenzione primaria perché non ha un'efficacia misurabile in termini di modifica del rischio o di risparmio di vite.

La diagnosi genetica anticipa una notizia "imbarazzante", di difficile gestione, tant'è che uno screening di popolazione rispetto al rischio ereditario non è stato ancora validato.

Un intervento sulla dieta, al contrario, ha un respiro più ampio, meno controindicazioni organizzative e psicologiche e potrebbe poggiare su iniziative già in atto, come la campagna sulla buona alimentazione lanciata dal Ministero della salute per la prevenzione cardiovascolare e del rischio oncologico. È una campagna alla quale si potrebbe aggiungere valore ricordando che un regime alimentare corretto può essere un mezzo di prevenzione primaria anche contro il tumore alla mammella e aggiungersi ai vantaggi della prevenzione secondaria.

**Rispetto alle tradizionali iniziative sulla dieta, il tiro andrebbe in qualche modo aggiustato?**

Occorrerebbe forse integrare l'attenzione dai grassi animali, tematica tradizionale delle campagne nutrizionali del Ministero, con quella sugli zuccheri semplici come sostiene Berrino. Sarebbe un approccio comunque in linea con ciò che si sta capendo del rapporto tra rischio cardiovascolare e diabete, vale a dire il fatto che gli zuccheri semplici sono anch'essi un fattore di rischio importante per diverse patologie. In un'ottica di sanità pubblica, anche operatori del territorio e della prevenzione come me possono oggi, alla luce del contributo di Berrino, mettere tra i propri programmi la promozione di una dieta per la prevenzione del ca mammario e fare in modo che l'intervento raggiunga la maggior parte della popolazione. È un intervento che non cadrebbe nel vuoto perché la sensibilità sul tema del controllo del peso o della necessità di fare attività fisica è sempre più diffusa.

ottimi risultati sono ottenibili con la dieta (uso di soia) e con l'attività fisica.

Se mi limito a dare il consiglio di bere il latte di soia, nel migliore dei casi, dopo il secondo cartoccio, è probabile che quasi tutte preferiscano la malattia! Se suggerisco di sostituire il latte vaccino con quello di soia nelle ricette che ne prevedono l'uso otterrò sicuramente risultati migliori.

I ginecologi ricoprono un ruolo importante nella cura della sindrome dell'ovaio policistico sostanzialmente causata da anovularietà e che, spesso, è correlata all'iperinsulinismo.

Questa patologia è molto frequente e viene curata con la prescrizione dei contraccettivi estrogenici o con induzione farmacologica dell'ovulazione se la donna desidera figli. Questi, come evidenzia l'articolo, sono in realtà i casi che sono a maggior rischio di sviluppo di CM e che riconoscono una predisposizione familiare al diabete di tipo II. La correlazione tra iperinsulinismo e anovularietà è nota da tempo. Nonostante ciò, pochissimi ginecologi la trattano in modo adeguato e, tra questi, molti usano gli ipoglicemizzanti orali e poco la dieta.

**Pensa dunque che occorra sensibilizzare e informare meglio la classe medica su questi aspetti?**

Certamente. Ha usato un termine corretto: sensibilizzare. Infatti, oltre alla non adeguata conoscenza di questi aspetti, i medici non amano questo tipo di approccio. In parte è colpa della pigrizia mentale e in parte di una visione un po' scettica e ironica in tutte le proposte di terapie che non siano farmacologiche. In altre parole la stessa resistenza che s'incontra nel proporre la medicina complementare. E pensare che i naturopati e i medici ayurvedici hanno sempre sostenuto che lo zucchero è il "veleno bianco"!