



La chirurgia conservativa e demolitiva

prof. Augusto Lombardi

Facoltà di Medicina e Psicologia
Dipartimento di Scienze Medico-
Chirurgiche e Medicina Traslazionale



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Master di II livello in Senologia

(Direttore prof. A. Lombardi)

Unità di Chirurgia Senologica

(Responsabile prof. C. Amanti)



**CORSO DI FORMAZIONE
VOLONTARI OPERANTI
NEI COMITATI A.N.D.O.S.**

Università La Sapienza,
Facoltà di Medicina e Psicologia,
Aula I, Via dei Marsi, 78 - Roma
Roma, 25 novembre 2017

Riassunto delle puntate precedenti...



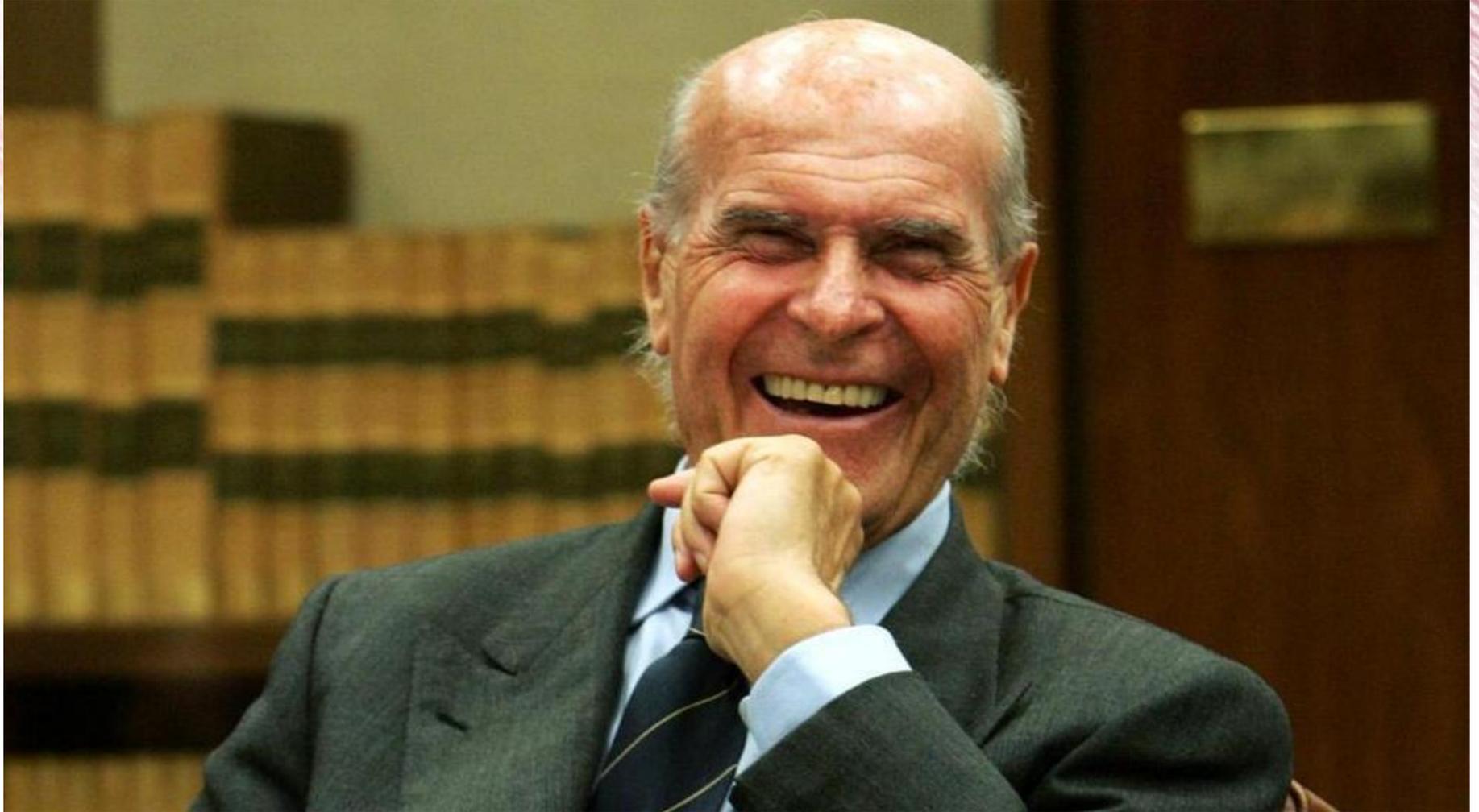
- 2012-2016:
 - Chirurgia oncoplastica
 - Lesioni non palpabili (metodi di centraggio: ROLL)
 - Gestione dell'ascella (ACOSOG Z0011 ed altri trial)
 - Breast Unit e novità normative (Decreto regionale)
 - Sottotipi molecolari (Personalizzazione delle cure)
 - Mastectomie conservative (ossimoro!)
 - Mastectomie profilattiche

- 2017 ???

QUART vs Halsted: Trial Milano I (1973 – 1980, 701 paz.)

QUART vs TART: Trial Milano II (1985 -1987, 705 paz.)

QUART vs Quadrantectomia: Trial Milano III (1988 – 1989, 567 paz.)



Il nostro “gold standard” rimane la Chirurgia conservativa, ma a volte è proprio necessario eseguire una mastectomia...

- L'area tumorale è troppo ampia per essere rimossa con un risultato cosmetico accettabile (compresi i casi di multicentricità)
- Circostanze che possono impedire la successiva radioterapia (es. trattamenti precedenti)
- Margini *persistentemente* positivi

Anita Mamtani and Monica Morrow

Breast Service, Department of Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, New York 10065; email: morrowm@mskcc.org

Il problema dei MARGINI oggi!

- **FREE:** absence of infiltrating in situ component
- **CLOSE:** less than 1 mm
- **POSITIVE:** for extension



Ann Surg Oncol
DOI 10.1245/s10434-014-3480-5

Annals of
SURGICAL ONCOLOGY
OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY

ORIGINAL ARTICLE – BREAST ONCOLOGY

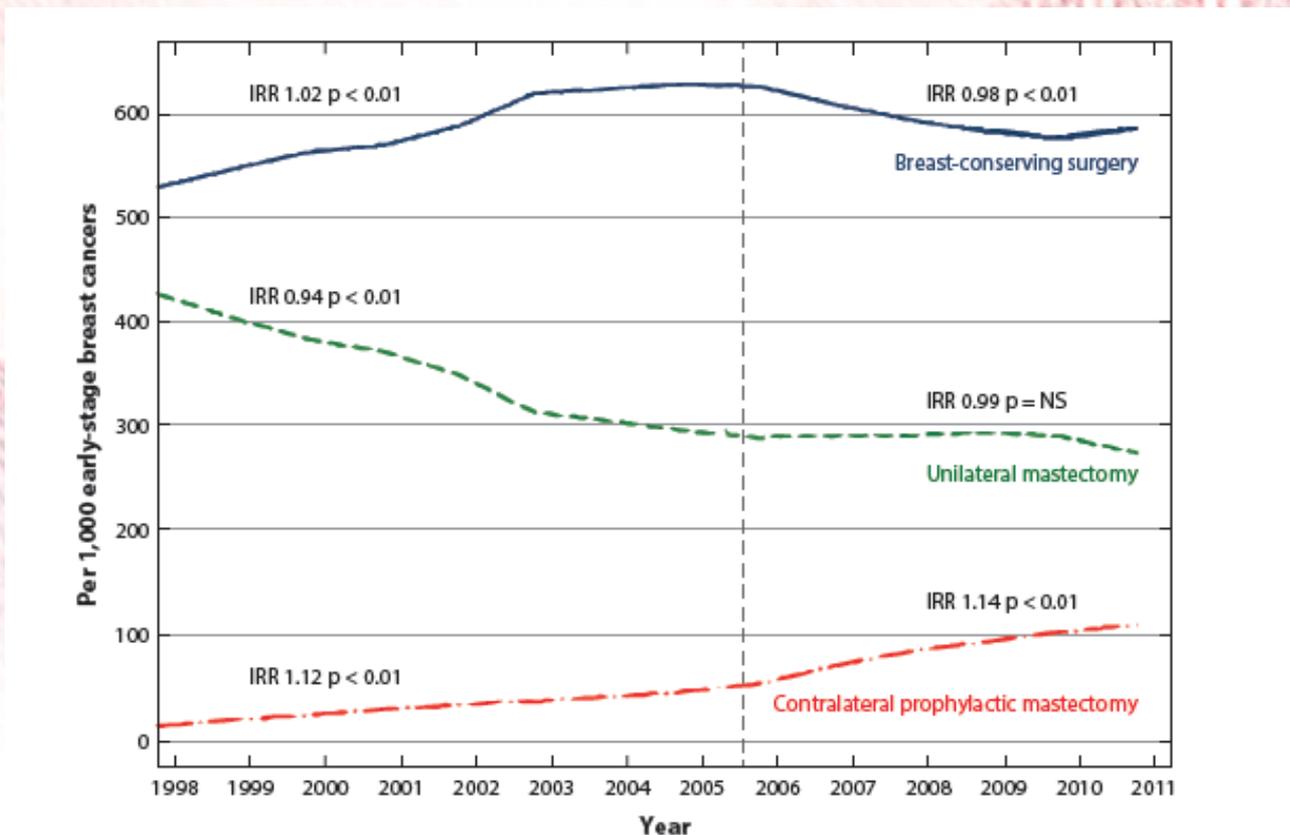
The Association of Surgical Margins and Local Recurrence in Women with Early-Stage Invasive Breast Cancer Treated with Breast-Conserving Therapy: A Meta-Analysis

Nehmat Houssami, MD, PhD¹, Petra Macaskill, PhD¹, M. Luke Marinovich, MPH¹, and Monica Morrow, MD²

¹Screening and Test Evaluation Program (STEP), School of Public Health (A27), Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia; ²Breast Service, Department of Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY

NO INK ON TUMOR!!!

Tendenza della Chirurgia nel tumore mammario precoce



4. Albornoz CR, Matros E, Lee CN, et al. 2015. Bilateral mastectomy versus breast-conserving surgery for early-stage breast cancer: the role of breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 135:1518-26

Mastectomie Profilattiche

- Donne BRCA mutate (OK!)
- Mastectomia Profilattica Controlaterale (CPM) in paziente non mutata con tumore monolaterale (?)



Gestione dell'ascella

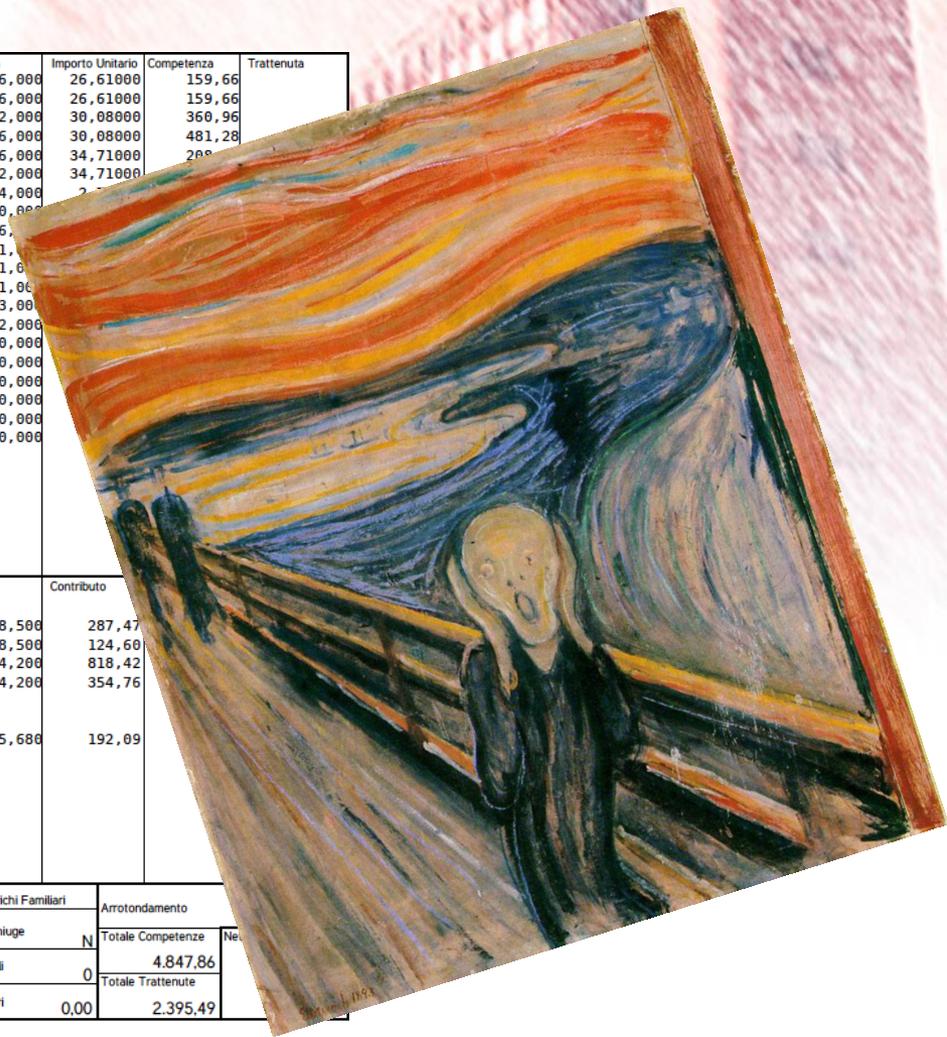
- Lo stato dei linfonodi ascellari permane un importantissimo fattore prognostico
- Il gold standard per la stadiazione è la Biopsia del Linfonodo Sentinella se l'ascella è clinicamente negativa
- La linfadenectomia ascellare può essere omessa in caso di LS micrometastatico
- Ancora discussa la gestione in caso di LS macrometastatico

Novità 2017

The screenshot shows the AJCC website homepage. At the top left is the AJCC logo with the tagline "Validating science. Improving patient care." To the right is a search bar and a phone number: (312) 202-5205. A navigation bar contains links for "Cancer Staging System", "8th Edition Implementation", "API", "Education", "CS", and "About Us". The main content area features a large banner with a microscopic view of cells and the text "Updated Breast Chapter for 8th Edition". To the right of the banner is a product card for the "AJCC Cancer Staging Manual Eighth Edition" with a "Purchase Here" button and a small image of the manual's cover.

2017 - Novità

Voce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Descrizione	Quantità	Importo Unitario	Competenza	Trattenuta	
210C	*	*	*	*							LAVORO STRAORDINARIO DIURNO 07/17	6,000	26,61000	159,66		
210C	*	*	*	*							LAVORO STRAORDINARIO DIURNO 08/17	6,000	26,61000	159,66		
211C	*	*	*	*							LAV. STR. NOTTURNO 0 FESTIVO 07/17	12,000	30,08000	360,96		
211C	*	*	*	*							LAV. STR. NOTTURNO 0 FESTIVO 08/17	16,000	30,08000	481,28		
212C	*	*	*	*							LAV. STR. FESTIVO NOTTURNO 07/17	6,000	34,71000	208,26		
212C	*	*	*	*							LAV. STR. FESTIVO NOTTURNO 08/17	2,000	34,71000	69,42		
213C	*	*	*	*							IND. NOTTE - IMP. ORARIO 09/17	24,000	7,20000	172,80		
213R	*	*	*	*							IND. NOTTE - IMP. ORARIO 07/17	10,000	7,20000	72,00		
213R	*	*	*	*							IND. NOTTE - IMP. ORARIO 08/17	16,000	7,20000	115,20		
219C	*	*	*	*							INDENNITA' TURNO FESTIVO 09/17	1,000	1,00000	1,00		
219R	*	*	*	*							INDENNITA' TURNO FESTIVO 07/17	1,000	1,00000	1,00		
219R	*	*	*	*							INDENNITA' TURNO FESTIVO 08/17	1,000	1,00000	1,00		
316C	*	*	*	*							GETTONE GUARDIA 09/17	3,000	1,00000	3,00		
316R	*	*	*	*							GETTONE GUARDIA 08/17	2,000	1,00000	2,00		
4818	*	*	*	*	*						EX INDENNITA' L761/79 P.M	30,000	1,00000	30,00		
4819	*	*	*	*	*						IND.DI POSIZIONE UNIVERSITARI	30,000	1,00000	30,00		
4820	*	*	*	*	*						INTEGR.IND.POS.CCNL 2002-2005	30,000	1,00000	30,00		
4821	*	*	*	*	*						INTEGR.IND.POS.CCNL 2006-2009	30,000	1,00000	30,00		
4826	*	*	*	*	*						IND. DI ESCLUSIVITA' UNIV.	30,000	1,00000	30,00		
4830	*	*	*	*	*						INTEGR.IND.POS.CCNL 2008-2009	30,000	1,00000	30,00		
DETRAZIONI MENSILI: -ALTRE 0,00 - CONIUGE 0,00 - FIGLI 0,00 - ALTRI FAM. 0,00																
REDDITO COMPLESSIVO: -Mensile 4.302,40 Progressivo: 38.815,09																
Riferimento	Descrizione										Imponibile	% Ente	Contributo			
1	I.R.P.E.F.										4.302,40					
2	I.R.A.P.										3.381,92	8,500	287,47			
2-C	I.R.A.P.										1.465,94	8,500	124,60			
3	TESORO UNIVERSITARI										3.381,92	24,200	818,42			
3-C	TESORO UNIVERSITARI										1.465,94	24,200	354,76			
4	F.DO CREDITO UNIVERSITARI										3.381,92					
4-C	F.DO CREDITO UNIVERSITARI										1.465,94					
5	OPERA PREV.LE SU STIP.										3.381,92	5,680	192,09			
Progressivi Fiscali anno in corso													Carichi Familiari		Arrotondamento	
Azienda	Altri enti		Tass. separata	T.F.R.		Addizionale		Detrazioni		Carichi Familiari		Arrotondamento				
Imponibile	Imponibile		Imponibile	Imponibile		Regionale		Azienda		Coniuge		Totale Competenze				
38.815,09	0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		N		4.847,86				
Importo	Importo		Importo	Importo		Comunale		Altri Enti		Figli		Totale Trattenute				
16.690,50	0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0		2.395,49				



Referto istologico

SCHEDA IMMUNOISTOCHIMICA

DIAGNOSI:

Recettore per l'Estrogeno (clone EP1)

Percentuale di cellule positive: >90

Recettore per il Progesterone (clone PgR 1294)

Percentuale di cellule positive: >90

Indice di Proliferazione (clone MIB-1)

Percentuale di cellule positive: 9

p53(clone DO-7)

Percentuale di cellule positive: 5



MATERIALE ACCETTATO:

A-Mammella sinistra

B-Fascia sottostante la lesione mammella sinistra

C-Mammella destra

D-Dotti retroareolari mammella sinistra, definitivo esame intraoperatorio n°338/17

DESCRIZIONE MACROSCOPICA:

A) Mammella di sinistra delle dimensioni di cm 18x18x4, rivestita da losanga di cute delle dimensioni di cm 4.5x3 con soluzione di continuo centrale e priva di complesso areola-capezzolo, e orientata mediante repere che indica il "prolungamento ascellare". Al taglio il tessuto mammario è ben rappresentato, bianco-lucente e compatto. In corrispondenza del QSI è presente un'area di tessuto disomogeneo e granulare al tatto, con striature emorragiche, a margini mal definiti, del diametro massimo di cm 3.5 che giunge a ridosso del MRP e a cm 0.2 dal MRSuperficiale. Procedendo in direzione medio-laterale, nel QSC, a cm 3 dall'area descritta, è presente un'area nastriforme di tessuto di colorito brunastro della lunghezza di cm 1.1 che dista cm 0.2 dal MRSuperficiale. Procedendo ancora in direzione medio-laterale, nel QIE, a 5 cm da quest'ultima, è presente un'area emorragica, a margini irregolari, del diametro massimo di cm 2 che dista cm 0.3 dal MRSuperficiale.

In giallo MRP, in verde MRSuperficiale

B) Frammento di tessuto delle dimensioni di cm 3.7x0.6x0.3.

C) Mammella di destra delle dimensioni di cm 18x14x4, rivestita da losanga di cute delle dimensioni di cm 4.5x3 con soluzione di continuo centrale e priva di complesso areola-capezzolo, e orientata mediante repere che indica il "prolungamento ascellare". Al taglio il tessuto mammario è

ben rappresentato, bianco-lucente e compatto in assenza di lesioni focali.

In giallo MRP, in verde regione retroareolare.

D) Frammento di tessuto delle dimensioni di cm 1.8x1.2 (vedi anche esame intraoperatorio n° E338/17).

Campionamento:

1) B, tutto incluso;

2) D, definitivo estemporanea;

3-4) C, QSI

5-6) C, QUI;

7-8) C, QSE;

9-10) C, QIE;

11-12) C, regione retroareolare;

13-27) A, area di cm 3.5 nel QSI, tutta inclusa;

28-30) A, area di cm 1.1 nel QSC, tutta inclusa;

31-33) A, area di cm 2 nel QIE, tutta inclusa.

DIAGNOSI:

A, B, D) Carcinoma infiltrante della mammella di tipo duttale (E-Cadherin+), NOS, moderatamente differenziato (G2) del diametro massimo di cm 1.3 (pT1c) insorto nel contesto di diffusa neoplasia intraduttale di grado 3 (DIN 3) di tipo papillare, micropapillare, solido e comedonico. Sono presenti immagini di embolizzazione vascolare (LV1). I dotti retroareolari, negativi all'esame istologico intraoperatorio (vedi referto n° E338/17) che si conferma, in sezioni profonde, ad un margine presentano un focolaio di neoplasia intraduttale ben differenziata (DINIC) di tipo micropapillare. Margini di resezione e fascia esenti da infiltrazione neoplastica.

C) Parenchima mammario sede di adenosi e di focolai di iperplasia duttale usuale.

pT1c pN1mi(sn I+) (vedi ref. esame istologico n°3703/17) G2

Anatomic Stage Group sec. AJCC 2017

Prognostic Stage Group sec. AJCC 2017

LV1

IB

IA

c-erbB 2/neu(definito con colorazione immunohistochemica con anticorpo policlonale c-erbB-2 DAKO):
negativo ASCO/CAP 2013
Positività di membrana debole e discontinua in una percentuale di cellule superiore al 10% (+1)

2017 - Carcinoma della mammella in gravidanza

Definizione

- Carcinoma della mammella è il tumore più comune in gravidanza e nel periodo post-partum
- Tumori diagnosticati nel corso della gravidanza, durante l'allattamento e quelli rilevati entro 1 anno dal parto
- Tumore più frequente nelle donne dei paesi industrializzati



Carcinoma della mammella in gravidanza

- Incidenza 1 su 3000 donne in gravidanza
- Età media 32-38 anni
- Sia l'età che l'incidenza del tumore mammario associato alla gravidanza è verosimile che possano aumentare nel futuro
- Donne posticipano la gravidanza dopo i 35 anni



Carcinoma della mammella in gravidanza

Clinica e Diagnosi

- Diagnosi: anamnesi, esame obiettivo mammella e linfonodi, esami strumentali e istologia
- Anamnesi: gravidanze, aborti, età della I gravidanza, allattamento, familiarità per carcinoma della mammella ed ovaio, familiarità per altri tumori, terapia farmacologica (ormonale anticoncezionale e sostitutiva), eventuale stimolazione ormonale per fecondazione assistita



Carcinoma della mammella in gravidanza

Clinica e Diagnosi

- Nodulo mammario non dolente, crescita rapida
- Lesione localmente avanzata (aspetti del carcinoma infiammatorio)
- Linfadenopatia ascellare
- Retrazione cutanea
- Retrazione del capezzolo
- Secrezione ematica o purulenta del capezzolo



Carcinoma della mammella in gravidanza

Clinica e Diagnosi

- Diagnosi clinica più difficile rispetto alle pazienti non gravide (fisiologiche modificazioni della mammella)
- Ritardo della diagnosi è comune → ritardo medio riferito tra 5-15 mesi dall'inizio dei sintomi
- Tumori sono individuati tipicamente in fase più avanzata rispetto alla popolazione non gravida e di pari età
- Può aumentare il rischio di metastasi linfonodali



Carcinoma della mammella in gravidanza

Clinica e Diagnosi

- Qualunque nodulo mammario rilevato durante la gravidanza DEVE essere indagato
- Ecografia mammaria (caratteristiche morfologiche, ecogenicità, vascolarizzazione)
- Rx mammografia, previa schermatura addominale anche durante il I trimestre (dose ricevuta dal feto varia a seconda dell'età gestazionale, comunque <4 mGy, dose ben al di sotto del limite di 100 mGy)
- RMN mammella viene considerata sicura, controverso l'utilizzo del m.d.c. gadolinio
- Agoaspirato e/o biopsia possono essere eseguiti durante tutta la gravidanza (avvisare sempre il patologo dello stato materno!)
- Rx torace, ecografia epatica possono essere eseguite
- Scintigrafia ossea sconsigliata in gravidanza

Carcinoma della mammella in gravidanza

Interruzione di gravidanza

- In passato la gravidanza era considerato fattore prognostico sfavorevole
- L'interruzione della gravidanza può essere un'opzione ma di per se non migliora la prognosi della madre
- Il decorso sfavorevole di alcuni casi è legato prevalentemente alla maggiore aggressività della malattia nelle donne più giovani
- Non sono stati dimostrati effetti dannosi sul feto provocati dal tumore alla mammella



Carcinoma della mammella in gravidanza

Trattamento

- Il trattamento materno proposto dovrebbe aderire, nei limiti del possibile, ai protocolli standard dei tumori della mammella non in gravidanza
- E' importante che il trattamento, medico o chirurgico, non venga posticipato dopo il parto a meno che quest'ultimo venga programmato entro 2-4 settimane dalla diagnosi



Carcinoma della mammella in gravidanza

Trattamento Chirurgico e Radioterapia

- Il trattamento chirurgico può essere eseguito durante tutto l'arco della gravidanza, senza che l'anestesia provochi conseguenze negative sul feto
- I farmaci utilizzati per indurre l'anestesia durante l'intervento chirurgico non rientrano nella lista degli agenti teratogeni
- Un'adeguata anestesia è necessaria perché è dimostrato che il dolore può essere fonte scatenante di un travaglio prematuro
- Il trattamento radioterapico successivo ad intervento chirurgico conservativo sulla mammella deve essere eseguito dopo il parto



Carcinoma della mammella in gravidanza

Trattamento medico

- Il trattamento medico può essere indicato come terapia adiuvante, terapia neoadiuvante e trattamento della malattia metastatica
- La decisione di proporre una terapia medica si basa su gli stessi criteri adottati in pazienti non gravide
- Chemioterapia
- Farmaci biologici (sconsigliati)
- Terapia ormonale (sconsigliata)





**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**