

LA CHIRURGIA DEL TUMORE MAMMARIO

Dr.ssa Elisabetta M.C. Rossi

Divisione Senologia Chirurgica IEO



Dati Allarmanti :

- si stima che in Europa
- dove vive solo il 9% della popolazione globale,
- saranno registrati :
 - - 23,4% dei nuovi casi di cancro
 - - 20,3% dei decessi oncologici



L'Italia è al primo posto in Europa per i casi di guarigione da tumori

*I dati sono stati diffusi durante il
17esimo congresso nazionale dell'Aiom
(Associazione Italiana Oncologi Medici)*



Sono oltre due milioni gli italiani che hanno vinto la loro battaglia contro il tumore in questi ultimi 20 anni

Tra il 1990 e il 2007, gli italiani che hanno sconfitto il cancro sono aumentati del 18% (uomini) e del 10% (donne).



Il primato italiano di guarigioni riguarda soprattutto i tumori più frequenti:

- ***colon (60,8% contro 57%),***
- ***seno (85,5% contro 81,8%)***
- ***prostata (88,6% contro 83,4%)***



IL TUMORE AL SENO

*è la prima causa di
morte nelle donne*



EPIDEMIOLOGIA: qualche numero

*Ogni anno ci sono nel mondo
1 milione di nuovi casi di carcinoma
mammario*

250.000 in Europa

50.000 in Italia



Chi colpisce il tumore mammario ?

- 50.000 donne <-> 500 uomini
- Il rapporto è di 100 a 1



- INCIDENZA: in aumento tra le donne giovani
- tra i 35-45 anni -> 100.000 donne
- INCREMENTO ANNUO: 1.3%

*Solo in Italia vengono scoperti
quattro nuovi casi di
malattia ogni ora*



- ogni anno in Italia si ammalano di cancro al seno 50.000 donne (la popolazione di una città come RHO)
- ogni anno in Italia muoiono per cancro al seno 20.000 donne (la popolazione di una città come PARABIAGO)



*L'incidenza del cancro mammario è in aumento
la mortalità per cancro mammario tende a diminuire*

**Donne sotto i 60 anni – 2,5% annuale
Donne sopra i 60 anni – 1% annuale**



***Come possiamo
PREVENIRE il
CANCRO della
mammella ?***



Cosa Possiamo fare?

**Non si può evitare il tumore al seno
Si può solo fare prevenzione con la**

“ *DIAGNOSI PRECOCE* ”



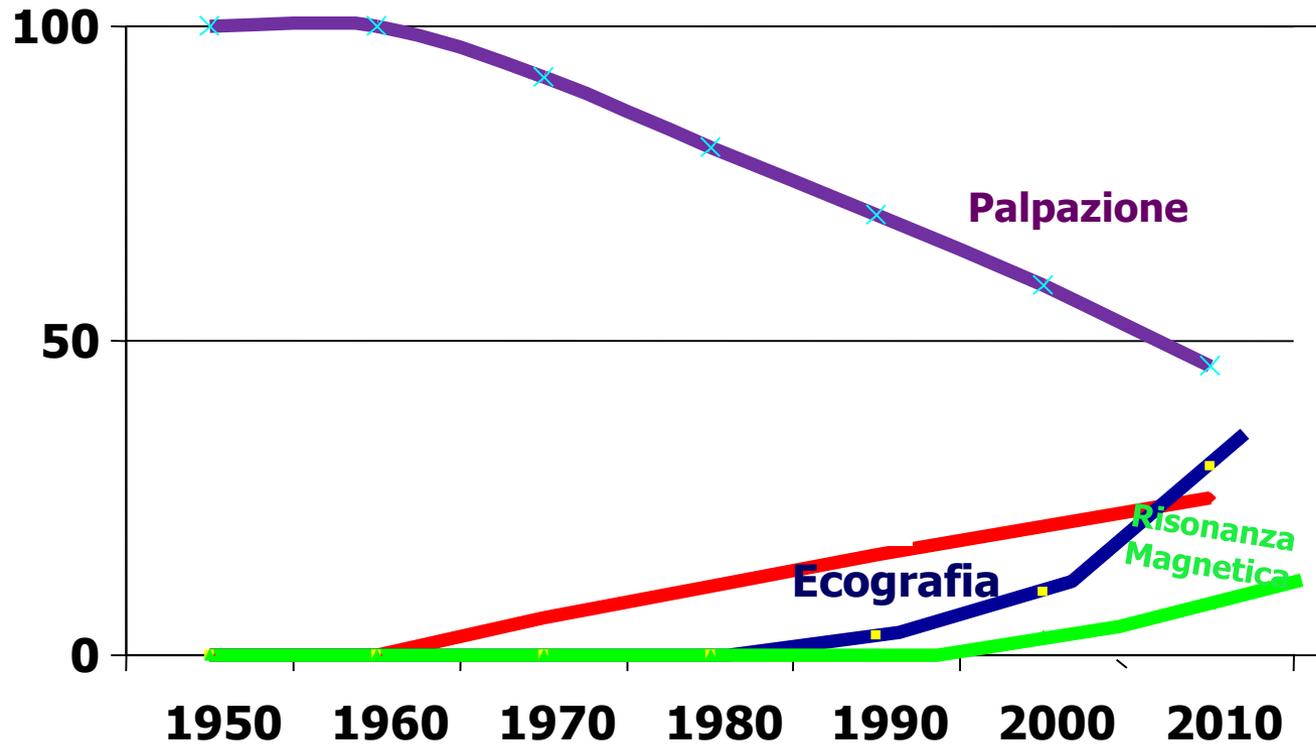
SERVE L'AUTOPALPAZIONE?



**Permette di riconoscere ogni
piccola modifica del nostro corpo**



Come viene scoperto il tumore al seno



L'AUTOPALPAZIONE

- “È una tecnica da applicare nei tempi e nelle occasioni più comode e favorevoli ma con metodica periodicità“
- “Il clinico più sensibile è la stessa paziente”



LA CLINICA

Quanto è ancora importante ?

Secondo una casistica aggiornata a cura dell'

ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA di Milano

il 35% delle Pazienti con diagnosi di neoplasia afferisce per un nodo palpabile, sono soprattutto donne giovani e le dimensioni del nodo sono superiori al cm.



E' sufficiente la visita clinica ?



No!

La maggior parte dei tumori non può essere rilevata dal solo esame clinico



Lesioni mammarie non palpabili

non sempre significa

“meno aggressive”

non sempre significa

“di piccole dimensioni”



INCIDENZA delle lesioni non palpabili

*5 % si trova in donne
asintomatiche*

50% sono lesioni maligne



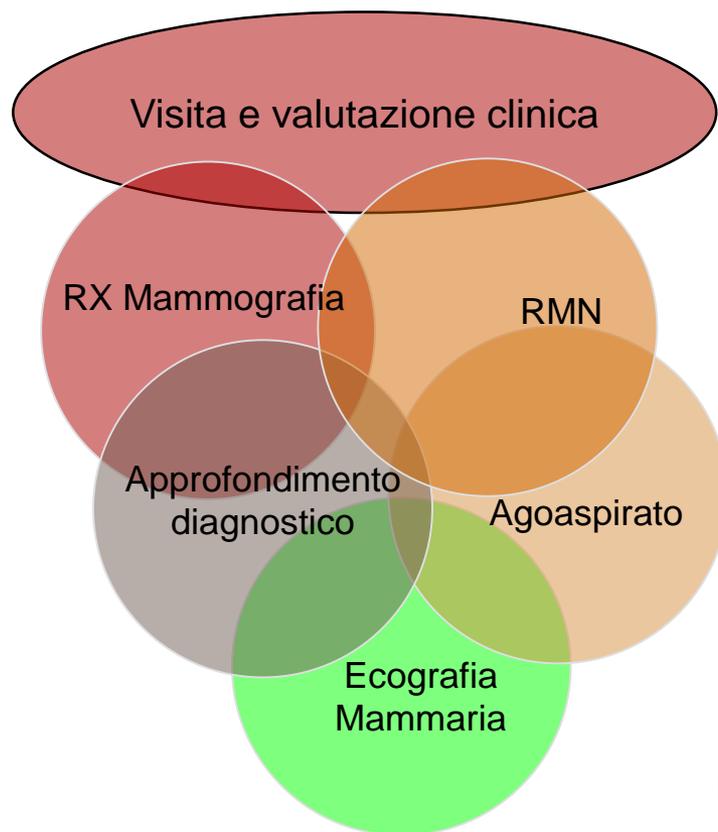
A CHI POSSIAMO RIVOLGERCI ?

“UNITA’ DI SENOLOGIA”

*centri specializzati dove operano
professionisti dedicati alla diagnosi ed
al trattamento del tumore al seno*



Come fare la prevenzione:

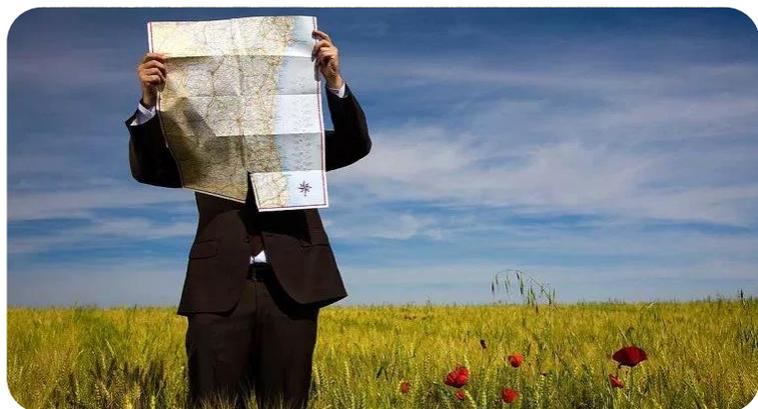


**E' consigliata una
valutazione specialistica di
base a tutte le donne
a partire dai 20 - 25 anni**



“Il senologo”

**darà indicazione alle
indagini strumentali da
effettuarsi a completamento**



**E' consigliata
l'esecuzione di una
ETG mammaria all'anno
a partire dai 25 anni**



Si può smettere di fare i controlli?

No!

L'incidenza del cancro al seno aumenta in modo esponenziale con l'età dopo i 65 anni

E' indicata una visita clinica all'anno con l'esecuzione di una RX mammografia ogni due anni



INCIDENZA per età anagrafica :

SINO A 30 ANNI *1 CASO SU 2500*

SINO A 40 ANNI *1 CASO SU 250*

SINO A 50 ANNI *1 CASO SU 50*

SINO A 60 ANNI *1 CASO SU 25*

SINO A 70 ANNI *1 CASO SU 15*

SINO A 80 ANNI *1 CASO SU 10*



Un messaggio importante:



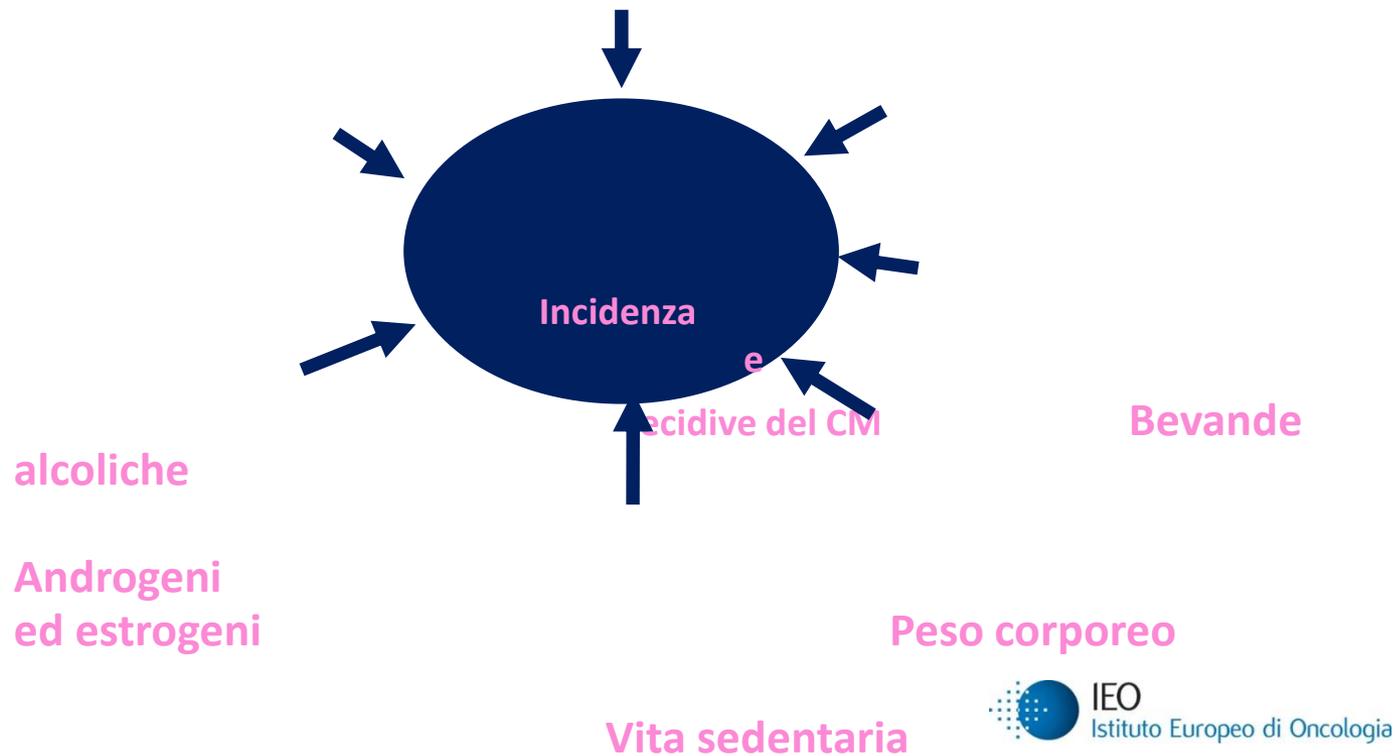
***Considerando
un'età media di 80 anni
una donna su dieci
svilupperà un
carcinoma
della mammella
nell'arco della sua vita***



Quando aumenta il rischio di ammalarsi ?



Fattori di rischio endocrini e metabolici del CM



FAMILIARITA'

- *Al momento rimane il fattore di rischio meglio conosciuto*
- *Stime della percentuale di tumori della mammella associati ad una familiarità variano dal 6% (NURSES' HEALTH STUDY) al 17-19% (UTAH)*



FAMIGLIE A RISCHIO

➤ **MODERATO:**

- ✓ **Pochi casi (<3)**
- ✓ **Assenza di tumori ovaio**
- ✓ **Età alla diagnosi più avanzata**

➤ **ALTO:**

- ✓ **Più casi (>2)**
- ✓ **Possibili tumori ovaio**
- ✓ **Età alla diagnosi più precoce (<45)**



Quando aumenta il rischio...

Il rischio aumenta di 4 volte

quando esiste una storia familiare di almeno

2 consanguinei di 1° grado
(madre, sorella, figlia)

con tumore della mammella soprattutto se diagnosticato prima dei 40 anni



Quando aumenta il rischio...

Il rischio aumenta di 2 volte
in caso di (madre, sorella, figlia) un solo
consanguineo di 1 grado



Oppure **più consanguinee**
di 2 grado (zia, cugina)

con diagnosi di tumore al seno



Si calcola che il 5-7% dei carcinomi mammari siano ereditari

Negli anni '90 sono stati identificati due geni

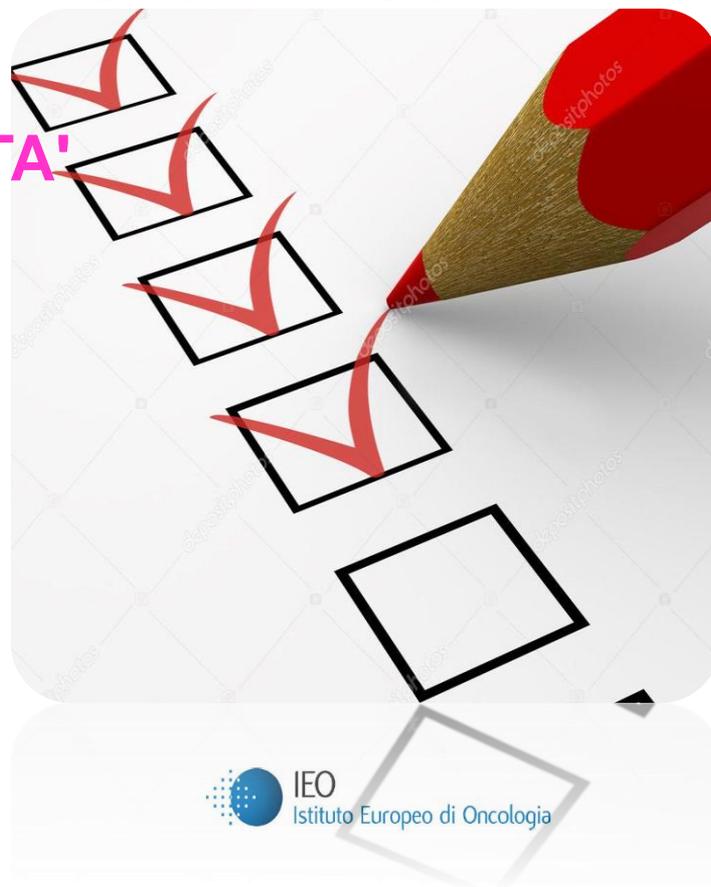
BRCA-1 e BRCA-2

le cui mutazioni sono responsabili delle neoplasie mammarie ereditarie



Il test genetico (IEO):

è possibile eseguire il **TEST GENETICO** con il **SSN** solo dopo la compilazione di un **QUESTIONARIO DI FAMIGLIARITA'** da cui emerge la probabilità di mutazione superiore al 10%



Come si esegue ?



**Il test genetico per la ricerca delle mutazioni di
BRCA-1 e BRCA-2
viene eseguito sul DNA dei linfociti prelevati dal
sangue periferico**



FAMIGLIE AD ALTO RISCHIO

TEST GENETICO POSITIVO

- *INTERVENTI CHIRURGICI PROFILATTICI*
- *CHEMIOPREVENZIONE*
- *STRETTO FOLLOW-UP (DIAGNOSI PRECOCE)*



*Mutazione BRCA1
come aumenta il
RISCHIO DI TUMORE MAMMARIO*

<i>ETA'</i>	<i>R</i>
<i>40</i>	<i>20%</i>
<i>50</i>	<i>51%</i>
<i>70</i>	<i>87%</i>

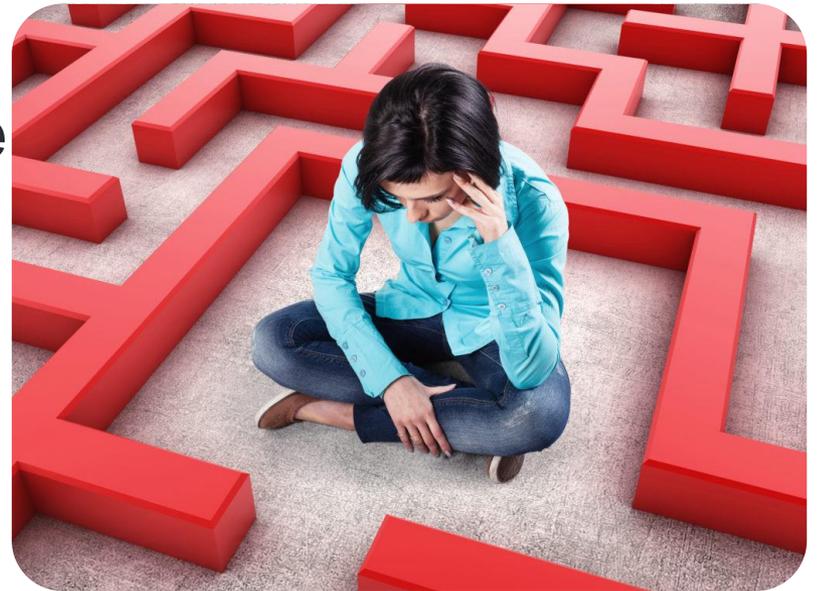


Il problema ?

E' la gestione della Paziente

DOPO

**l'esecuzione del
test genetico**



Il Test genetico :

Determina la predisposizione familiare a sviluppare un carcinoma mammario analizzando le mutazioni genetiche sin'ora conosciute

Non ci dice SE

Non ci dice QUANDO

Stato di ansia



CONSULENZA PSICOLOGICA

INDISPENSABILE :

**Viene coinvolta tutta
la famiglia**



II CONSIGLIO per TUTTI:

**Fare prevenzione con
controlli senologici clinico-
strumentali**

“ DIAGNOSI PRECOCE ”





COMPARSA DI UNO O PIU' NODULI DELLA MAMMELLA

VARIAZIONI DI FORMA DEL SENO

SECREZIONI DAL CAPEZZOLO

*MODIFICAZIONI DELLA PELLE DELLA MAMMELLA : RETRAZIONI O
ISPESSIMENTI CUTANEI.*



**Il tumore mammario
è una malattia**

**Meglio curabile
se
diagnosticata in tempo**



La evoluzione naturale della malattia ci
dice:

Il cancro nasce come patologia locale
limitata alla mammella

ma con il tempo può diventare sistemica
diffusa a tutto l'organismo

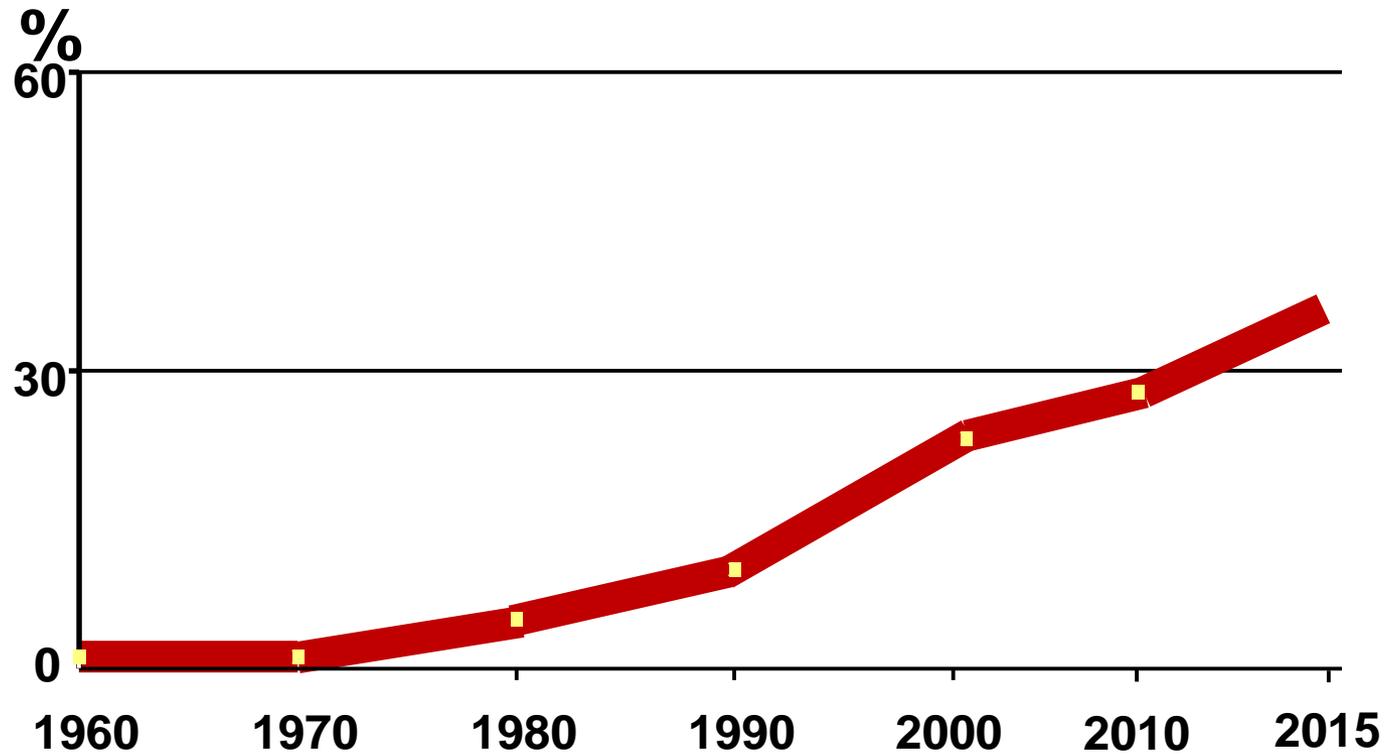


Se la malattia viene scoperta
in una fase iniziale
con tumore di piccole dimensioni

la probabilità di guarigione è
altissima



Tumore non palpabile della mammella



*Quanto è importante il diametro del
tumore?*

Se il tumore misura meno di 1 cm.

**la sopravvivenza a 15 anni
è superiore al 90%**

**Nel 5% dei casi non c'è
invasione dei linfonodi ascellari**

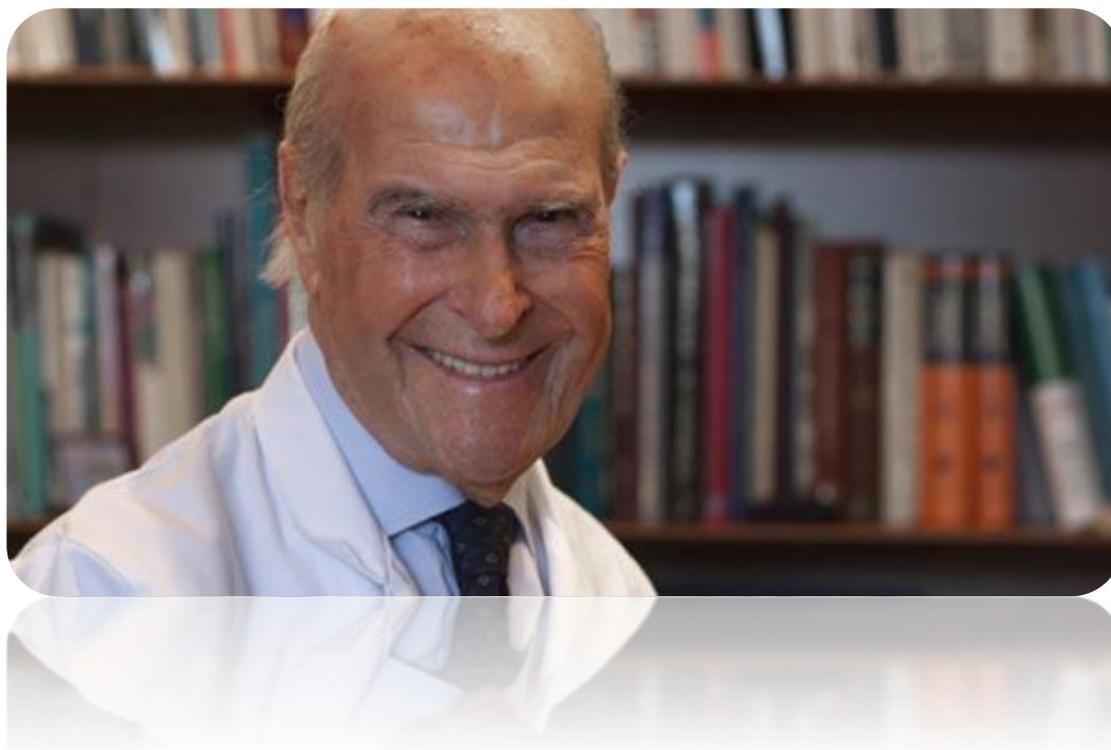


in relazione a
dimensioni del tumore



è possibile eseguire
una chirurgia conservativa





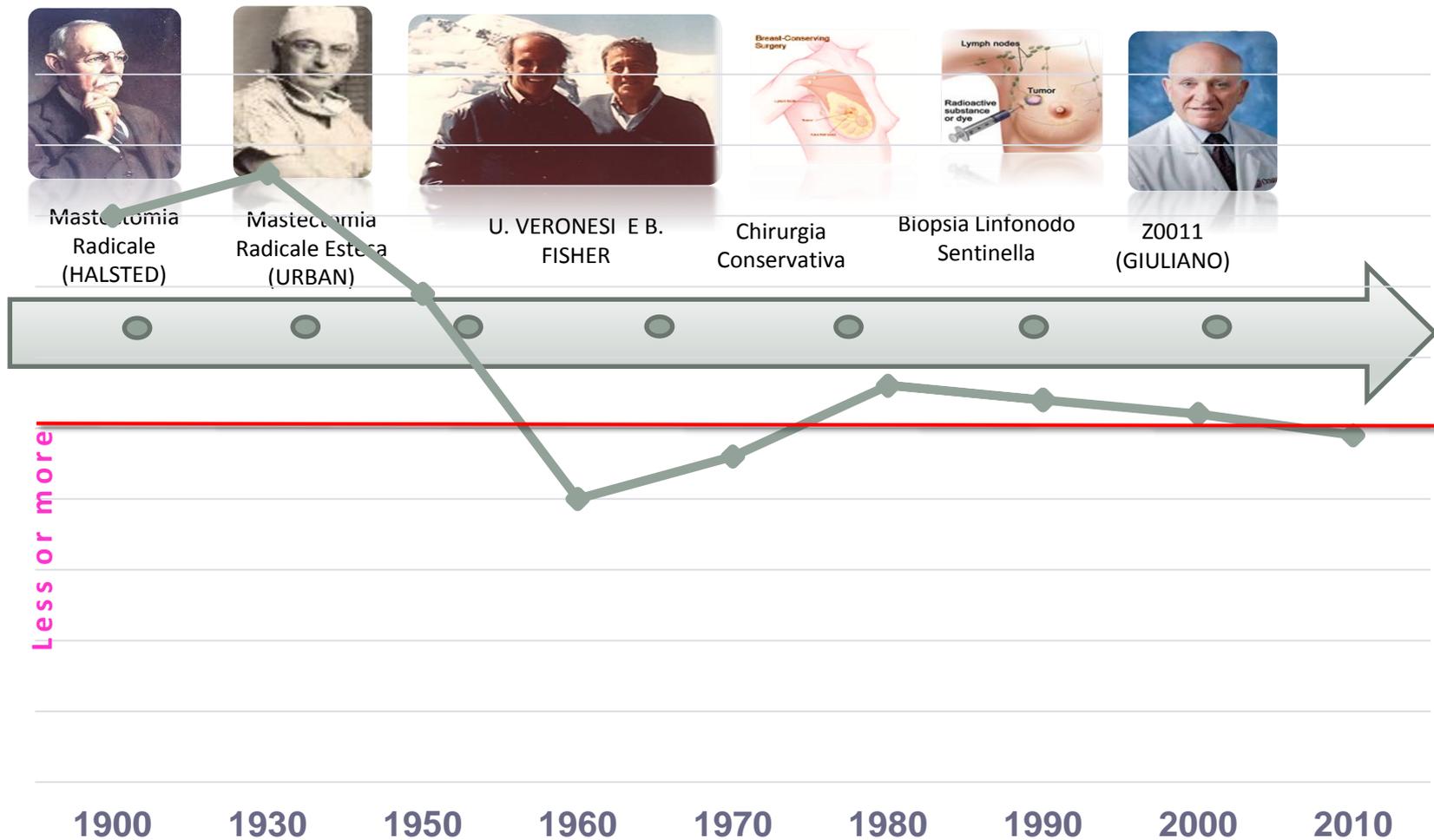
**Dall'idea del
Prof. Umberto
Veronesi
nasce il nuovo
concetto del
trattamento
chirurgico
“minimo ma
efficace”**



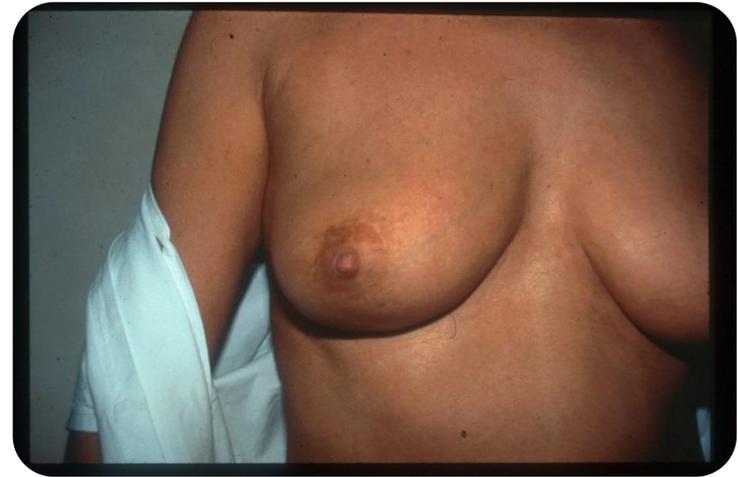
RIVOLUZIONE CLINICA



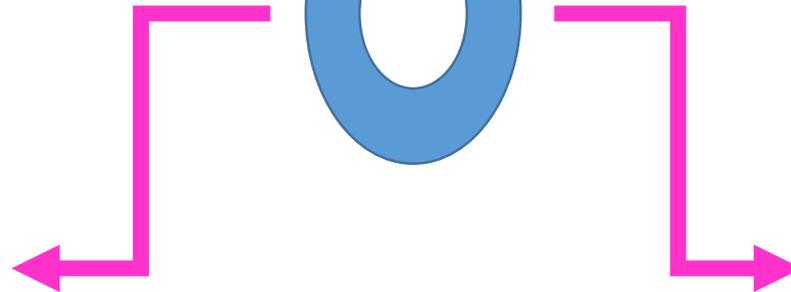
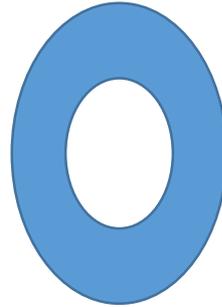
La ricerca di un trattamento chirurgico ottimale per il tumore al seno



Mastectomia Radicale estesa vs Chirurgia Conservativa



*Trial
Milano I
T1 N0*



*Quadrantectomia
+ RT*

Mastectomia

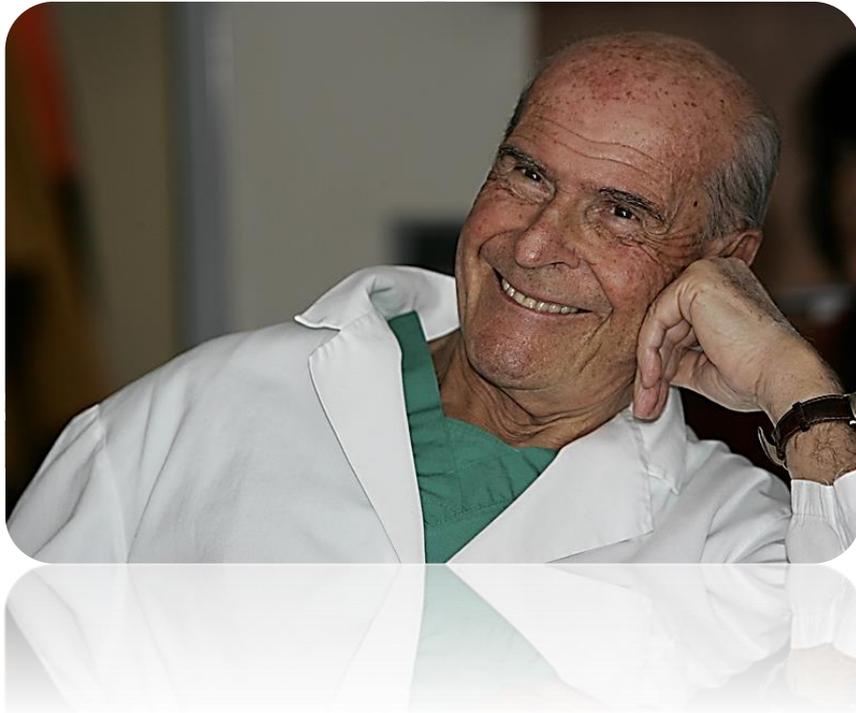


Invasive cancer

Milan Trial at 20 years



Operation	# pts	LR	Breast CA-specific survival
Radical Mastectomy	349	2.3%	76%
Quad/ALND plus RT	352	8.8%	74%

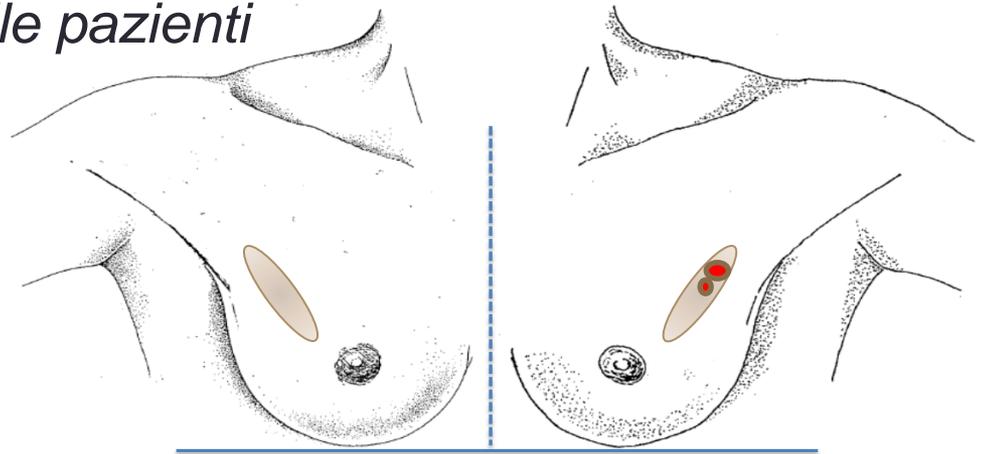


Negli anni 90' Umberto Veronesi ha introdotto il concetto di "mirror quadrantectomy" sviluppato in seguito in un progetto più ampio con lo scopo di allargare la resezione del seno colpito riducendo di conseguenza le dimensioni di quello opposto. Con questa nuova strategia la conservazione del seno è stata applicata anche a pazienti con tumori fino a 5 cm di diametro purchè le dimensioni del seno lo permettano

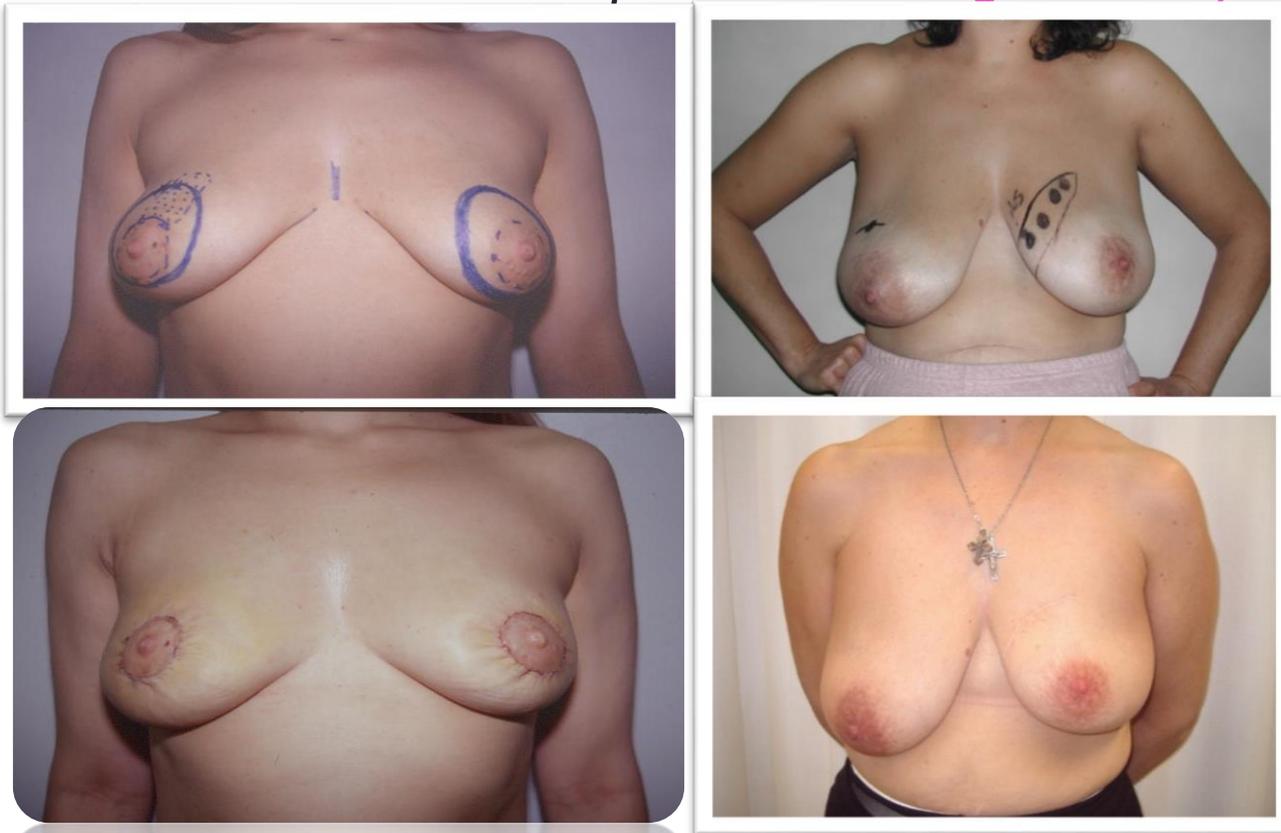


«mirror quadrantectomy»

- *Migliore risultato estetico, rendendo il seno simmetrico*
- *Informazioni sullo stato della mammella controlaterale*
- *Riduzione dell'incidenza di tumore al seno controlaterale - circa il 50% dei carcinomi controlaterale appare nello stesso quadrante come tumore primario*
- *Soddisfazione psicologica delle pazienti*



La «Mirror Quadrantectomy» è stato il seme che ha fatto germogliare una nuova e ormai diffusa disciplina: la Chirurgia «Oncoplastica»



Chirurgia Oncoplastica

Approccio multidisciplinare



Chirurgo
Senologo

Chirurgo Plastico



today
is the
DAY

Quale CHIRURGIA oggi ?



*La lesione deve essere rimossa
con margini adeguati, evitando
però una asportazione eccessiva
di tessuto sano*



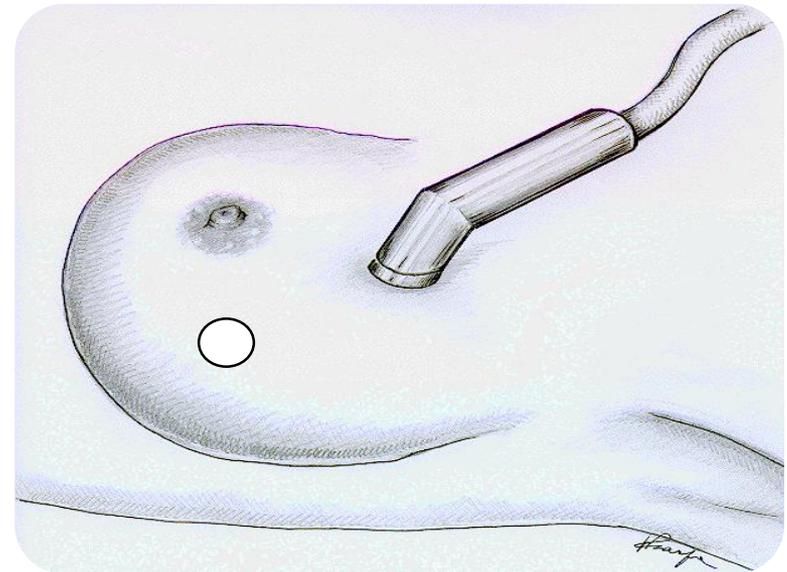
R.O.L.L.

Radioguided

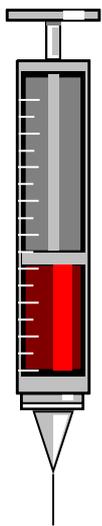
Occult

Lesion

Localization

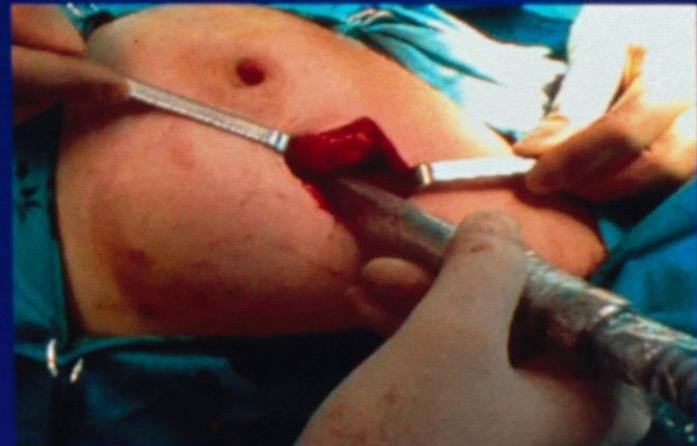


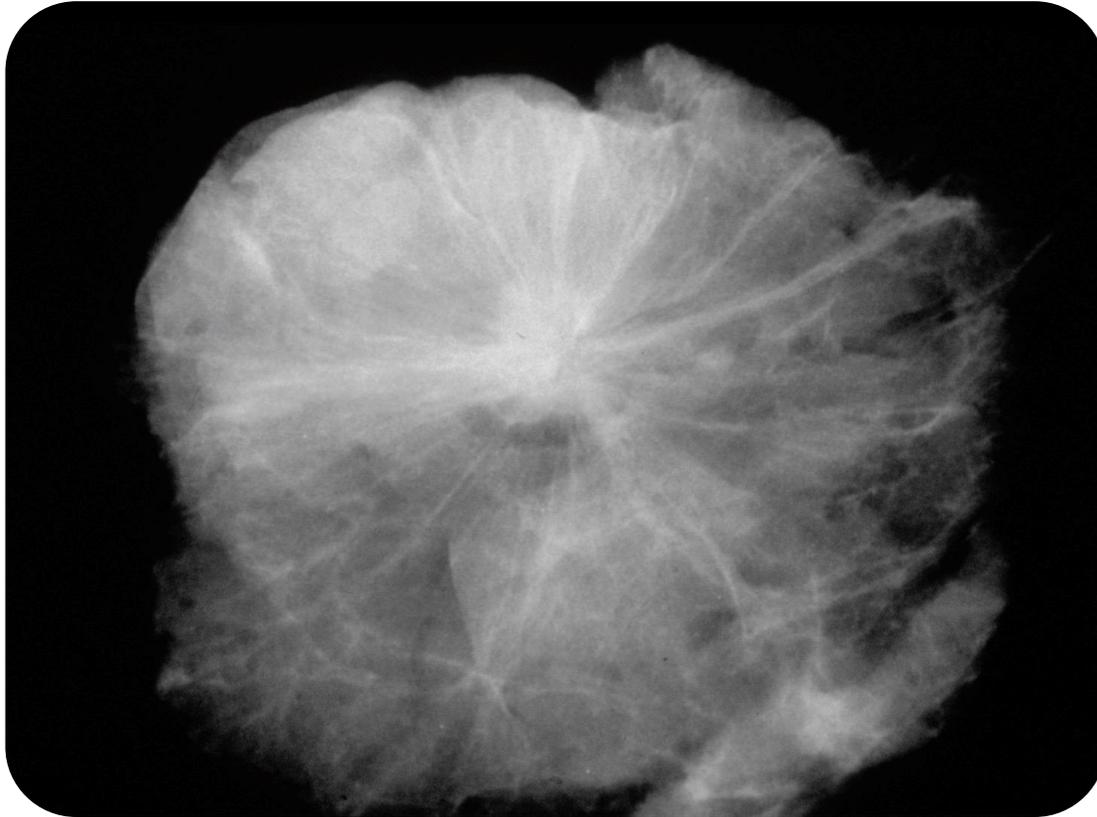
Localizzazione radioguidata delle lesioni occulte (R.O.L.L.)



0.05mg. di macroaggregati di albumina serica (diametro di 10-150 micron) identificati con TC 99 iniettati nella lesione con guida stereotassica o ecografica







COME È CAMBIATA LA CHIRURGIA DEL CARCINOMA MAMMARIO?



Cambio di paradigma nella chirurgia conservativa della mammella

- Negli ultimi anni il concetto di chirurgia conservativa dell'organo si è evoluto nel senso di conservazione dell'immagine e della funzionalità corporea, anche in caso di necessaria asportazione della ghiandola mammaria



**Chirurgia conservativa o
ricostruttiva**

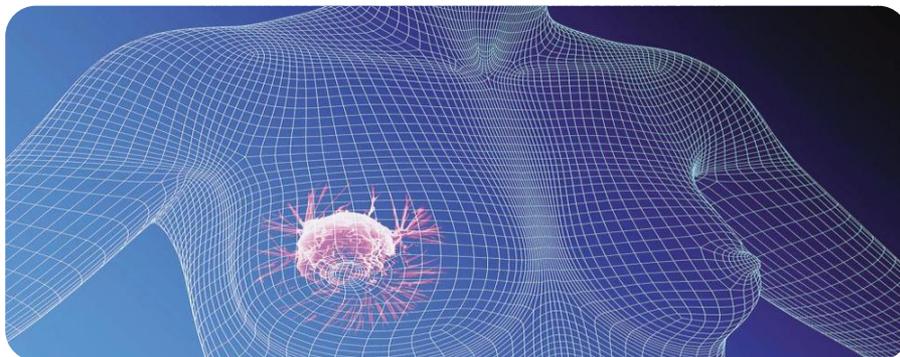


**Conservazione dei
linfonodi ascellari**

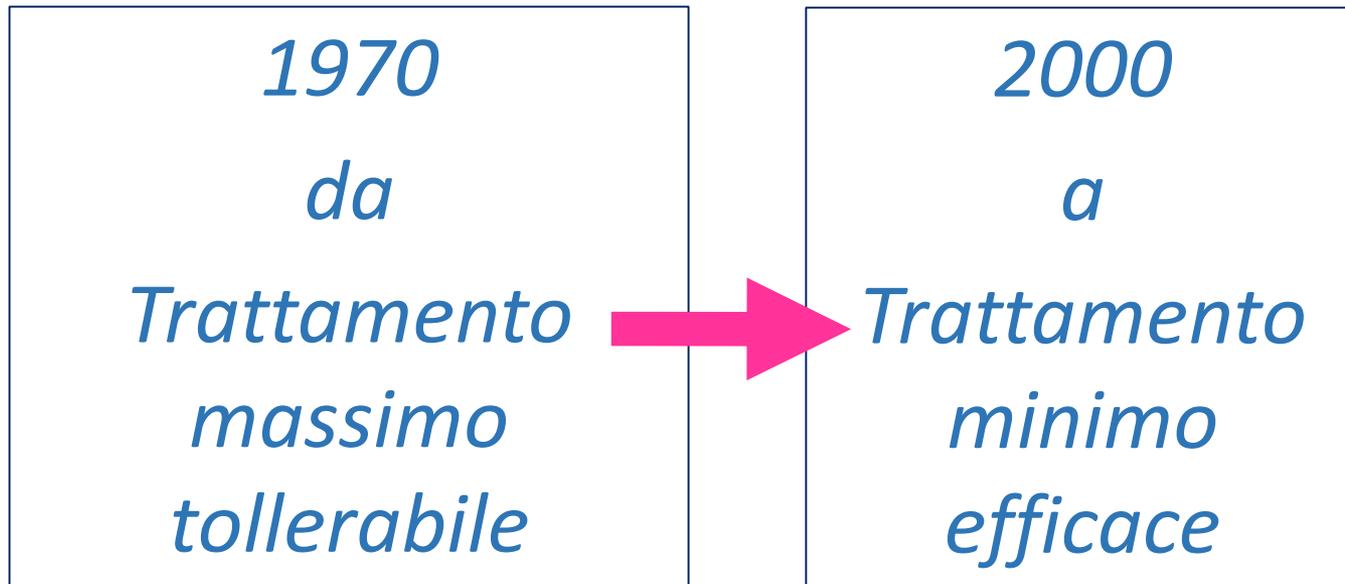


TRATTAMENTO CHIRURGICO

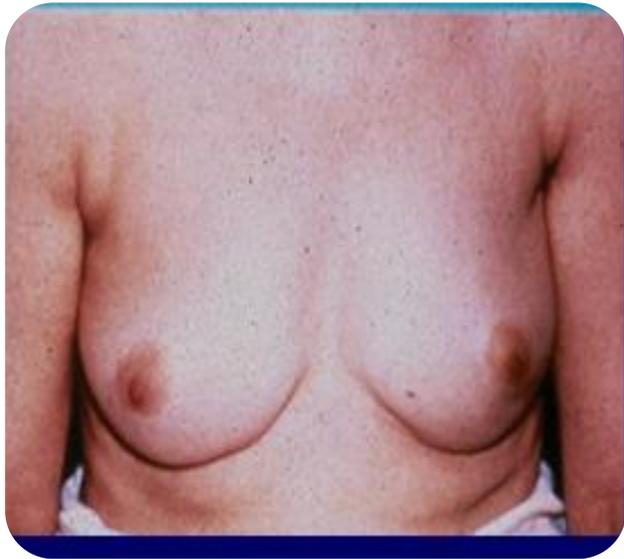
Chirurgia conservativa e ricostruttiva
Conservazione linfonodi ascellari



Nuovi standards nel trattamento loco regionale

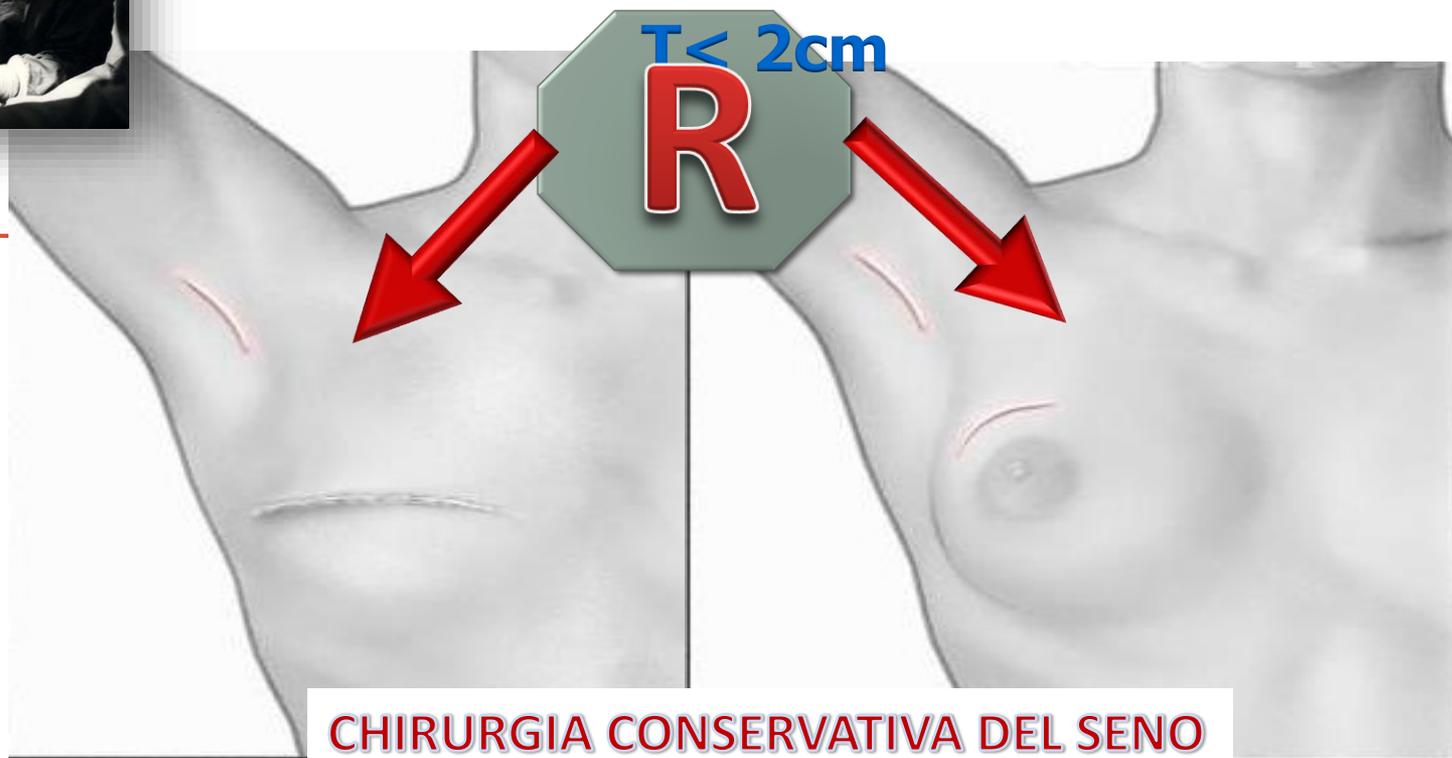


- 1969
- Conservazione del seno

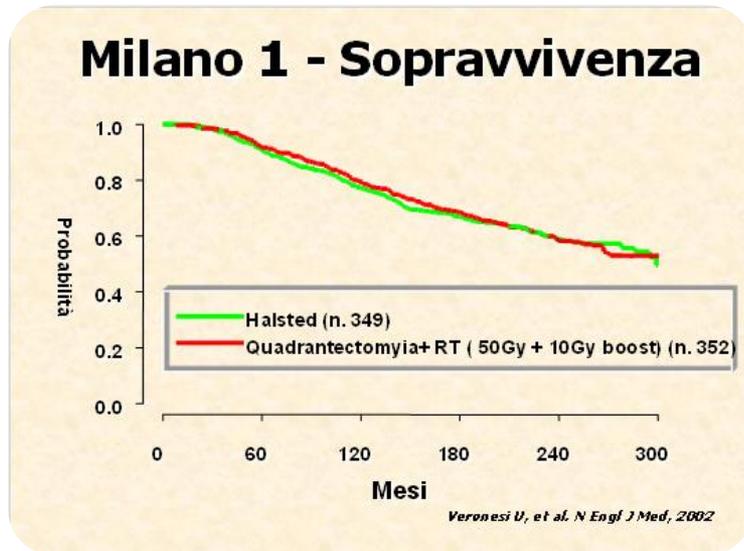


MILAN 1 Trial

IL PUNTO DI SVOLTA STORICO



La conferma dopo 25 anni



Quadrantectomia
Gennaio 1971



- 1995
- Conservazione dei linfonodi ascellari



Vecchio Paradigma:

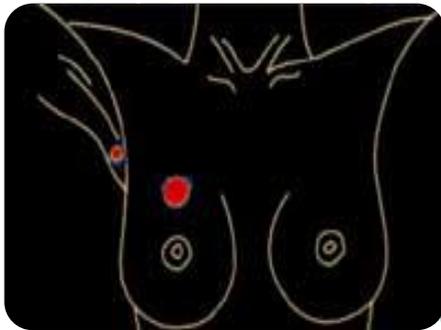


“La dissezione ascellare è una componente necessaria del trattamento del tumore al seno”



CONSERVAZIONE DEI LINFONODI ASCELLARI

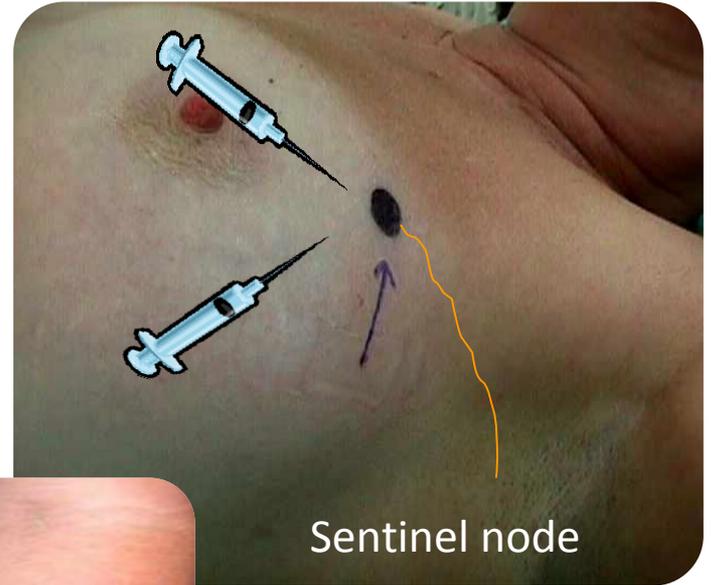
“IL LINFONODO SENTINELLA”



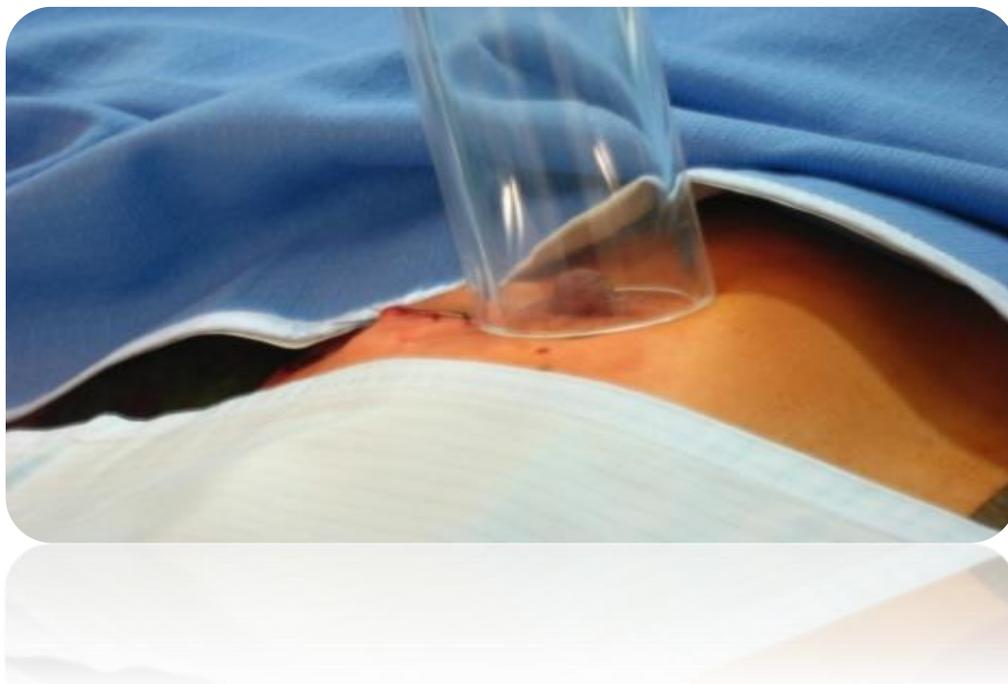


***Biopsia Linfonodo
Sentinella
> 30.000 casi in IEO***





- 1999
- Radioterapia intraoperatoria



In Pazienti selezionati :



Dose intera RT intraoperatoria (ELIOT, 21Gy)



**ELIOT Dose completa
(21Gy) o BOOST (12Gy)
somministrata in tre
minuti**

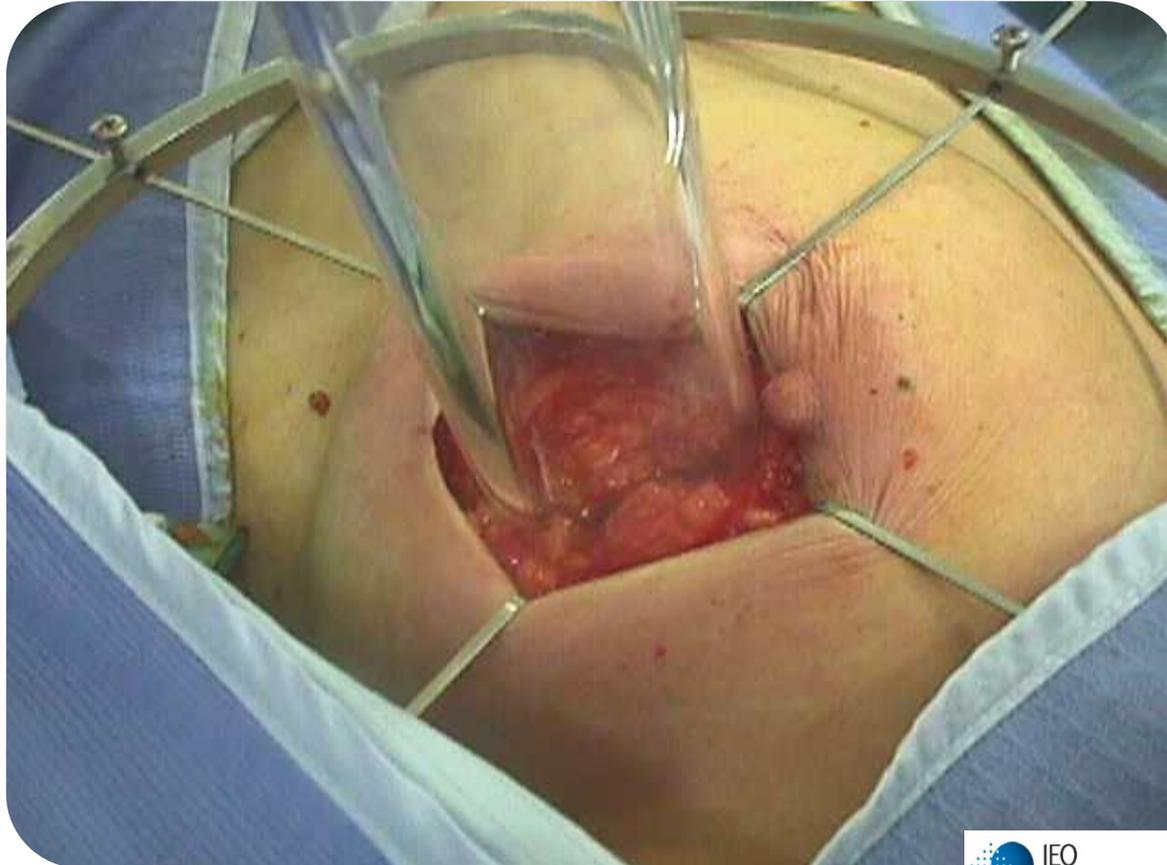
SCelta ideale delle pazienti



- Età e stato menopausa
- Dimensione e focalità del tumore (MRI, tomosintesi)
- Caratteristiche biologiche (biopsia preoperatoria)
- Stato dei linfonodi (PET, SLNB)



Posizionamento collimatore



Vantaggi della ELIOT

Il collimatore viene posizionato sotto il diretto controllo del chirurgo e la valutazione della dose e intensità viene valutata intra-operatoriamente dal radioterapista



Vantaggi della ELIOT

ELIOT risolve il problema delle pazienti che hanno impossibilità ad accedere ad un centro di Radioterapia



Per raggiungere il Centro di Radioterapia i costi sono spesso proibitivi



ELIOT nella chirurgia conservativa e protesi

*ELIOT utilizzata per le
pazienti portatrici di protesi
laddove la RT tradizionale
risulta incompatibile*



- 2003
- Mastectomia conservativa



• “Nipple sparing mastectomy”

- ✓ *Radicalità oncologica*
- ✓ *Asportazione di tutta la ghiandola eccetto il complesso areola-capezzolo (istologia estemporanea sul margine)*
- ✓ *Ricostruzione immediata con protesi definitiva sottomuscolare*





 IEO
Istituto Europeo di Oncologia



® APEO tutti i diritti riservati – ogni riproduzione vietata

Mastectomia conservativa in IEO



La ricostruzione immediata non condiziona la prognosi

Breast Cancer Res Treat (2008) 112:545–549
DOI 10.1007/s10549-008-9891-x

CLINICAL TRIAL

Oncological results of immediate breast reconstruction: long term follow-up of a large series at a single institution

J. Y. Petit · O. Gentilini · N. Rotmensz · P. Rey · M. Rietjens ·
C. Garusi · E. Botteri · F. De Lorenzi · S. Martella · R. Bosco ·
D. K. Khuthaila · A. Luini

Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2010) 63, 511–515



ELSEVIER

JPRAS
An International Journal of
Surgical Reconstruction
www.JPRASurg.com

Immediate breast reconstruction in the elderly: can it be considered an integral step of breast cancer treatment? The experience of the European Institute of Oncology, Milan

Francesca De Lorenzi ^{a,*}, Mario Rietjens ^a, Massimo Soresina ^a,
Fabio Rossetto ^b, Riccardo Bosco ^a, Anna Rita Vento ^c,
Simonetta Monti ^c, Jean Y. Petit ^a

The Breast 21 (2012) 374–379



ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

The Breast

journal homepage: www.elsevier.com/brst



Original article

Immediate breast reconstruction with prostheses after conservative treatment plus intraoperative radiotherapy. Long term esthetic and oncological outcomes

Francesca De Lorenzi ^{a,*}, Visnu Lohsiriwat ^{a,b}, Benedetta Barbieri ^a, Suanly Rodriguez Perez ^c,
Cristina Garusi ^a, Jean Yves Petit ^a, Viviana Galimberti ^c, Mario Rietjens ^a

^a Department of Plastic and Reconstructive Surgery, European Institute of Oncology (EIO), Via Ripamonti, 435, 20141 Milan, Italy

^b Department of Surgery, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

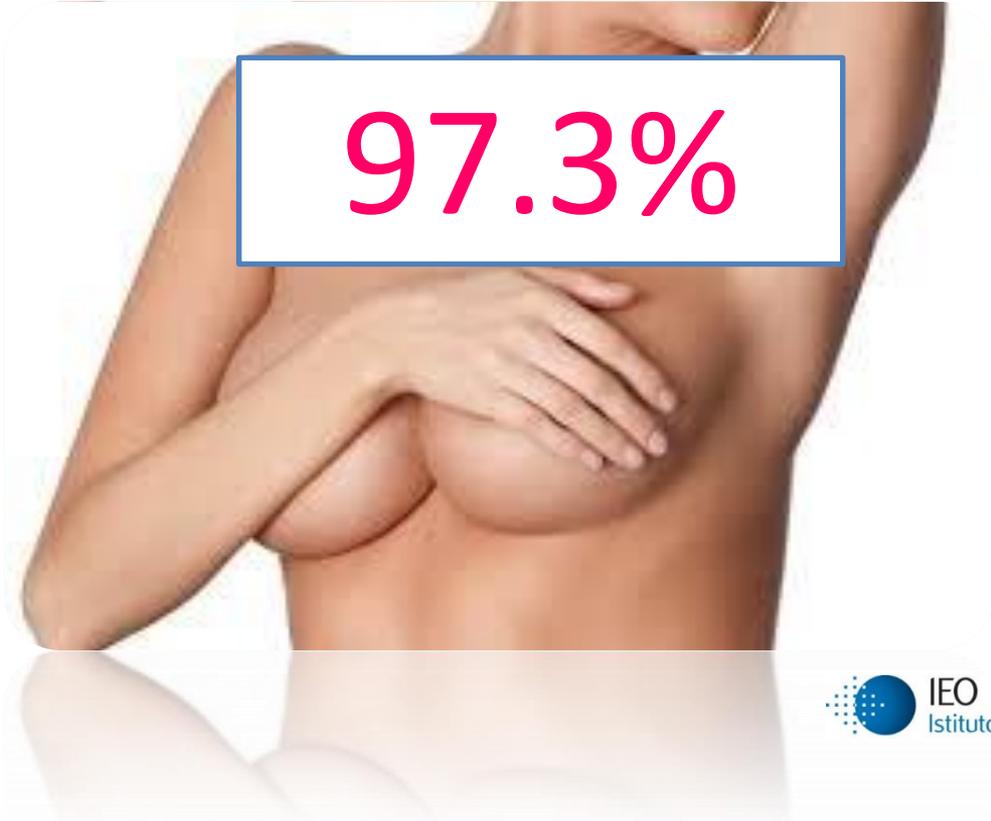
^c Department of Breast Surgery, European Institute of Oncology, Milan, Italy

 IEO
Istituto Europeo di Oncologia



Mastectomia Conservativa in IEO

- SOPRAVVIVENZA GLOBALE -



97.3%



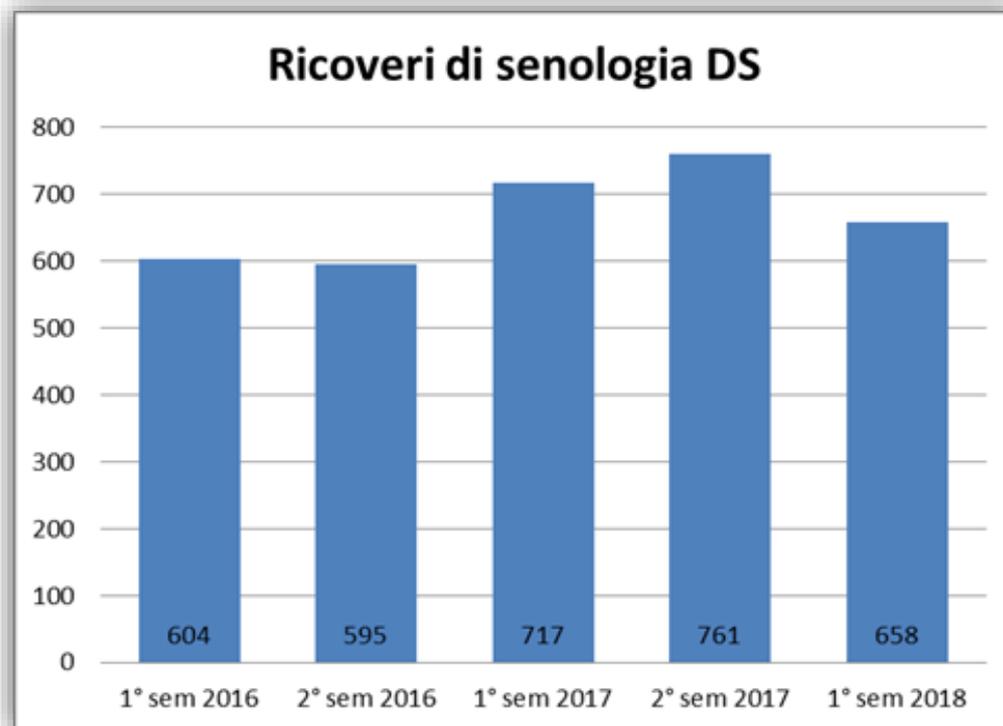
La mastectomia conservativa è un valido intervento curativo per migliorare l'immagine corporea della donna e ridurre il trauma psicologico legato alla mastectomia



- Dal 2010
- Interventi in Day Surgery



In un solo giorno di ricovero in IEO



- 2014
- Mastecto



Mastectomia Robotica Quando ?

- ✓ BMI ≤ 25
- ✓ Non fumatrice
- ✓ Taglia del reggiseno coppa $\leq III$ (A-C)
- ✓ Grado di ptosi ≤ 3



Tecnica



 IEO
Istituto Europeo di Oncologia





 IEO
Istituto Europeo di Oncologia



® APEO tutti i diritti riservati – ogni riproduzione vietata

Vantaggi

- ✓ *La visione ottica robotica*
- ✓ *Dieci volte ingrandimento delle immagini e la vista tridimensionale*



2016

- ***Cosa fare quando il LINFONODO SENTINELLA è positivo***



Nessuna dissezione ascellare?



Vecchio Paradigma:



*“La dissezione ascellare è una
componente necessaria del
trattamento del tumore al seno”*



Changelling

- *La diagnosi sempre più precoce ha portato a percentuali ancora più basse di pazienti con ascella positiva*
- *L'importanza dell'AD come procedura di stadiazione è diminuita*
- *Così l'urgenza è stata quella di trovare un approccio più conservativo per il cavo ascellare*
- *Questo è accaduto negli anni '90 con lo sviluppo della BLS*



pN: 1a

Z0011

JAMA. 2017 September 12; 318(10): 918–926. doi:10.1001/jama.2017.11470.

Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis:

The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial

Armando E. Giuliano, MD, Karla V. Ballman, PhD, Linda McCall, MS, Peter D. Beitsch, MD, Meghan B. Brennan, RN, ONP, PhD, Pond R. Kelemen, MD, David W. Ollila, MD, Nora M. Hansen, MD, Pat W. Whitworth, MD, Peter W. Blumencranz, MD, A. Marilyn Leitch, MD, Sukamal Saha, MD, Kelly K. Hunt, MD, and Monica Morrow, MD

Armando E. Giuliano, MD, Karla V. Ballman, PhD, Linda McCall, MS, Peter D. Beitsch, MD, Meghan B. Brennan, RN, ONP, PhD, Pond R. Kelemen, MD, David W. Ollila, MD, Nora M. Hansen, MD, Pat W. Whitworth, MD, Peter W. Blumencranz, MD, A. Marilyn Leitch, MD, Sukamal Saha, MD, Kelly K. Hunt, MD, and Monica Morrow, MD

I risultati a 10 anni non supportano l'uso routinario della dissezione linfonodale ascellare nelle pazienti con carcinoma mammario cT1-cT2, cN0 candidate a chirurgia conservativa e con 1-2 linfonodi sentinella macro-metastatici a condizione che ricevano il trattamento adiuvante sistemico e la RT su tutta la mammella

ACOSOG

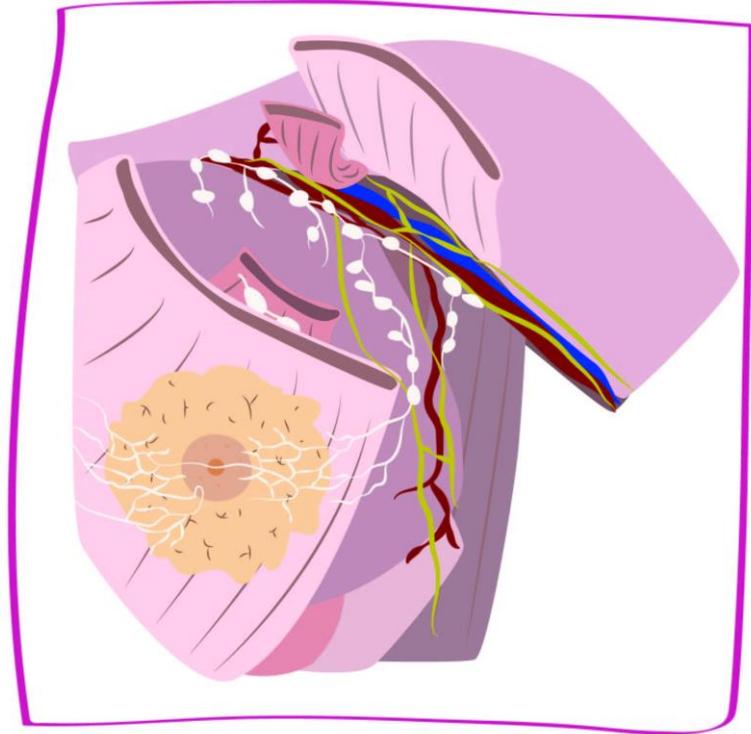
American College of Surgeons Oncology Group



® APEO tutti i diritti riservati – ogni riproduzione vietata

Chirurgia dell'Ascella

Nel giro di qualche anno saremmo in grado di decidere di non eseguire più la Biopsia del Linfonodo Sentinella in un numero crescente di pazienti con tumore mammario di piccole dimensioni



Viewpoints and debate

Abandoning sentinel lymph node biopsy in early breast cancer? A new trial in progress at the European Institute of Oncology of Milan (SOUND: Sentinel node vs Observation after axillary UltraSouND)

Oreste Gentilini*, Umberto Veronesi

Division of Breast Surgery, European Institute of Oncology, Milano, Italy



THE BREAST

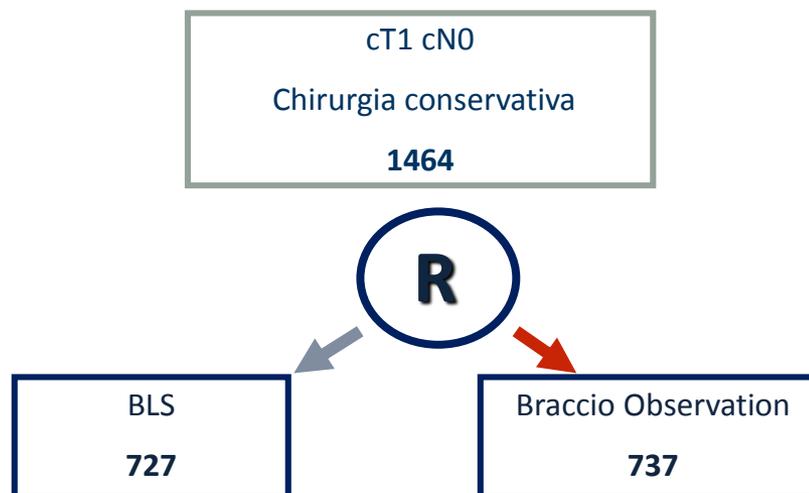


The Journal of the Italian Society of Breast Cancer (SIC) and the Italian Society of Breast Reconstruction (SIBR). Volume 2018, Number 1, January 2018. ISSN 1120-3445. © 2018 by the Italian Society of Breast Cancer (SIC) and the Italian Society of Breast Reconstruction (SIBR).

TRIAL IEO S637/311 SOUND

2012-2017 . 1464 casi cT1 cN0 . randomizzati

- *Inizio*
arruolamento:
26/01/2012
- *Chiusura*
arruolamento:
30/06/2017



CENTRO	N paz randomizzati	Data attivazione
0001 - IEO	685	Gennaio 2012
0002 - MANTOVA	41	Dicembre 2012
0003 - INT MILANO	146	Febbraio 2013
0004 - BRESCIA	25	Aprile 2013
0005 - COMO	45	Giugno 2013
0006 - HUMANITAS	4	Giugno 2013
0007 - TORINO	191	Giugno 2013
0009 - BOLZANO	24	Luglio 2013
0010 – PIACENZA	68	Novembre 2013
0011 – NAPOLI FEDERICO II	60	Dicembre 2013
0012 – CAGLIARI	35	Marzo 2014
0013 – NAPOLI INT	10	Marzo 2014
0014 – VALENCIA	20	Ottobre 2014
0015 – BERNA	8	Settembre 2015
0016 – CASTELLANZA	3	Aprile 2015
0017 – SANTIAGO DEL CILE	3	Giugno 2015
0018 – ROMA	0	Luglio 2015
0019 – PAVIA	58	Gennaio 2016
0020 – MILANO SAN RAFFAELE	38	Aprile 2016
TOTALE	1464	



8 marzo 2016 : nasce IEO WOMEN'S CANCER CENTER



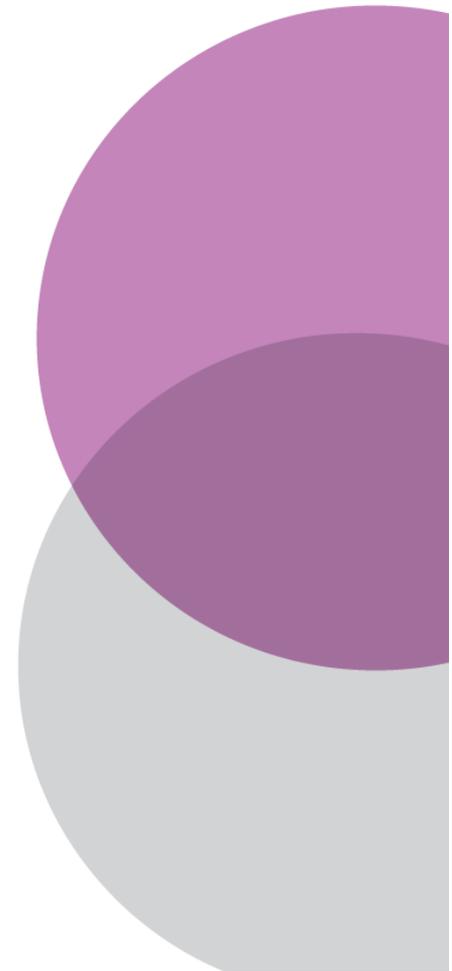


Il Centro raduna in un'unica area le competenze e i servizi necessari per dare risposte immediate e complete ad ogni donna che sceglie IEO per la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura o il follow-up. Alla base del WCC c'è un lavoro sinergico tra il programma di Senologia e di Ginecologia che già singolarmente coprono ogni aspetto delle singole patologie

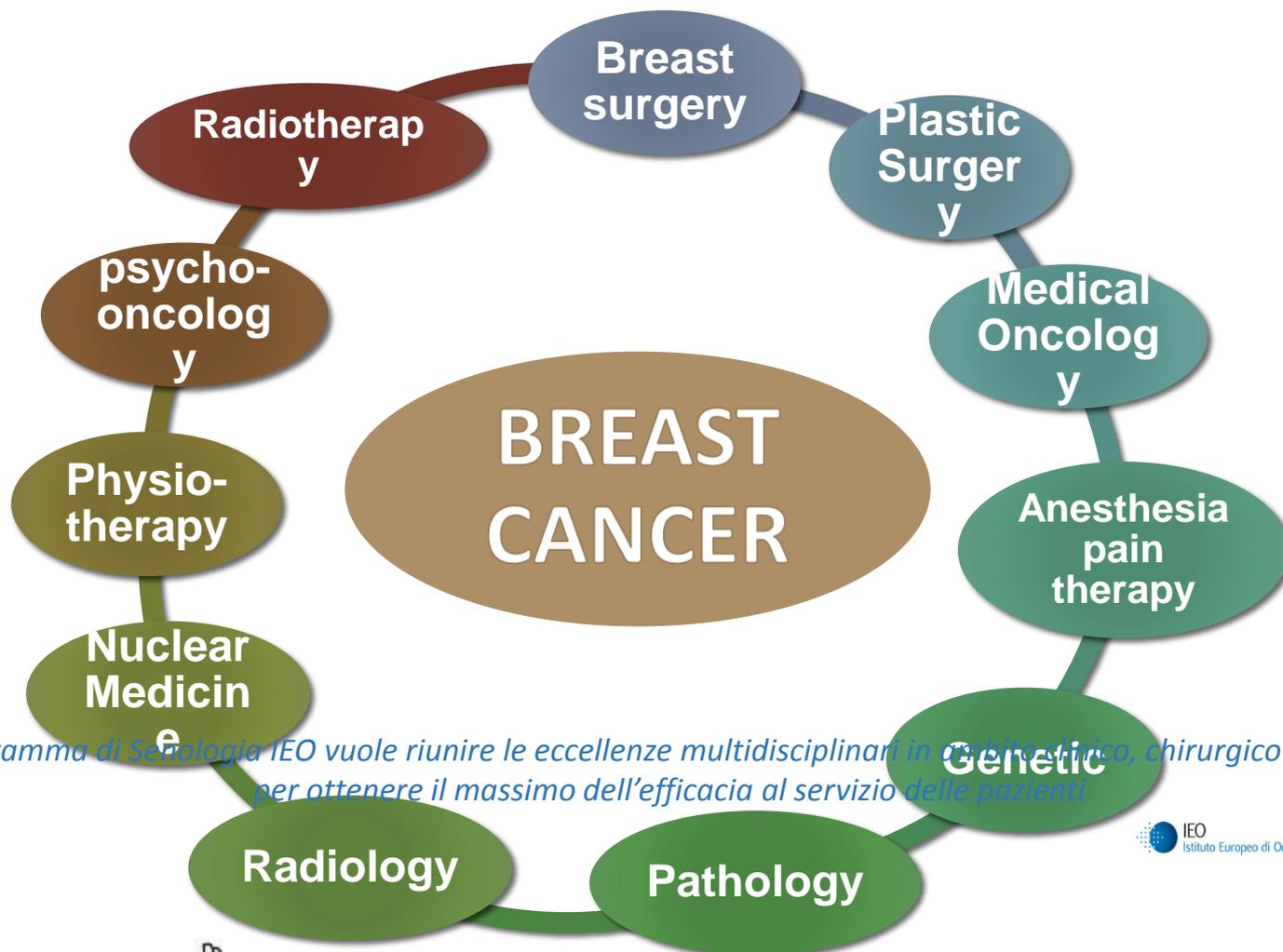


Sono a disposizione, per tutte le pazienti che lo richiedono, oltre gli ambulatori della senologia chirurgica e ginecologica, vari ambulatori dove affrontare insieme a specialisti IEO alcune tematiche importanti per la sfera più intima e quotidiana della donna:

- ✓ *Benessere*
- ✓ *Nutrizione*
- ✓ *Oncofertilità*
- ✓ *Psiconcologia*
- ✓ *Sessuologia integrata*
- ✓ *Medicina integrata*



Programma Senologia

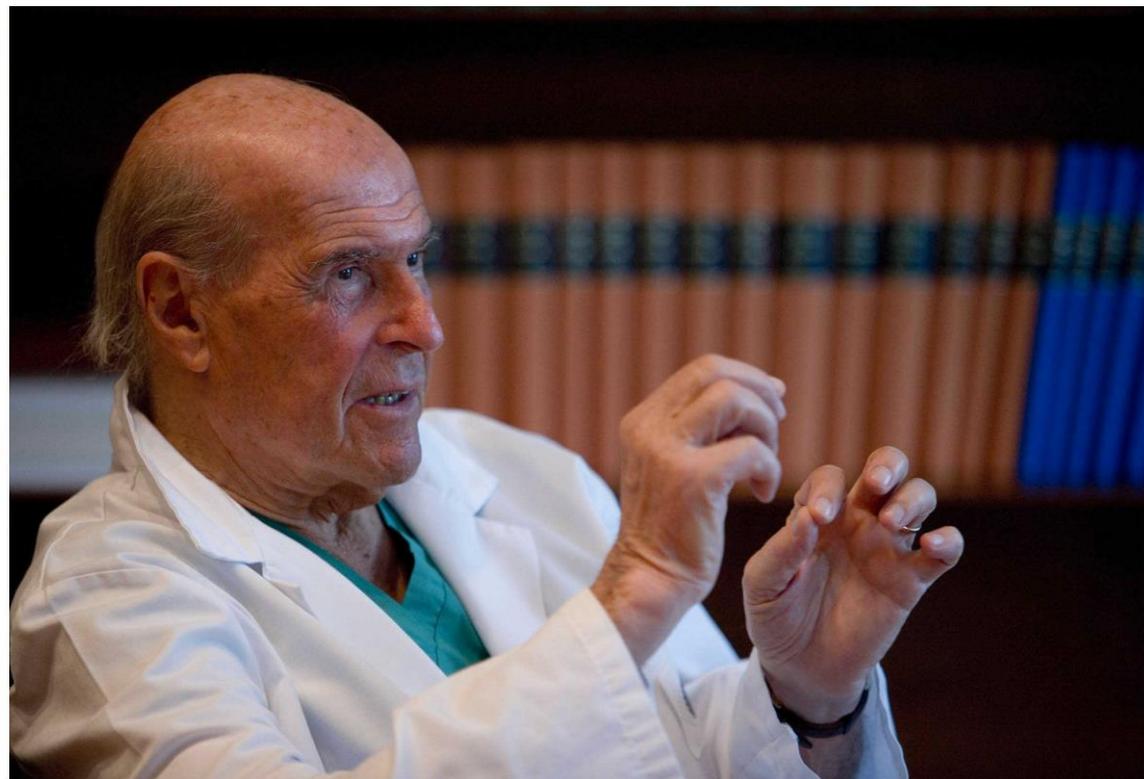


Il Programma di Senologia IEO vuole riunire le eccellenze multidisciplinari in ambito clinico, chirurgico e di ricerca per ottenere il massimo dell'efficacia al servizio delle pazienti



Grazie Professore

Umberto Veronesi
1925 - 2016



Fondazione Veronesi @Fondaz_Veronesi · 20 min

"Credere nella scienza significa credere nel futuro". Oggi per noi è un giorno tristissimo, grazie per i tuoi insegnamenti #GrazieProf

👍 140 🗨️ 140 ⋮



® APEO tutti i diritti riservati – ogni riproduzione vietata



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



® APEO tutti i diritti riservati – ogni riproduzione vietata