

Università degli Studi di Catania



Carcinoma della mammella

U.O. Clinicizzata di Chirurgia Generale

Ospedale "R. Guzzardi" di Vittoria

Direttore : Prof. V. Minutolo

Prof. V. Minutolo



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

E' uno dei tumori più frequenti del corpo umano e divide questa triste prerogativa con i tumori del polmone, colon-retto, genitali interni femminili e stomaco



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

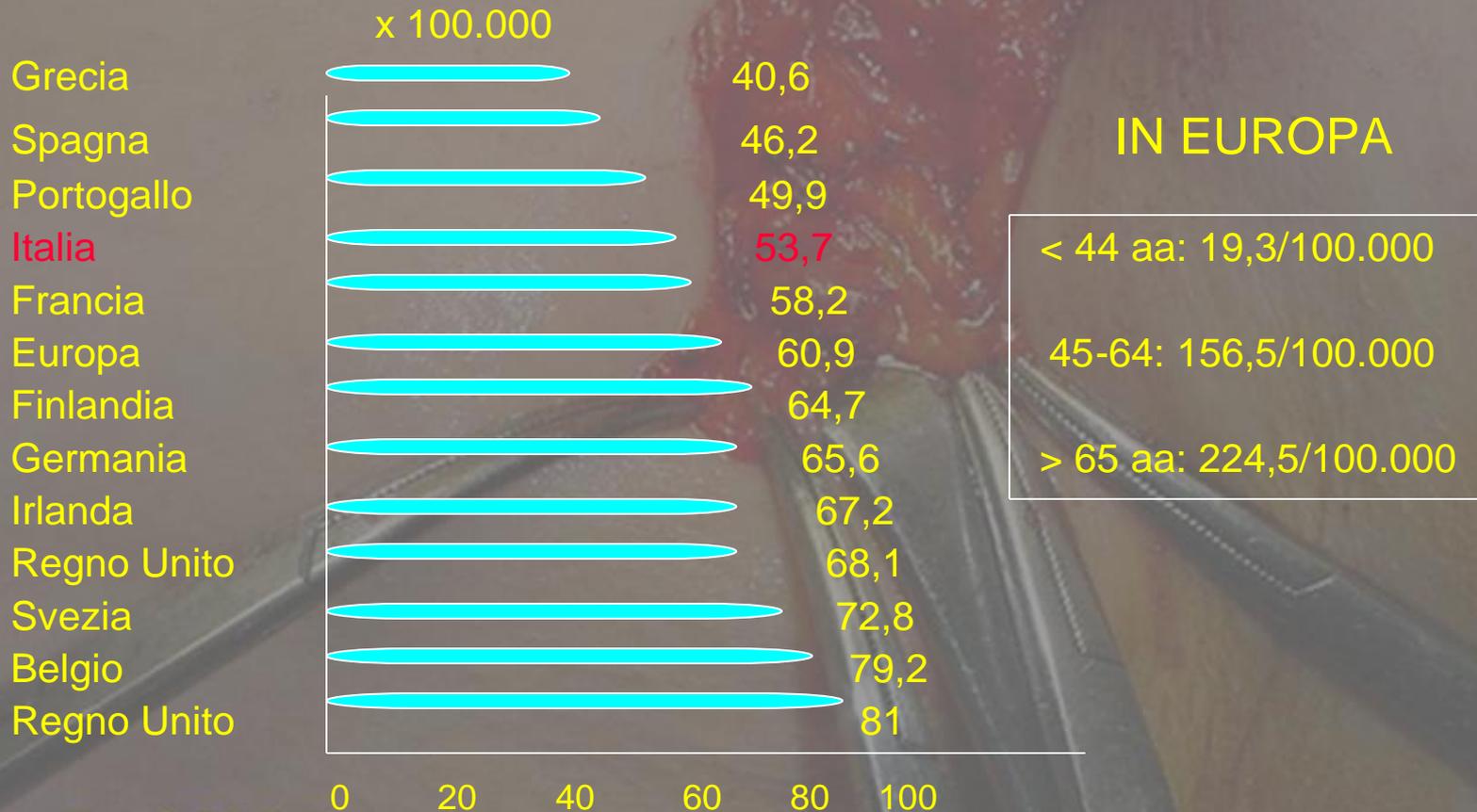
Il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente nei paesi industrializzati:

- Stati Uniti : 110 casi/100.000/donne /anno
- Grecia : 40,6 casi/100.000/donne/anno
- Olanda : 81 casi/100.000/donne/anno
- Italia : 67,6 casi/100.000/donne/anno



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Incidenza globale e per fasce di età in Europa nel 1990





CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Nel mondo vengono diagnosticati circa 1 milione di nuovi casi per anno

- Stati Uniti : nel 2002 circa 203.500
- Italia : circa 30.000

In Italia 9-10 donne ogni 100 sono destinate a contrarre la malattia nel corso della loro vita



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

MORTALITA'

- Stati Uniti : nel 2002 circa 39.600 decessi (26,5 donne/100.00/anno)
- Italia : 18 donne/100.000/anno



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI

- Europa : 67% (1978 - 84)
- Italia : 76% (1986-89)

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



FATTORI DI RISCHIO

- Pregresso carcinoma mammario
- Familiarità per carcinoma mammario
- Dieta ricca di zuccheri, amidi, proteine animali, alcool
- Menarca precoce, menopausa tardiva
- Assunzione di ormoni (anticoncezionali) ?
- Radiazioni ionizzanti
- Agenti chimici (reserpina, diazepam, pesticidi)



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Il carcinoma mammario è una malattia a prognosi sfavorevole nonostante tutti i presidi terapeutici adottati. Oggi il trattamento non solo è multidisciplinare ma anche differentemente integrato a seconda le caratteristiche biologiche, morfologiche e cliniche della neoplasia



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

I gruppi linfonodali più importanti della regione mammaria sono :

- linfonodi ascellari
- linfonodi mammari interni
- linfonodi sovraclaveari



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

REGIONE ASCELLARE

E' definita come un tronco di piramide con base esterna ed apice mediale

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Il numero di linfonodi ascellari varia da 12 a 36 e si dividono in sei gruppi :

- mammari esterni
- scapolari
- centrali
- interpettorali
- sottoclavicolari

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

- linfonodi mediali
- linfonodi laterali o della vena ascellare
- linfonodi centrali
- linfonodi apicali o sottoclavicolari

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Linfonodi mediali

- 4 – 5 lungo la vena toracica laterale
- 5 – 6 lungo i vasi sottoscapolari

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Linfonodi laterali o della vena ascellare

- 13 – 14 lungo la porzione laterale della vena, dal tendine del grande dorsale all'origine della vena toraco-acromiale



CARCINOMA DELLA MAMMELLA

REGIONE ASCELLARE

Linfonodi centrali

- 12 – 13 immersi nel grasso al centro dell'ascella

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Linfonodi apicali o sottoclavicolari

- situati all'apice dell'ascella lungo la faccia anteriore ed inferiore della vena ascellare

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Linfonodi ascellari

Si dividono in tre livelli in relazione ai loro rapporti con il muscolo piccolo pettorale :

- I livello - lateralmente al muscolo
- II livello - retromuscolari
- III livello - medialmente al muscolo

CARCINOMA DELLA MAMMELLA



REGIONE ASCELLARE

Linfonodi mammari interni

- Sono molto piccoli (2-5 mm) e disseminati lungo il decorso dei vasi omonimi. Il loro numero è variabile risultando più numerosi nei primi tre spazi intercostali



OBIETTIVI

- Controllo locale della malattia
- Risultato funzionale ed estetico
- Qualità di vita



PREVENZIONE

SCREENING

DIAGNOSI PRECOCE



Diagnosi precoce

- Screening
- Consultori familiari
- Medici di base (sensibilizzazione del paziente ad eseguire i controlli)



PREVENZIONE

Rappresenta il mezzo più valido ed efficace per combattere l'insorgenza del carcinoma mammario e ridurre la mortalità

PREVENZIONE

A photograph of a surgical site, likely a brain or spinal cord, with several metal surgical clamps holding open the incision. A prominent, reddish, fleshy mass is visible in the center of the incision, possibly representing a tumor or a specific anatomical structure. The background is a light-colored, textured surface, likely a surgical drape.

- Primaria
- Secondaria
- Terziaria

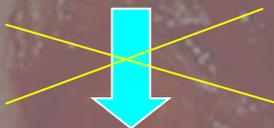
PREVENZIONE PRIMARIA

A surgical procedure is shown, with a red, fleshy mass being held by surgical instruments. The background is a light-colored, textured surface, possibly a surgical drape or table.

- SOGGETTI ASINTOMATICI
- NON ESPOSIZIONE A SOSTANZE CANCEROGENE

PREVENZIONE PRIMARIA

INDIVIDUO



ESPOSIZIONE



SOSTANZE

SITUAZIONI
AMBIENTALI



INSORGENZA DEL CANCRO

PREVENZIONE SECONDARIA

Mira ad effettuare una

DIAGNOSI PRECOCE



DIAGNOSI PRECOCE

Vi è una stretta correlazione fra:

DIAGNOSI PRECOCE

e

SOPRAVVIVENZA



DIAGNOSI PRECOCE

- AUTO-PALPAZIONE
- Esame clinico (Visita)
- Mammografia



DIAGNOSI PRECOCE

AUTO-ESAME

- Va praticato da tutte le donne
- Va effettuato 1 volta al mese
- E' più importante di una visita saltuaria
- Non deve essere una ricerca ossessiva del nodulo



DIAGNOSI PRECOCE

ESAME CLINICO

- Consultori familiari
- Ambulatori lega tumori



MAMMOGRAFIA

- donne asintomatiche > 40 anni
- sospetta neoplasia mammaria
- familiarità positiva



MAMMOGRAFIA

I limiti sono evidenti nel seno cosiddetto denso. In tal caso è utile associare:

- Ecotomografia
- Mammoscintigrafia
- PET
- RMN



Citologia con ago sottile

- Lesioni palpabili
- Lesioni non palpabili (guida ecografica o mammografica)



Agobiopsia percutanea

- Lesioni palpabili
- Lesioni non palpabili (guida ecografica o mammografica)



PRELIEVI TISSUTALI

Prelievi tissutali istologici su guida
ecografica o stereotassica associata ad
un sistema di aspirazione

Mammotome

o mammografica computer assistita

ABBI



MAMMOTOME

- biopsie mammarie a 360° nella sede della lesione sospetta
- asportazione di frustolo di 3 mm
- aspirazione automatica retroazionata
- clip di titanio come repere



ABBI (Advanced Breast Biopsy Instrument)

- sistema stereotassico
- immagini digitali computerizzate
- localizzazione della lesione
- puntamento mediante analisi computerizzata delle coordinate tridimensionali
- controllo radiologico del pezzo



BIOPSIA CHIRURGICA

- non diagnosi preoperatoria
- lesioni non palpabili
- incisionale od escissionale
- localizzazione della lesione (reperire metallico, ROLL, reperire con carbone vegetale)



BIOPSIA SU REPERE METALLICO

- guida ecografica
- guida mammografica
- introduzione di ago uncinato



ROLL (radio occult lesion localisation)

- lesione non palpabile
- iniezione di tracciante
- rilevamento mediante probe
- tecnezio 99 coniugato con molecole di macroaggregati di albumina colloidale



PREVENZIONE TERZIARIA

- Ridurre la morbilità di una neoplasia in atto
- Chemio-prevenzione

Trattamento pluridisciplinare del ca mammario



CHIRURGIA

RADIOTERAPIA

Post-operatoria

Pre-operatoria

CHEMIOTERAPIA

ORMONOTERAPIA

Trattamento pluridisciplinare del ca mammario



Il trattamento chirurgico del carcinoma mammario comprende :

- terapia loco-regionale
- terapia sistemica

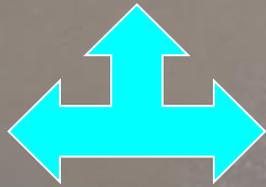
TERAPIA CHIRURGICA DEL CARCINOMA MAMMARIO



LOCALE



MAMMELLA



Chirurgia
Conservativa + RT

Chirurgia
demolitiva

Chirurgia plastico-ricostruttiva

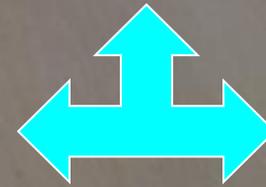


Prof. V. Minutolo

REGIONALE



LINFONODI ASCELLARI



LS

Linfectomia

Trattamento pluridisciplinare del ca mammario



Chirurgia demolitiva

La mastectomia radicale codificata da Halsted nel 1894 è rimasta invariata per quasi un secolo



Chirurgia demolitiva

HALSTED

Mastectomia radicale

Exeresi della ghiandola e della cute

Exeresi del grande e piccolo pettorale

Svuotamento del cavo ascellare

Chiusura con innesto cutaneo

BUCALOSSI

Mastectomia radicale allargata

Exeresi della ghiandola e della cute

Exeresi del grande e piccolo pettorale

Svuotamento del cavo ascellare

Chiusura con innesto cutaneo

Exeresi dei linfonodi mammari interni



Chirurgia demolitiva

Negli anni '60 si è fatta strada un'impostazione diversa :

- meno demolitiva
- più rispettosa dell'immagine corporea

Trattamento pluridisciplinare del ca mammario



Affermazione di Patey :

“ è importante non solo la quantità ma anche la qualità di vita”

Trattamento pluridisciplinare del ca mammario



Sviluppo tecnologico

Diagnosi precoce



Chirurgia conservativa



Qualità di vita

LINFONODO SENTINELLA



Chirurgia conservativa

Consiste nell'escissione in blocco di :

- porzione di tessuto mammario contenente il tumore
- losanga di cute soprastante
- fascia muscolare sottostante

QUADRANTECTOMIA

LINFONODO SENTINELLA



Chirurgia conservativa

L'approccio chirurgico è integrato da :

- radioterapia esterna post-operatoria
- radioterapia intraoperatoria (I.O.R.T.)



TERAPIA REGIONALE

- Linfectomia ascellare completa
- Linfectomia ascellare limitata (sampling)
- Linfonodo sentinella



LINFECTOMIA ASCELLARE

La dissezione ascellare completa è parte integrante nel trattamento del carcinoma mammario



LINFECTOMIA ASCELLARE

Lo stato di malattia dei linfonodi ascellari è il più importante fattore prognostico nel carcinoma mammario



LINFECTOMIA ASCELLARE

Lo stato dei linfonodi ascellari è il fattore prognostico più importante correlato con il numero dei linfonodi interessati

N	Sopravvivenza a 10 anni
0	80%
1	70%
3	40%



LINFECTOMIA ASCELLARE

La metastatizzazione ascellare è in stretto rapporto con le dimensioni della neoplasia e con la sua localizzazione

T1a	3-10%
T3	70%
QSE	55%



LINFECTOMIA ASCELLARE

Metastatizzazione ascellare

I LIVELLO	95-98%
II LIVELLO	2-3%
III LIVELLO	0,5-1%



LINFECTOMIA ASCELLARE

Ancora oggi si eseguono molte linfectomie ascellari complete in una elevata percentuale di pazienti nei quali non sarebbe necessaria



LINFECTOMIA ASCELLARE

COMPLICANZE

- Linfedema (5 -40% dei casi)
- Sieromi
- Sindromi parestesiche

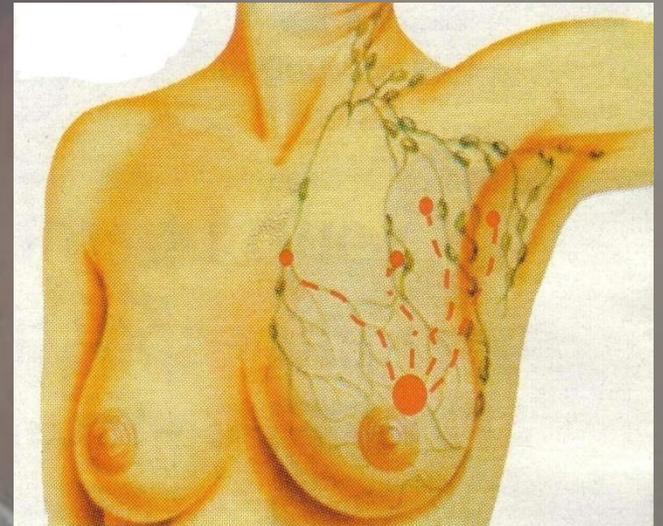


LINFONODO SENTINELLA

- Revisione critica alla L.A.
- Ridotta importanza predittiva dello stato linfonodale ascellare
- Valutazione di altri parametri clinici e biologici
- Irrilevanza terapeutica della L.A.
- Complicanze della L.A.

LINFONODO SENTINELLA

PRIMA STAZIONE DI
DRENAGGIO LINFATICO
DIRETTO DELL'AREA
GHIANDOLORE NELLA QUALE
E' LOCALIZZATO IL TUMORE
MAMMARIO





LINFONODO SENTINELLA

Analisi del primo linfonodo drenante che riceve la linfa dall'area interessata dal tumore



LINFONODO SENTINELLA

- **EVITA LA DISSEZIONE ASCELLARE (L.S. negativo)**
- **RAPPRESENTA UN ULTERIORE PROGRESSO**
- **NEL TRATTAMENTO SEMPRE MENO AGGRESSIVO DEL CARCINOMA MAMMARIO**



LINFONODO SENTINELLA

TECNICA

- *PATENT BLU DYE*
- *BLU ISOSOEFANO*
- *BLU DI METILENE*
- **TRACCIANTE RADIOATTIVO (Tecnezio 99)**



LINFONODO SENTINELLA

TECNICA

La ricerca intraoperatoria del linfonodo verrà attuata con l'ausilio di una sonda manuale :

- **GAMMA- PROBE**



LINFONODO SENTINELLA

RILEVAZIONE DELLA
RADIOATTIVITA' CON
“ *PROBE* “ IN SEDE
INTRAOPERATORIA



LINFONODO SENTINELLA

VANTAGGI

Ottenere informazioni accurate e attendibili sulla situazione linfonodale, senza la morbidità associata ad una linfadenectomia radicale.



LINFONODO SENTINELLA

- NON NECESSARIO DRENAGGIO
- ATTIVITA' FISICA PIU' PRECOCE
- TERAPIE COMPLEMENTARI PIU' PRECOCI
- NON LINFEDEMA



LINFONODO SENTINELLA

CONTROINDICAZIONI

- LINFONODI CLINICAMENTE POSITIVI
- CHEMIOTERAPIA PREOPERATORIA
- ALLERGIE
- GRAVIDANZA
- PRECEDENTI PROC. CHIRURGICHE ASCELLARI
- MULTICENTRICITA'
- PRECEDENTE IRRADIAZIONE



LINFONODO SENTINELLA

Fondamentale dovrà essere:

- **FRANCO COLLOQUIO CON LA PAZIENTE**
- **AQUISIZIONE DI CONSENSO INFORMATO DEDICATO**



LINFONODO SENTINELLA

STRETTA COLLABORAZIONE
CON:

- CHIRURGO
- MEDICO NUCLEARE
- ANATOMOPATOLOGO



ALGORITMO DELLE MASSE PALPABILI





ALGORITMO DELLE LESIONI NON PALPABILI





BREAST UNIT

unità operativa specialistica con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali

GIC : gruppo interdisciplinare di cura

PRESUPPOSTI

- ***iter diagnostico-terapeutico disagevole e dispersivo per le pazienti con carcinoma della mammella, a causa della mancanza di coordinamento tra i vari specialisti (utilizzo di protocolli diversi)***
- ***evidenze in letteratura circa la maggiore sopravvivenza a 5 anni delle pazienti trattate presso servizi specialistici di senologia (Roohan 1998)***



BREAST UNIT

FINALITÀ

Creazione di un team multi-interdisciplinare di specialisti con

- competenze specifiche in campo senologico*
- univocità di impostazione terapeutica*

*Possibilità di eseguire tutto l'iter diagnostico-terapeutico
in un'unica sede*

LINFONODO SENTINELLA



CONCLUSIONI

I risultati del trattamento conservativo, rispetto ai trattamenti radicali, sono :

- Uguale sopravvivenza
- Migliore risultato estetico
- Migliore qualità di vita

LINFONODO SENTINELLA



CONCLUSIONI

La prevenzione è l'unica arma disponibile per sconfiggere la malattia e/o migliorare la qualità di vita delle pazienti