

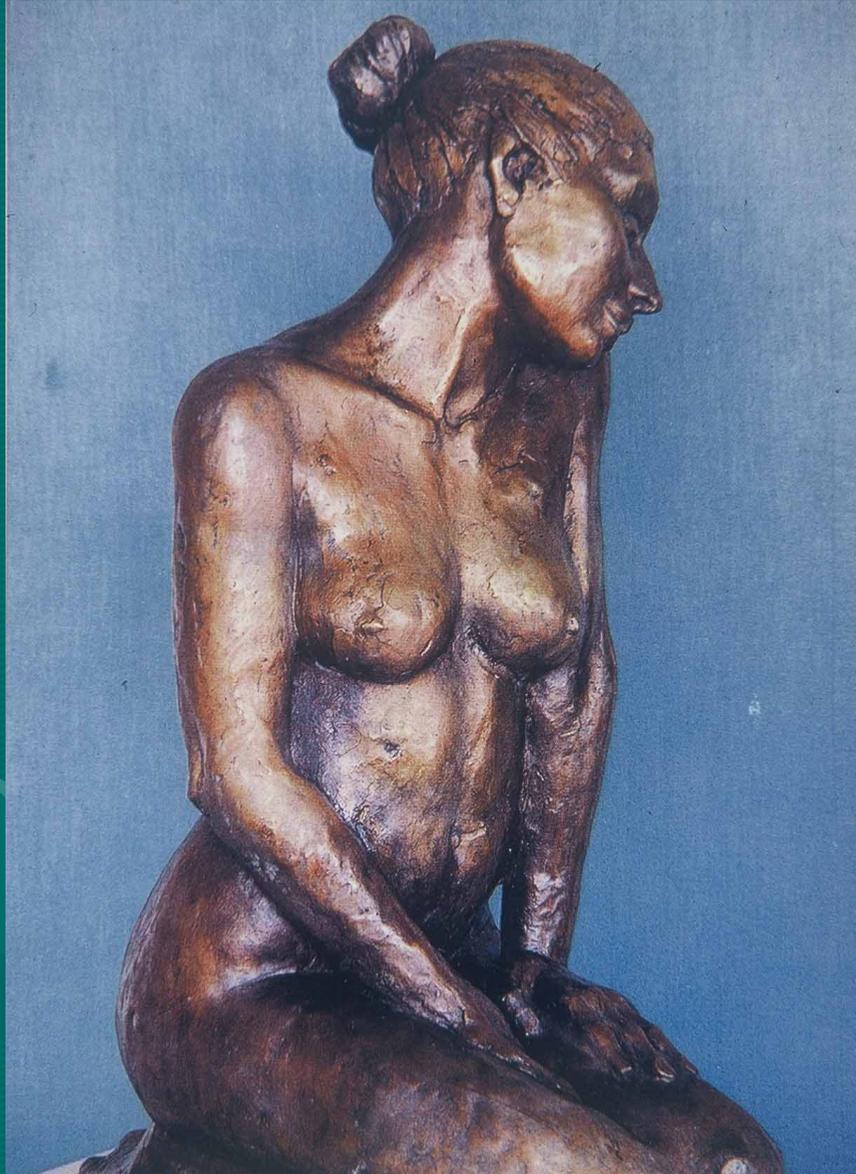


**Scuola Italiana
di Senologia**

Direttore Scientifico Prof. Umberto Veronesi

***NURSING
IN SENOLOGIA
ONCOLOGICA***

**VICENZA
23 - 25 febbraio 2004**



**CARCINOMA
MAMMARIO:
terapia chirurgica**

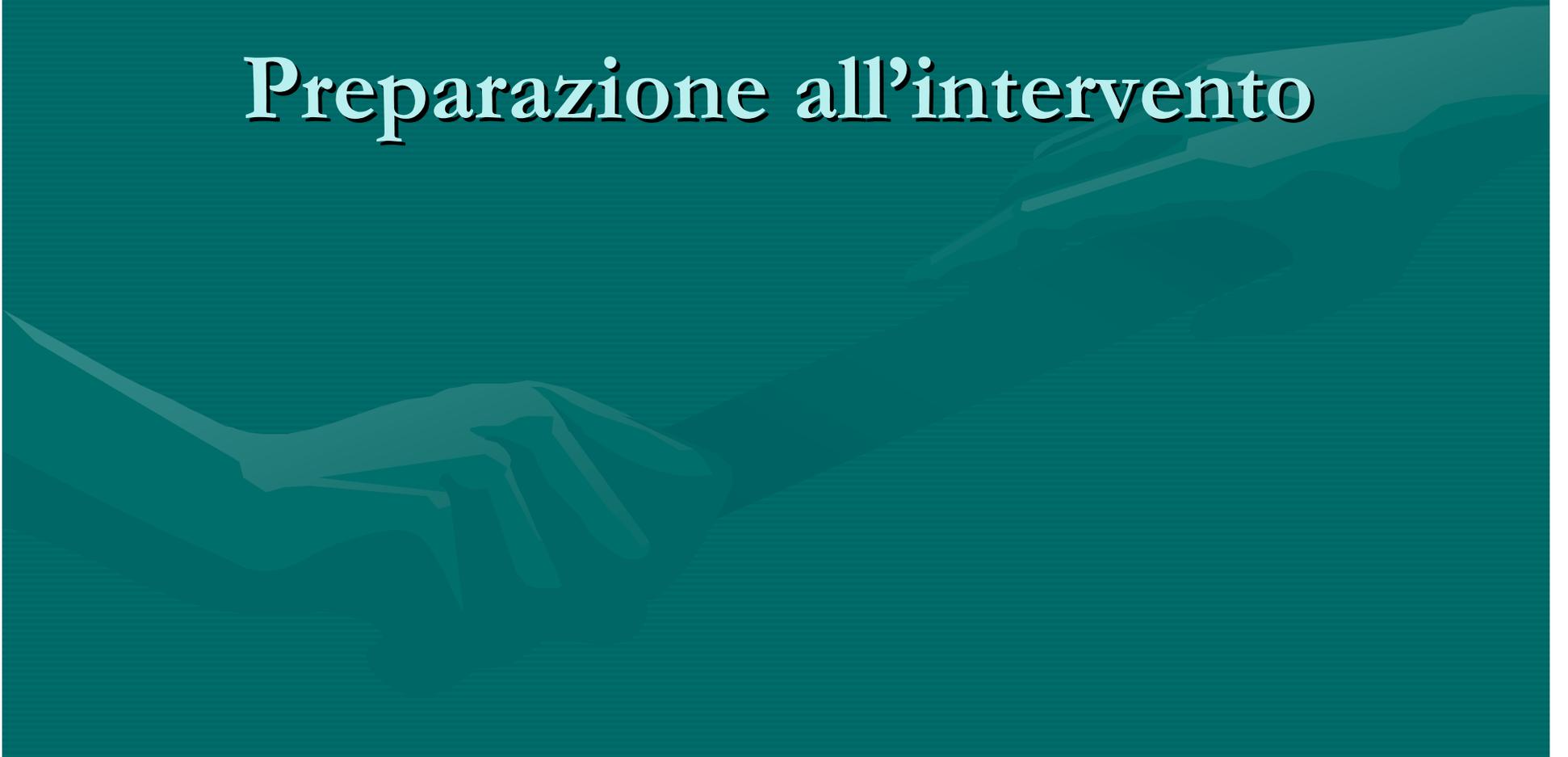
Dott. Luca Rotunno

**LE DONNE VANNO
INFORMATE SU:**

The background is a solid teal color. In the lower half, there is a faint, semi-transparent illustration of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership. The text is centered in the upper half in a bold, white, serif font with a slight drop shadow.

- Scopi della terapia chirurgica.
- Possibili opzioni (chirurgia conservativa-demolitiva-ricostruttiva).
- Vantaggi e rischi.
- Complicanze ed esiti.
- Indicazioni e limiti delle tecniche utilizzate.
- Tempi approssimativi di attesa sia per l'intervento che per l'istologico.
- La possibilità di un reintervento dopo la risposta istologica.
- Le indicazioni di massima alle terapie pre-post operatorie.
- La prognosi dopo l'istologico definitivo.
- L'influenza del trattamento sulla vita di relazione e lavorativa.
- L'acquisizione dei diritti che ha una malata di cancro (esenzioni, ecc....)

Preparazione all'intervento



La paziente va posizionata in decubito supino con il braccio omolaterale alla mammella da operare esteso ed appoggiato su un reggibraccio.

Va evitata la iperabduzione ed extrarotazione che potrebbe provocare lesioni del plesso brachiale.

No all'introduzione di liquidi e.v. nell'arto relativo al seno da operare.

No all'applicazione del bracciale per la P.A. sul braccio interessato.

Resezione mammaria limitata (biopsia-tumorectomia)

The background is a solid teal color. In the lower-left quadrant, there is a faint, semi-transparent silhouette of a hand holding a breast, which is a common medical illustration for breast surgery topics.

Per una programmazione chirurgica
appropriata



far precedere un accertamento citologico
o istologico (aspirato o biopsia)

La biopsia chirurgica



non eseguiti accertamenti
oppure accertamenti che
lasciano il dubbio diagnostico

La resezione mammaria limitata



asportazione piccola porzione di
tessuto mammario comprendente
il tumore

La biopsia chirurgica

deve consentire la caratterizzazione istopatologica e biologica della neoplasia.

La sua esecuzione deve avvenire con manovre delicate per evitare manipolazioni ed eventuali disseminazioni neoplastiche nel campo operativo.

Per questo motivo è necessario sostituire guanti e strumenti al termine della biopsia prima della sintesi ghiandolare.

L'eventuale successivo intervento conservativo o demolitivi deve asportare in blocco il focolaio di biopsia senza aprirlo.

MASTECTOMIA secondo Halsted:

Mastectomia con asportazione di entrambi i muscoli pettorali più dissezione ascellare linfonodale.

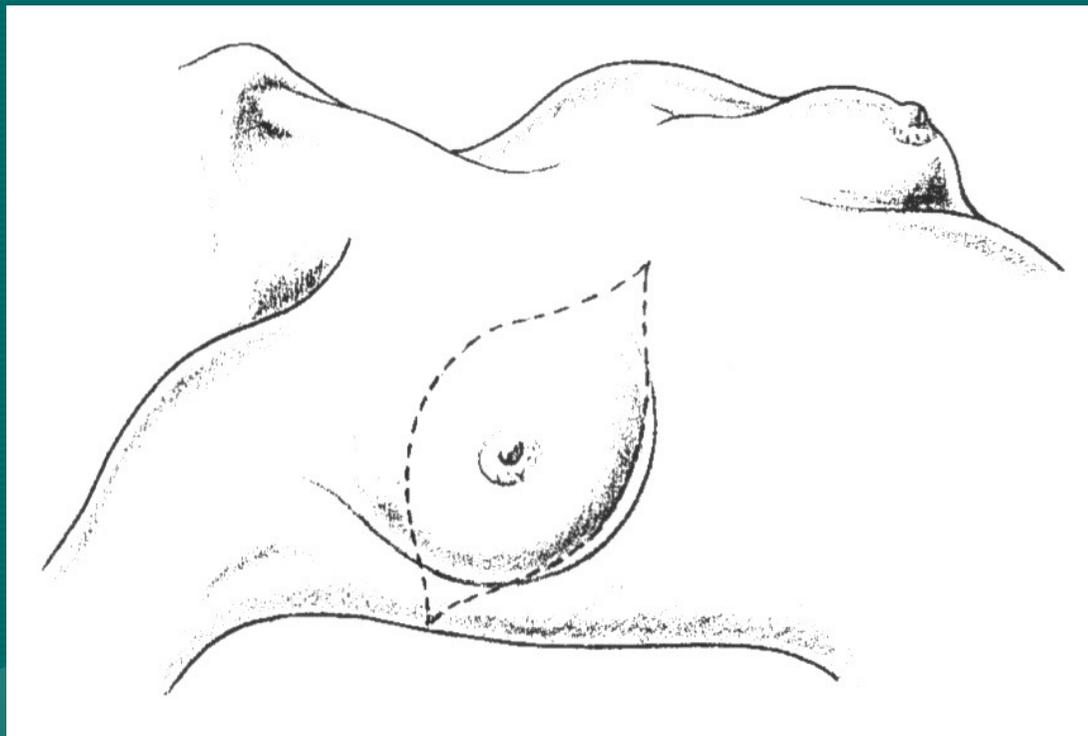
MASTECTOMIA secondo Patey:

Mastectomia totale con asportazione del muscolo piccolo pettorale più dissezione ascellare linfonodale.

MASTECTOMIA secondo Madden:

Mastectomia totale con dissezione ascellare di
I° livello.

**Il termine radicale non è più
utilizzato perché il concetto della
radicalità va considerato un
obiettivo sia della chirurgia
demolitiva che di quella
conservativa.**



MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA

The background is a solid teal color. Faintly visible in the background are two anatomical diagrams. One is a side view of a breast, showing the skin, underlying tissue, and the location of the axilla. The other is a hand with fingers spread, positioned as if to support or examine the breast area.

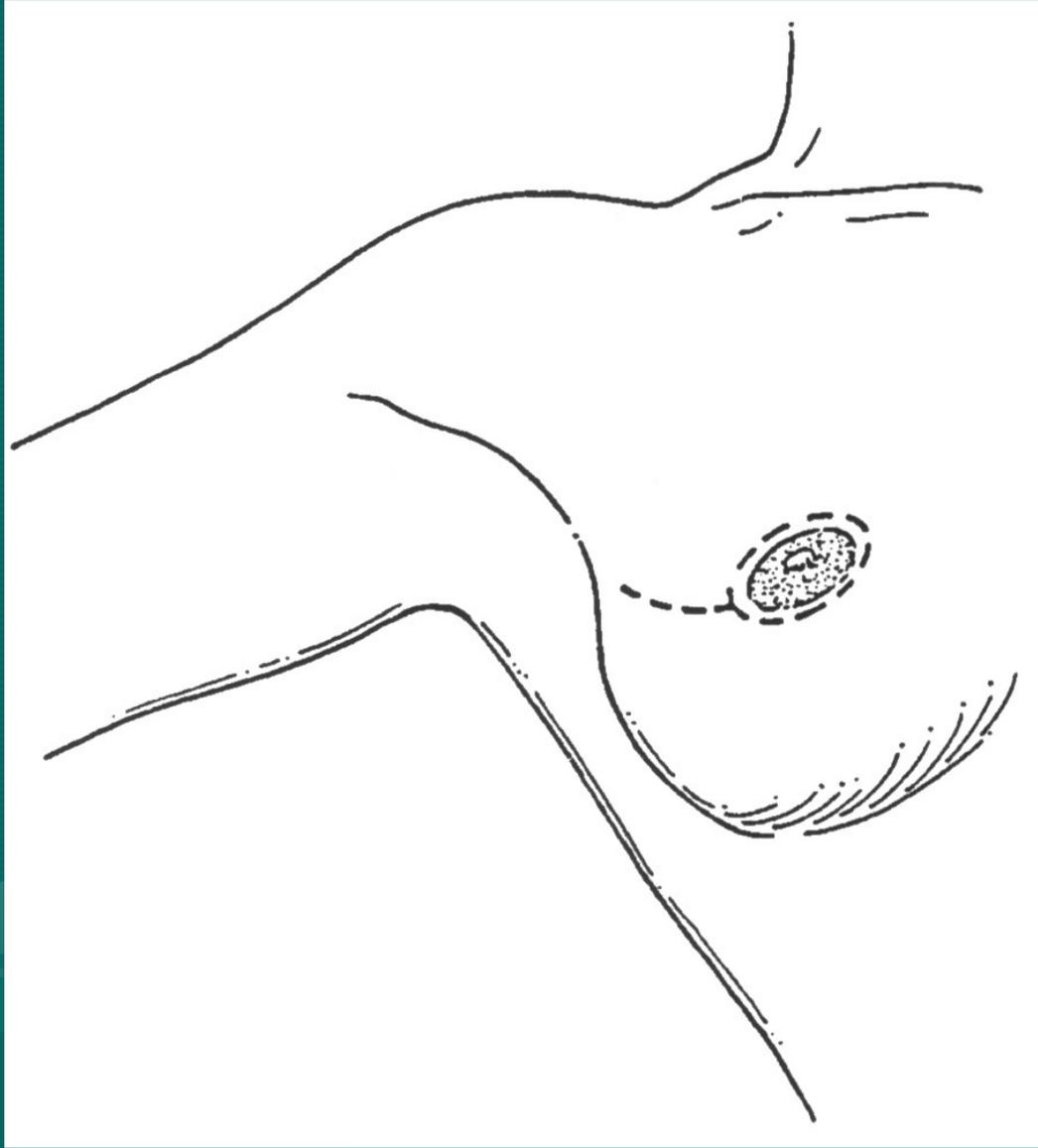
L'intervento prevede l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria preservando la cute della mammella ed il complesso areola-capezzolo.





MASTECTOMIA
con risparmio cutaneo
(Skin sparing mastectomy)

**Prevede l'asportazione della ghiandola
mammaria con il complesso areola-
capezzolo rispettando completamente o
in parte la cute sovrastante.**



MASTECTOMIA

Nipple-sparing

The background is a solid teal color. In the lower-left quadrant, there is a faint, semi-transparent silhouette of a hand holding a breast, which is a common medical illustration for breast cancer topics.

Prevede la conservazione dell'areola e del capezzolo e l'irradiazione di questa struttura anatomica con elettroni. La RT può essere erogata intraoperatoriamente oppure nei giorni successivi all'intervento.

Requisito importante per la conservazione areola-capezzolo è la negatività intraoperatoria per CA del tessuto retro-areolare.

Possono beneficiare di questo tipo di intervento pazienti con CA infiltranti estesi ma situati lontani dalla zona centrale del seno.

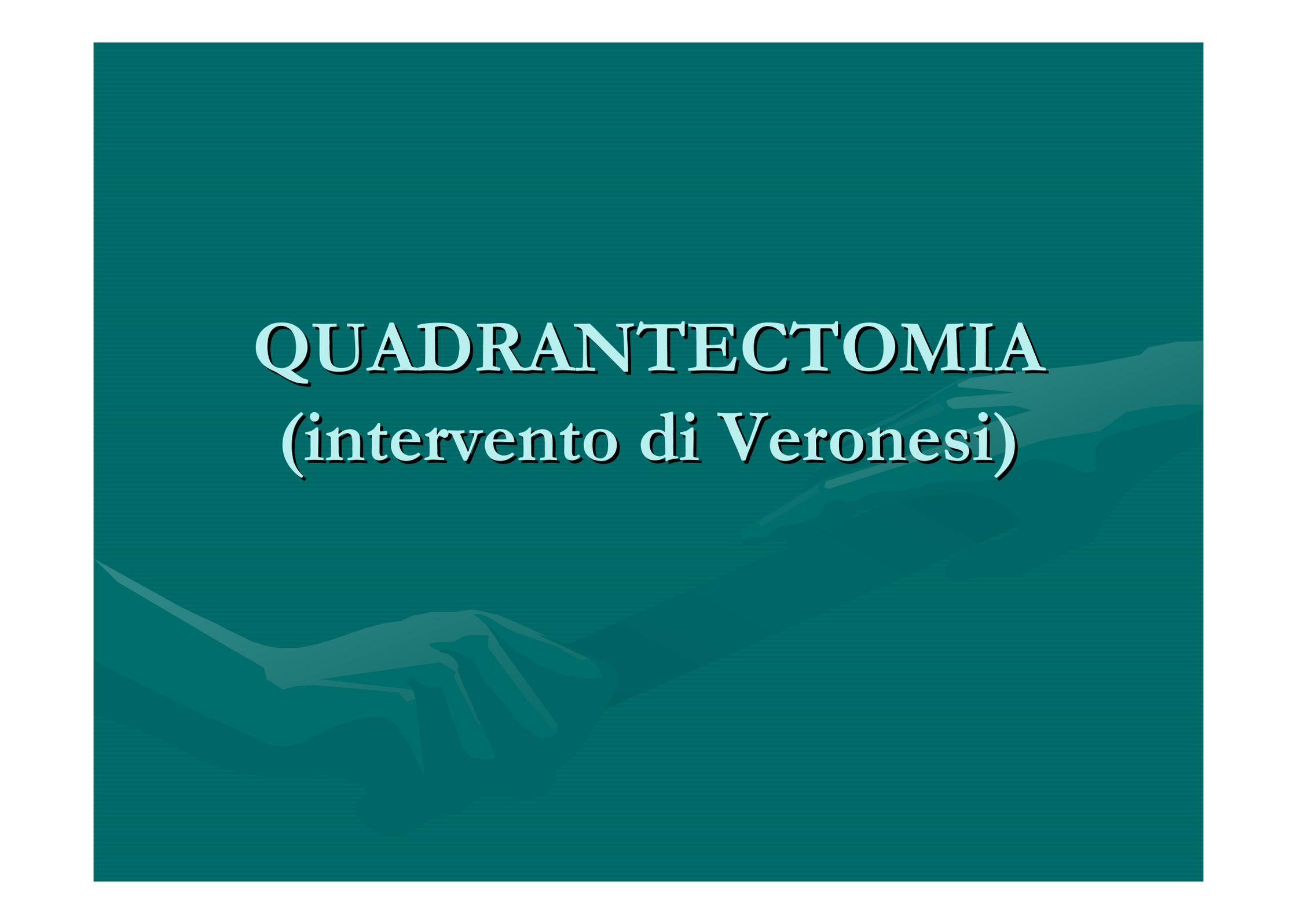
Resezione mammaria ampia (tumorectomia allargata)



Per resezione mammaria ampia s'intende l'asportazione di una porzione di tessuto mammario comprendente il tumore e un margine non inferiore al cm di parenchima circostante microscopicamente sano.

In caso di lesione non palpabile il chirurgo, avvalendosi del metodo di reperimento utilizzato, produce l'exeresi in modo che la lesione possa essere contenuta al centro del volume ghiandolare asportato.

QUADRANTECTOMIA (intervento di Veronesi)

The background is a solid teal color. In the lower half, there is a faint, semi-transparent silhouette of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership.

Per quadrantectomia s'intende l'asportazione di un ampio settore di ghiandola mammaria con la cute sovrastante e la fascia del muscolo grande pettorale. Viene effettuata con una incisione cutanea a losanga, con asse maggiore radiale, disegnata in modo che la proiezione cutanea del tumore o il taglio dell'accertamento bioptico vengono a trovarsi al centro della losanga stessa.

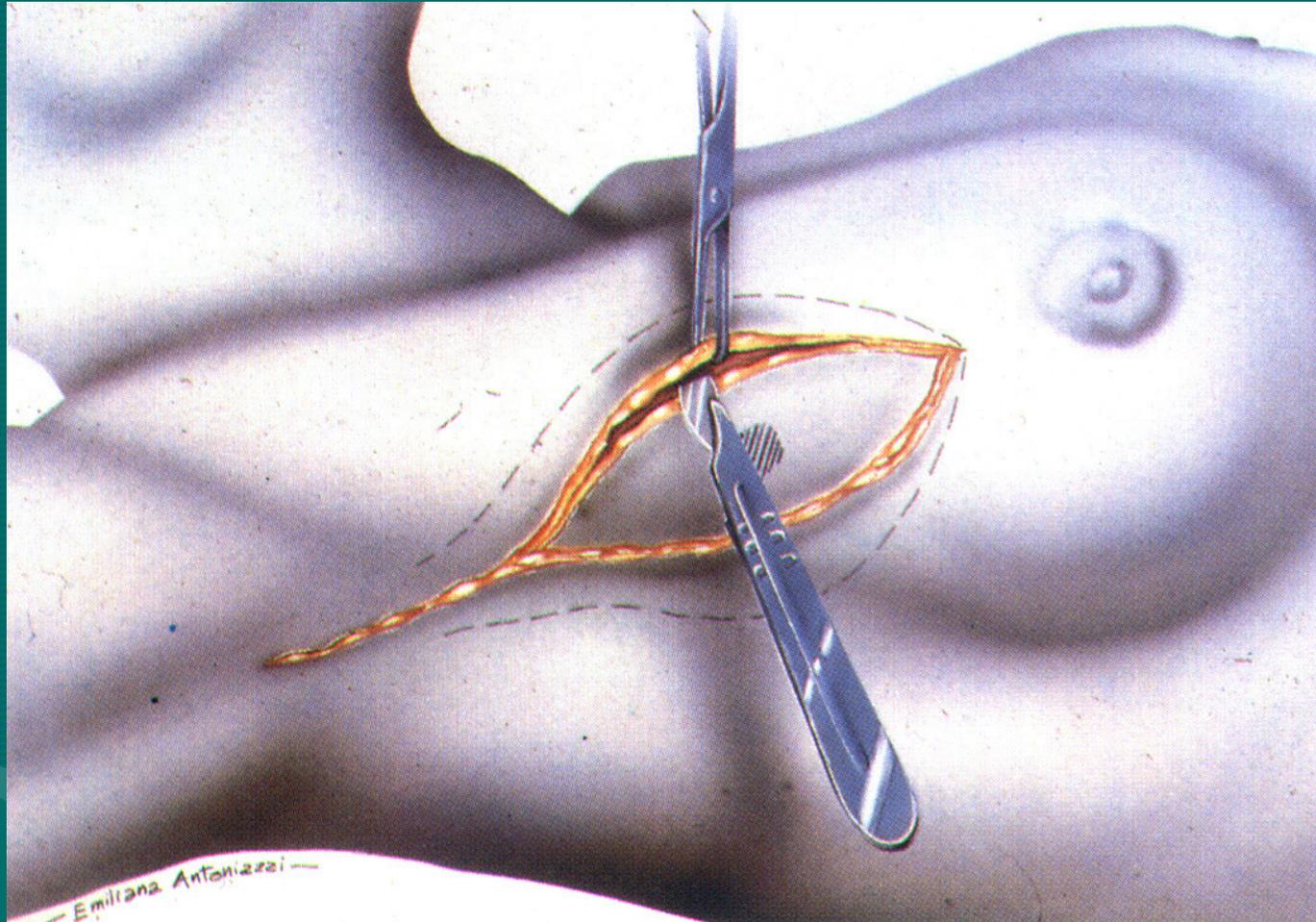
Per lesioni retroareolari non profonde è necessario asportare un cilindro di tessuto comprendente l'areola, il tumore e la fascia del pettorale.

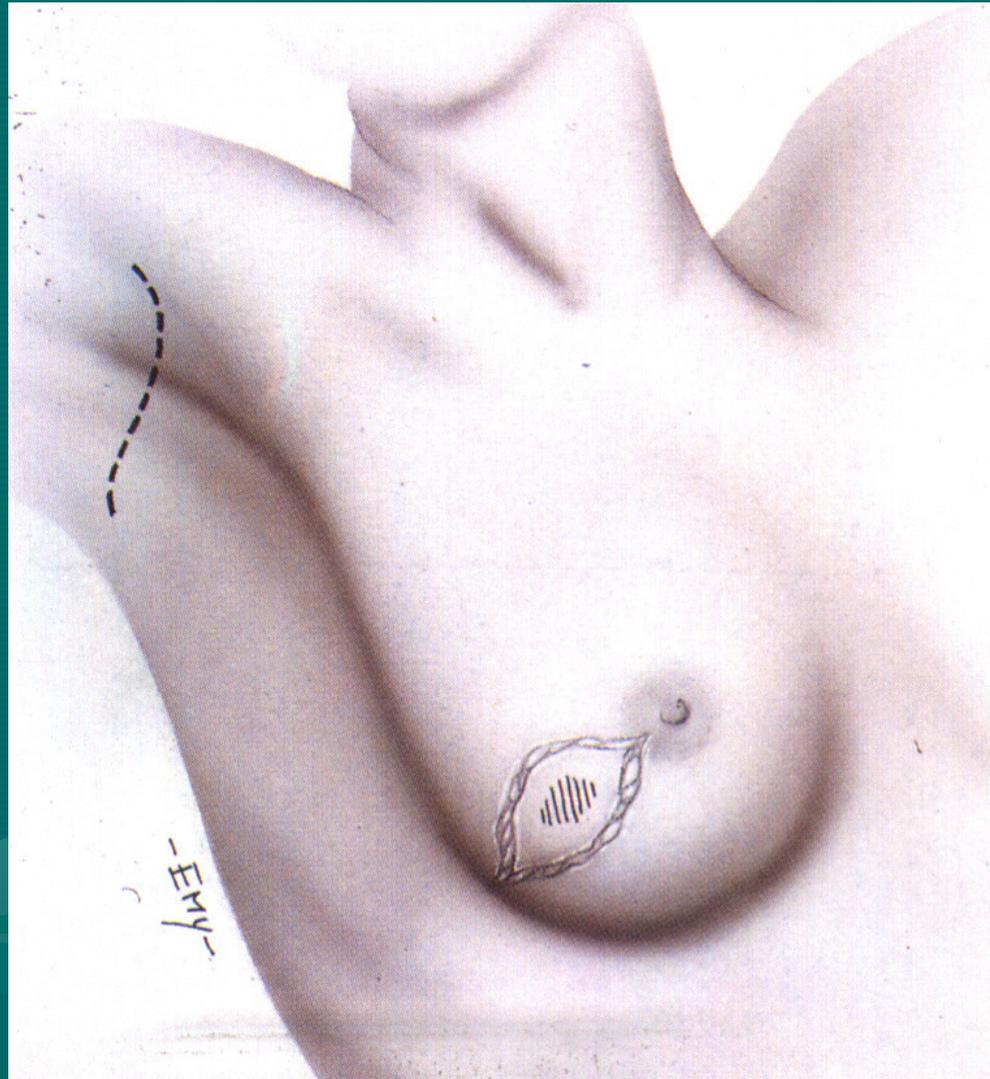
L'asportazione del parenchima mammario deve includere i dotti compresi fra il tumore ed il capezzolo. Perifericamente è sufficiente un margine di 2 cm.

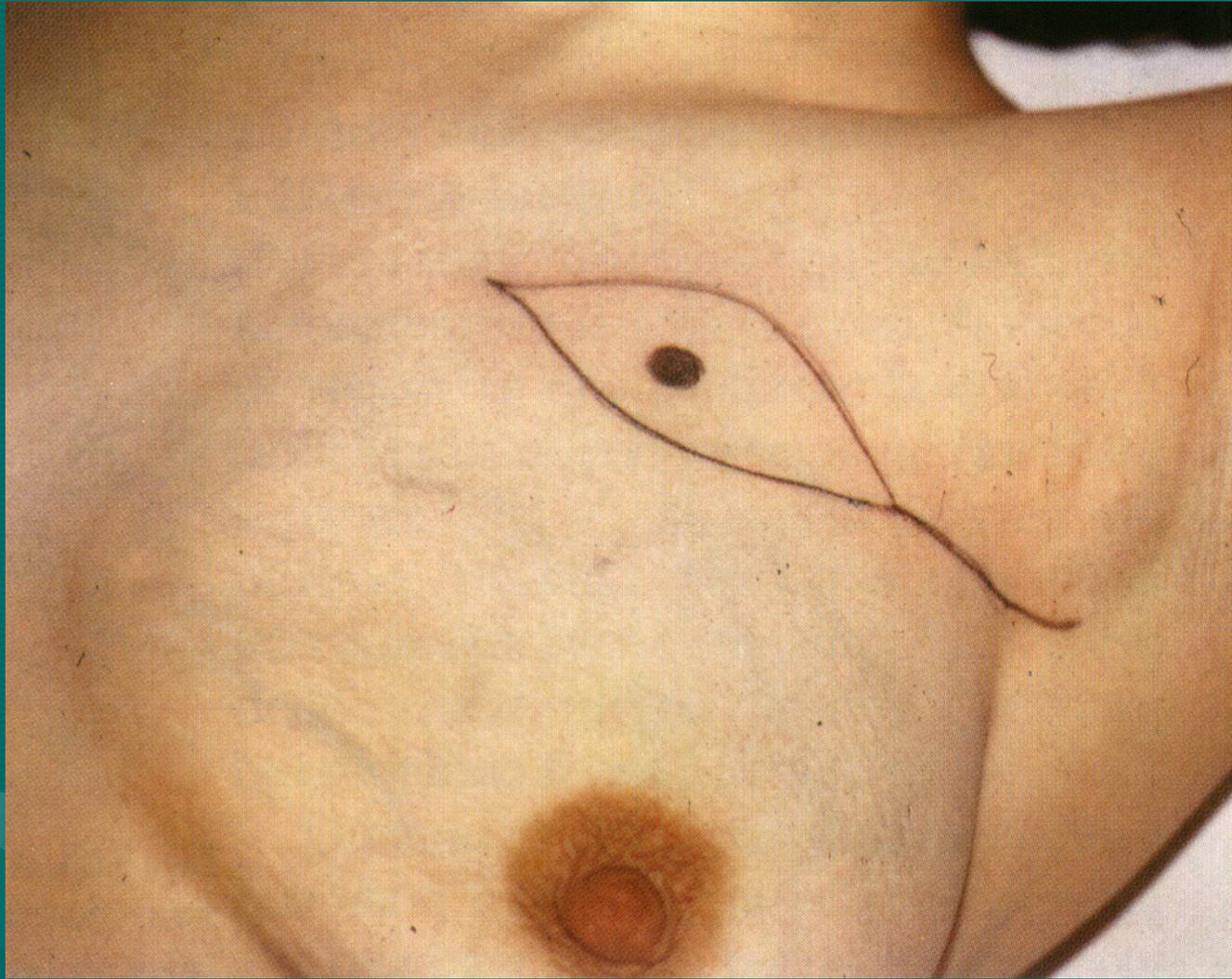
L'exeresi si identifica con un quadrante della mammella in pazienti con seni piccoli, mentre in seni voluminosi sono sufficienti 2 cm di parenchima microscopicamente sano intorno alla sede della lesione tumorale.

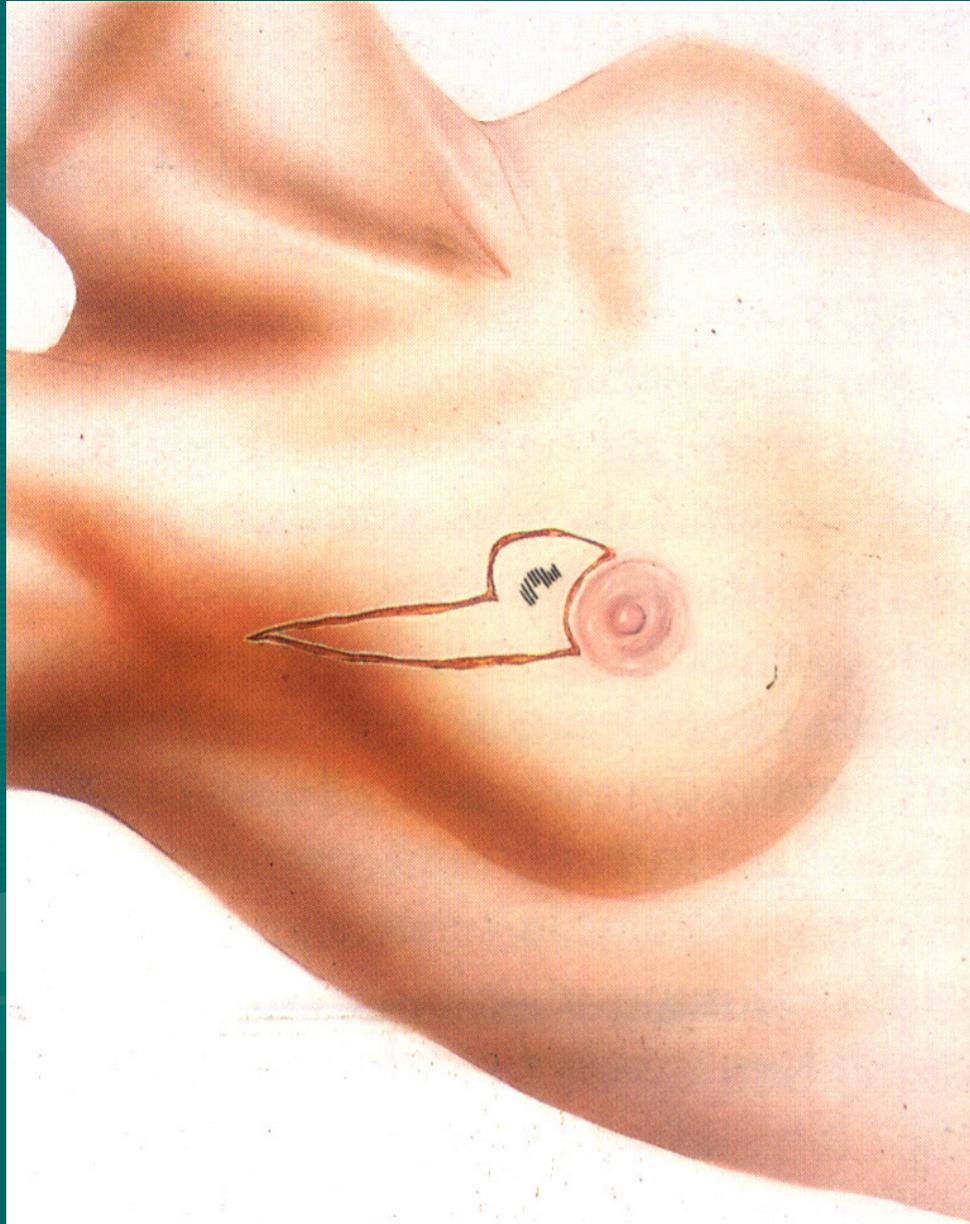
Ogni intervento chirurgico conservativo dovrebbe consentire l'asportazione di una porzione più o meno ampia di parenchima mammario con un margine negativo di almeno 1 cm intorno al tumore.

Il patologo indicherà se i margini di resezione siano interessati dall'infiltrazione neoplastica, oppure, in caso di margine negativo, l'esatta distanza dal tumore.











**LA DISSEZIONE
ASCELLARE
LINFONODALE**

S'intende l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari corrispondenti ai 3 livelli di Berg. con o senza asportazione del muscolo piccolo pettorale.

I° livello:

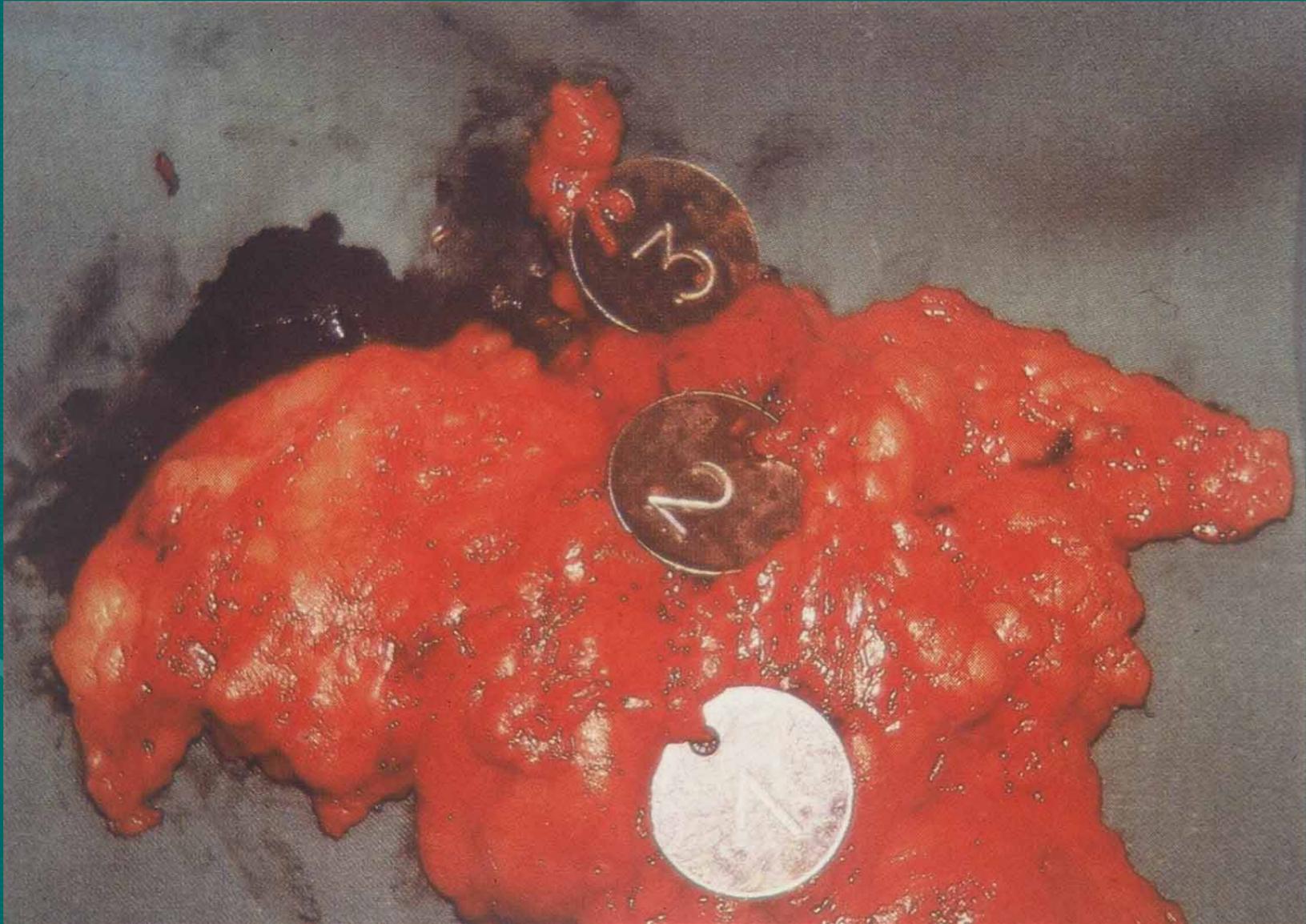
comprende il tessuto linfo-adiposo situato lateralmente al muscolo piccolo pettorale.

II livello:

comprende il tessuto linfo-adiposo situato al di sotto del muscolo piccolo pettorale.

III° livello:

il tessuto linfo-adiposo è situato medialmente al muscolo piccolo pettorale (nel triangolo comunemente chiamato *apice della ascella*).



Alcune raccomandazioni

- Se i margini sono interessati dalla neoplasia, sia in situ che infiltrante, è consigliabile un reintervento di rescissione dei margini.
- Se il tumore è vicino al margine, la scelta terapeutica di reintervenire chirurgicamente oppure di affidarsi ad un sovradosaggio RT, è legata ad un'attenta valutazione dei fattori di rischio, quali l'età della paziente, presenza di estesa multifocalità, tipo di crescita tumorale, grading.

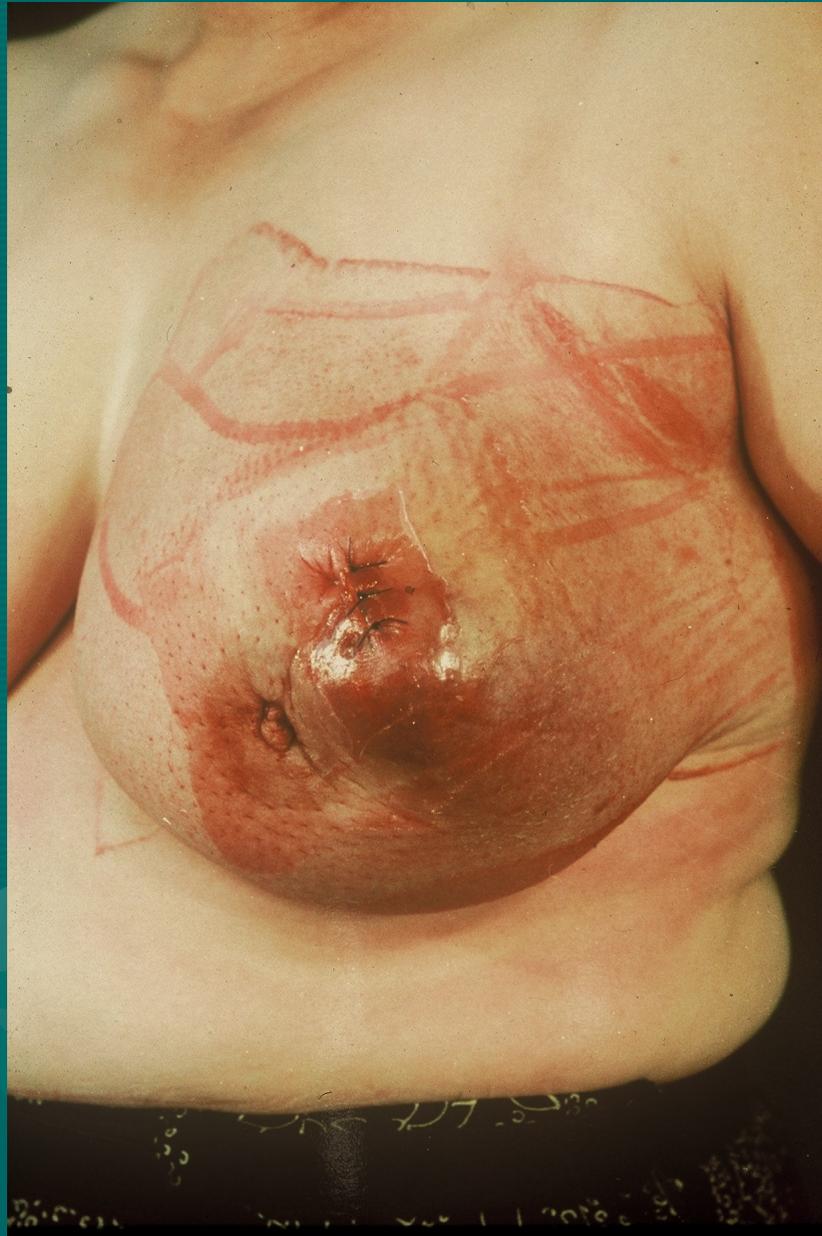
È stato dimostrato che, sia in caso di margini positivi, che negativi trattati con RT, le recidive locali hanno uguale incidenza.

Esiti tardivi

Riguardano possibili lesioni nervose, muscolari, articolari, processi flogistici ricorrenti, stati di umore variabile, possibile cronicizzazione di depressione e ansia.

Alcuni di essi sono:

- Stiramento del plesso brachiale (1% dei casi).
- Lesione del nervo toraco-dorsale (invalidità di adduzione e intrarotazione).
- Lesione del nervo toracico lungo (20% dei casi). Porta alla scapola alata.
- Cicatrici aderenti-cheloidi.
- Sindrome della mammella fantasma: avvertita dalle giovani donne fin dai primi giorni dell'intervento. Vengono riferiti formicolii, dolore, prurito, bruciore, crampi, tensione mammaria.
- Tromboflebite superficiale toraco-epigastrica (malattia di Mondor). Legata alla procedura chirurgica ed a una diatesi trombofilica.
- Linfedema: complicanza più conosciuta e temuta.















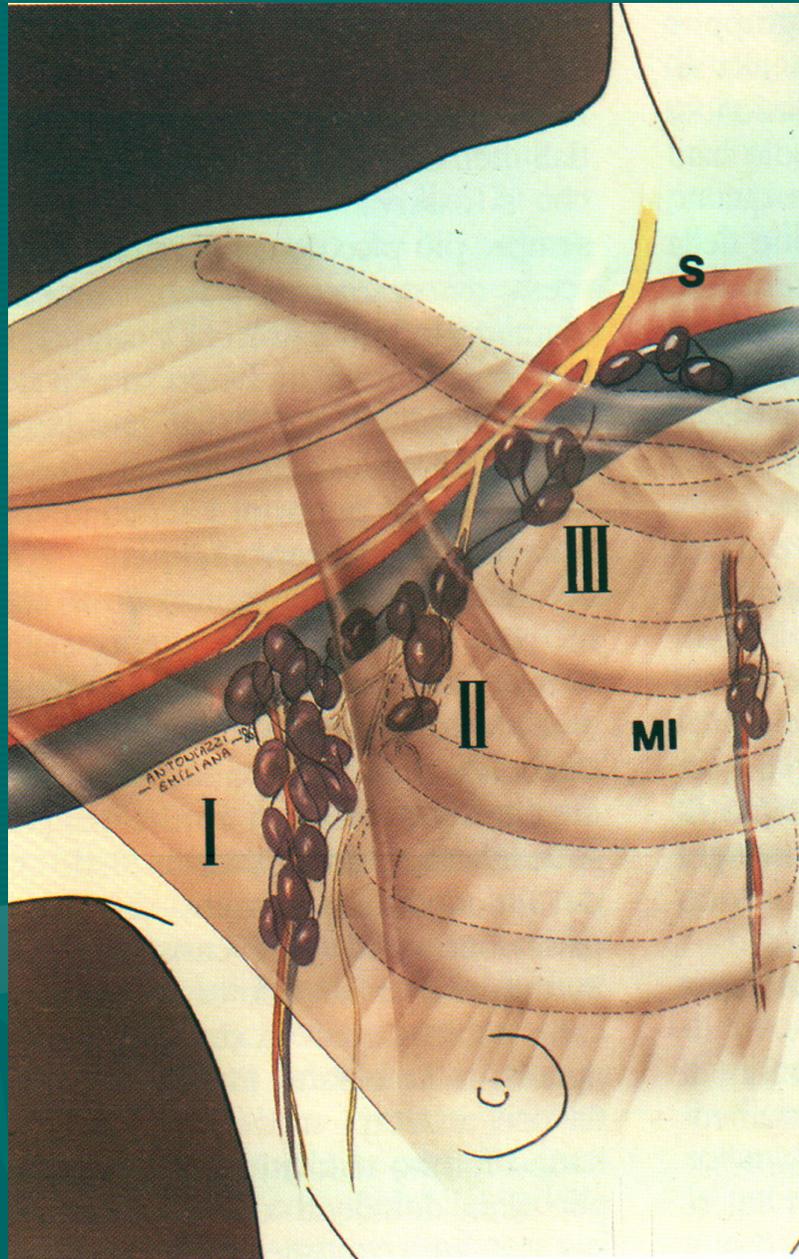




**LA TECNICA
DEL LINFONODO
SENTINELLA**

Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo (o linfonodi) che riceve linfa direttamente dal tumore.

Le metodiche sperimentate e accreditate per l'identificazione del linfonodo sentinella prevedono l'utilizzo di un colorante vitale, l'uso di un tracciante radioattivo o la combinazione di entrambi i metodi.



Colorante vitale

Il colorante vitale può essere iniettato per via subdermica o peritumorale.

Tracciante radioattivo

Si utilizzano particelle colloidali di albumina umana comprese tra 20 e 80 nanometri (nanocoll).

La linfoscintigrafia può essere eseguita il giorno precedente l'intervento chirurgico o lo stesso giorno, almeno 1-2 ore prima dell'intervento.

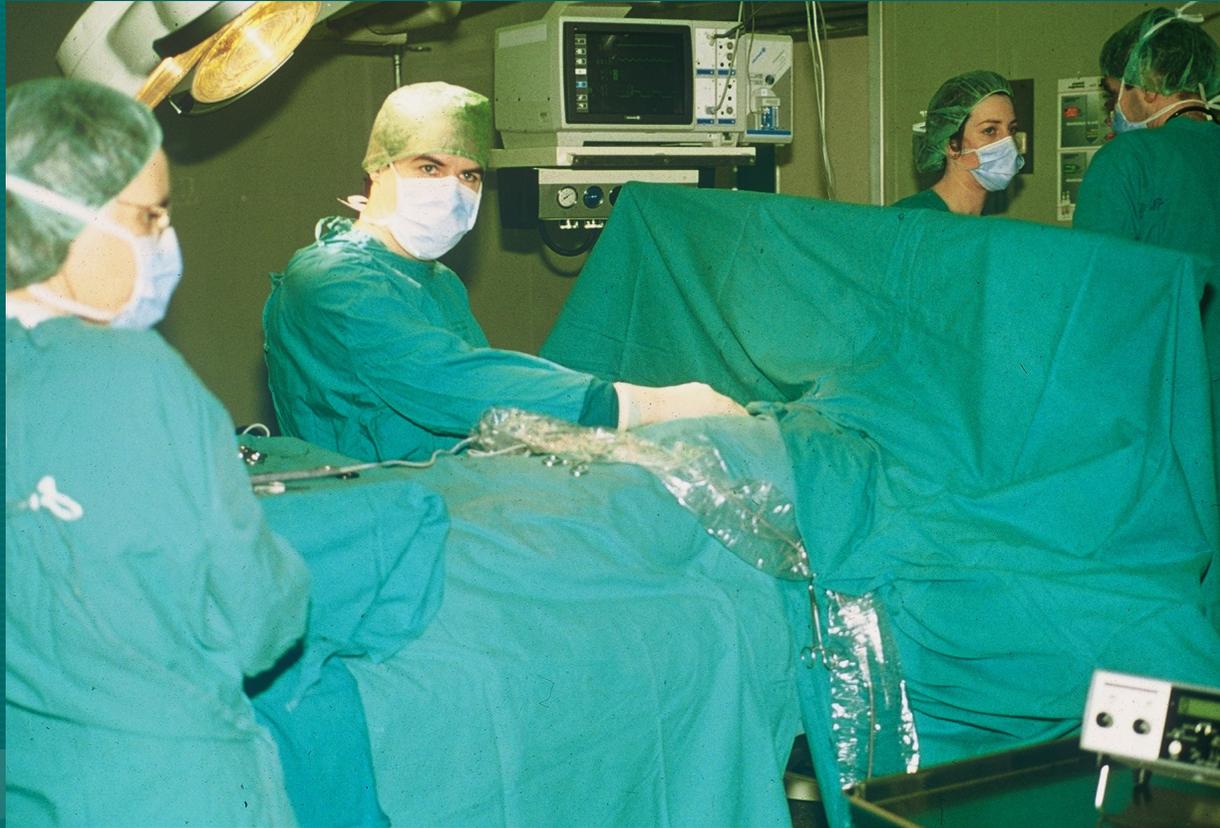
L'immagine linfoscintigrafica disponibile al momento chirurgico è di grande utilità perché consente di rilevare la sede e la presenza di uno o più linfonodi.

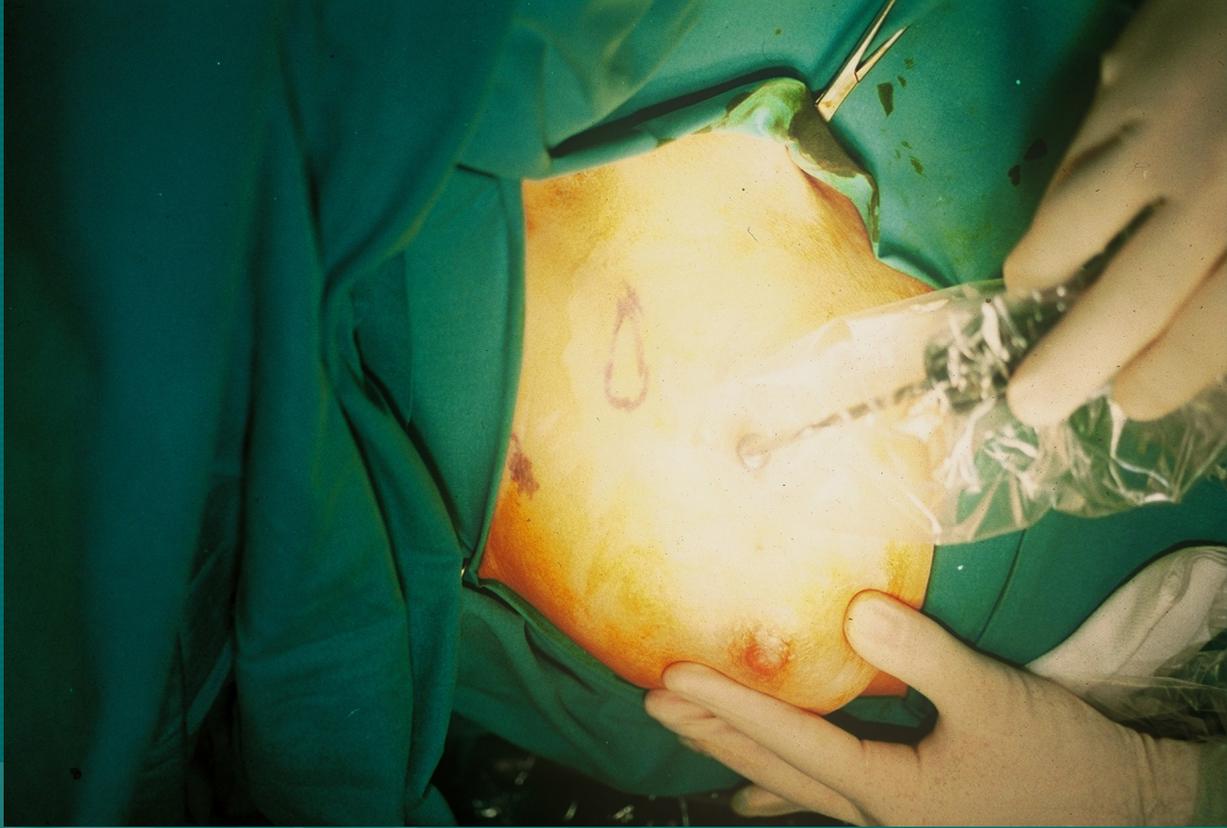
Durante l'intervento si utilizza una sonda per rilevare la radiazione gamma. La sonda viene passata molto lentamente e perpendicolarmente ai linfonodi del cavo ascellare per captare il punto di maggiore emissione del segnale.

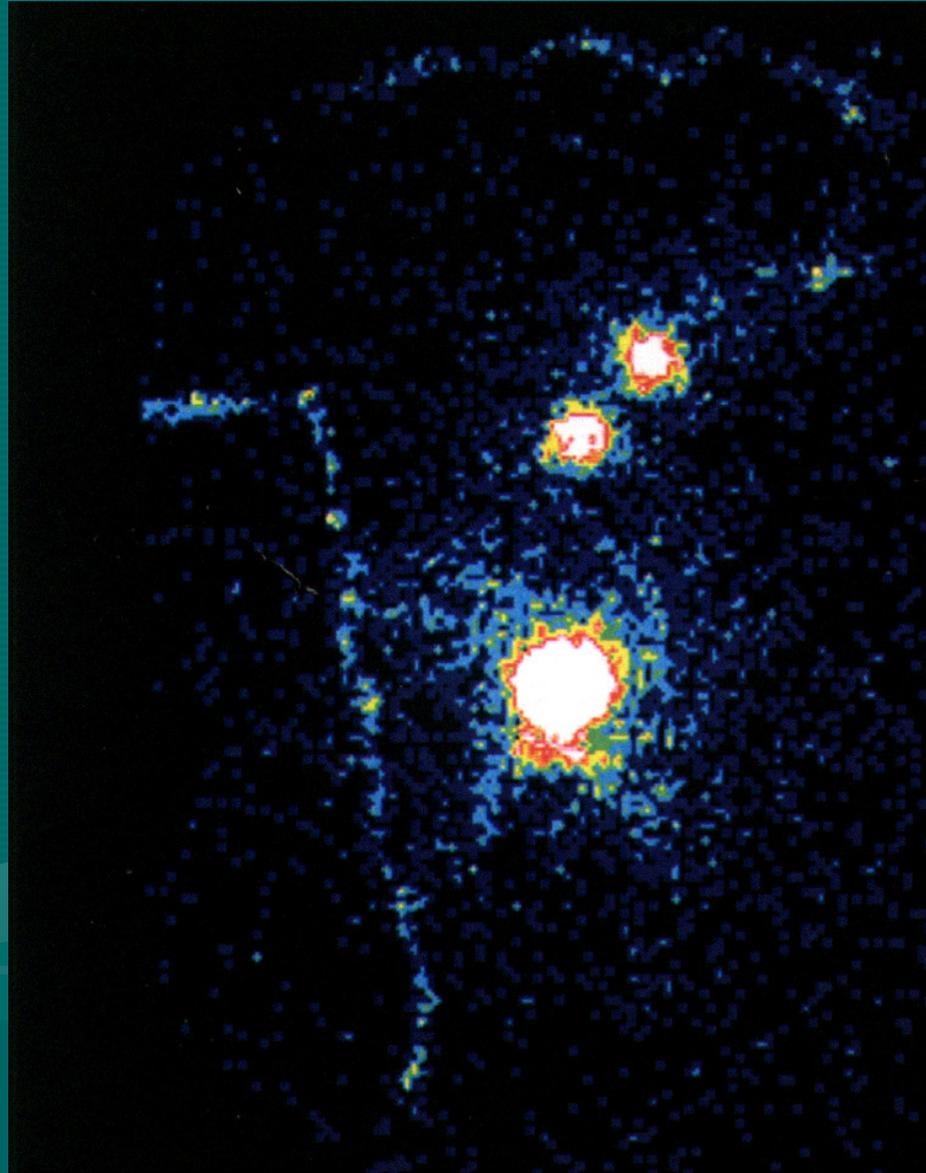
La paziente deve essere informata della possibilità (3,5% dei casi) che si possa manifestare una ripresa linfonodale ascellare che renda necessario, nel tempo, procedere con lo svuotamento ascellare.

Per questa ragione è raccomandato un follow-up clinico attento, con cadenza semestrale, che consenta di rilevare una eventuale ripresa linfonodale ascellare.

È importante quindi che la paziente sottoscriva il consenso.

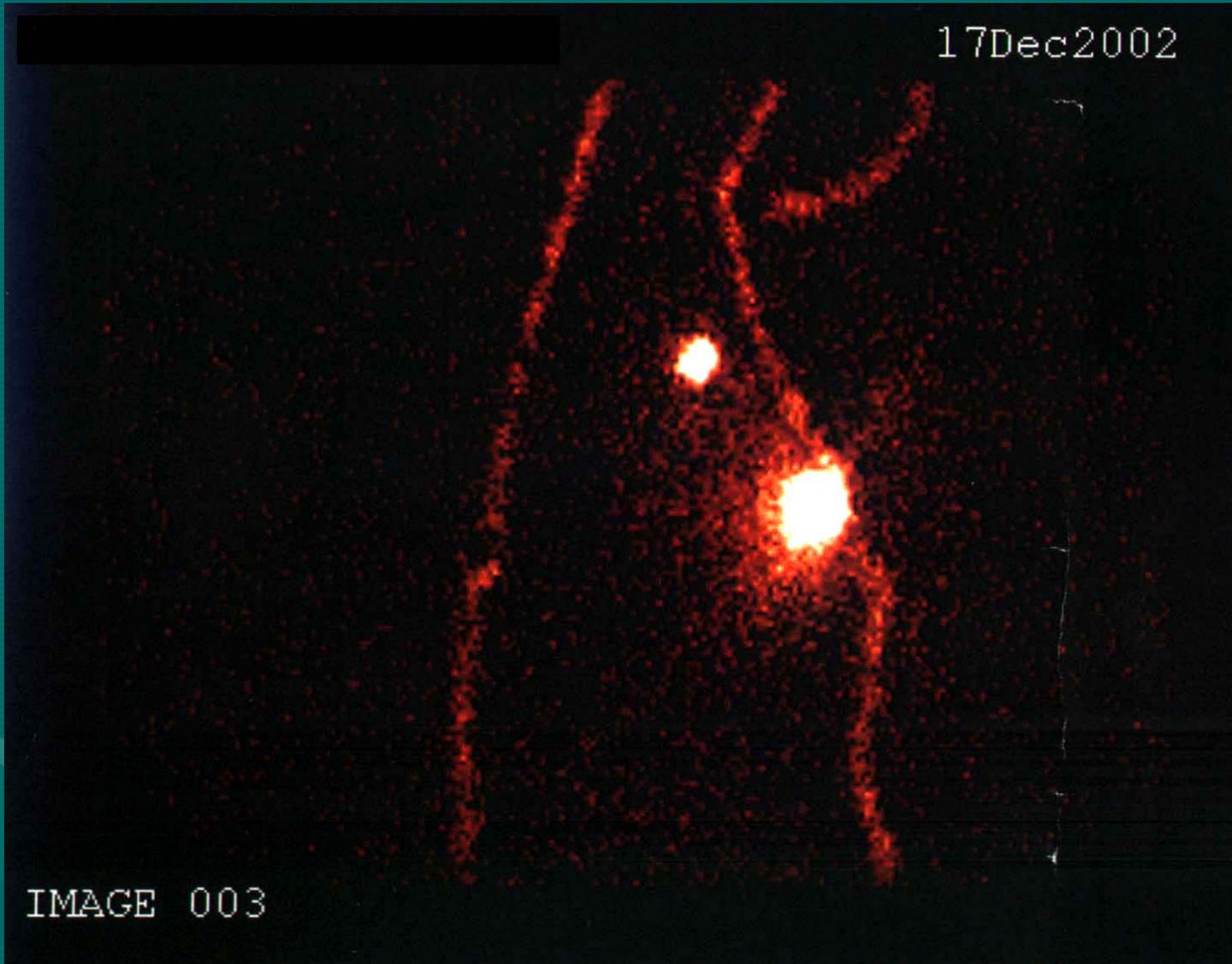






17Dec2002

IMAGE 003



Il chirurgo, per asportare il linfonodo sentinella, praticherà una piccola incisione sulla linea ideale di incisione per dissezione ascellare.

La ricerca del linfonodo sentinella avverrà mediante la sonda inserita in una guaina sterile che permette di identificare il linfonodo che emette il maggior segnale.

Il linfonodo sentinella viene inviato presso l'anatomia patologica per l'esame istologico definitivo: se risulta essere negativo per metastasi non viene effettuato lo svuotamento ascellare.

**REPERIMENTO ED
EXERESI DELLE LESIONI
NON PALPABILI**

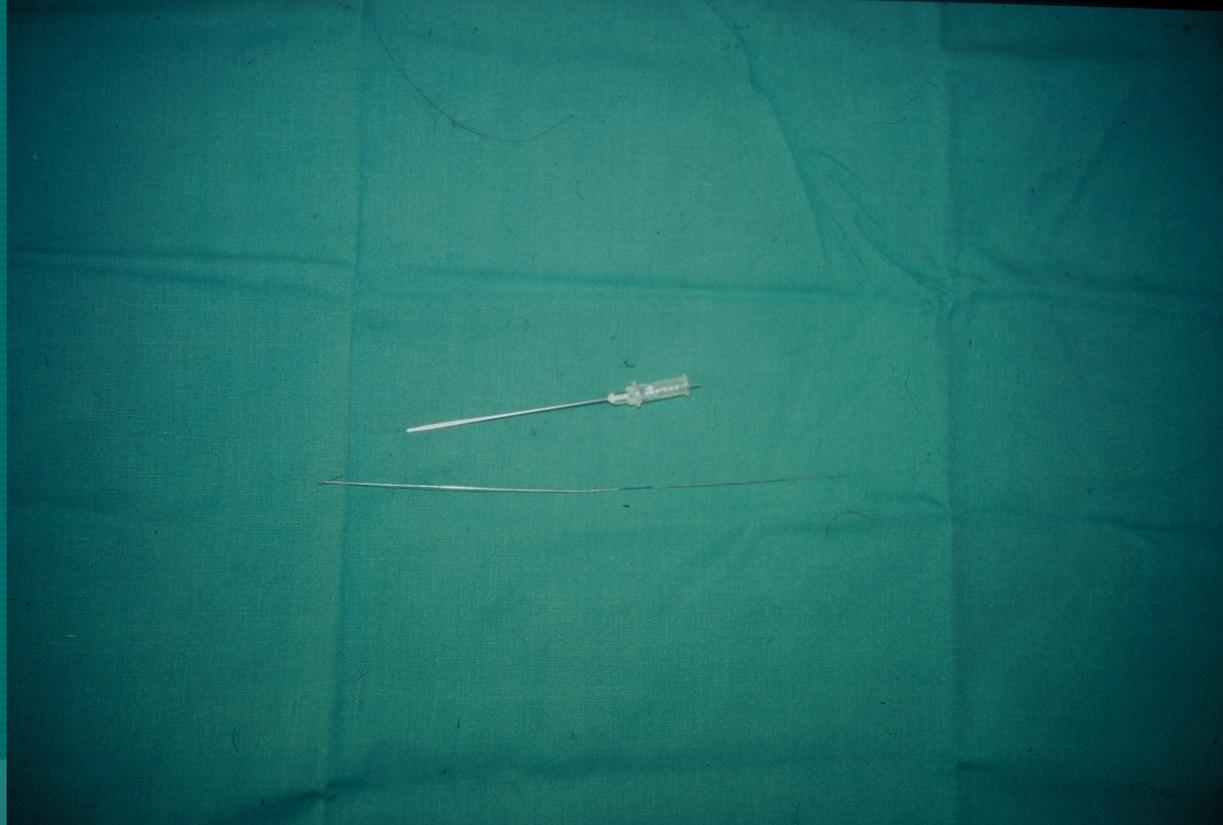


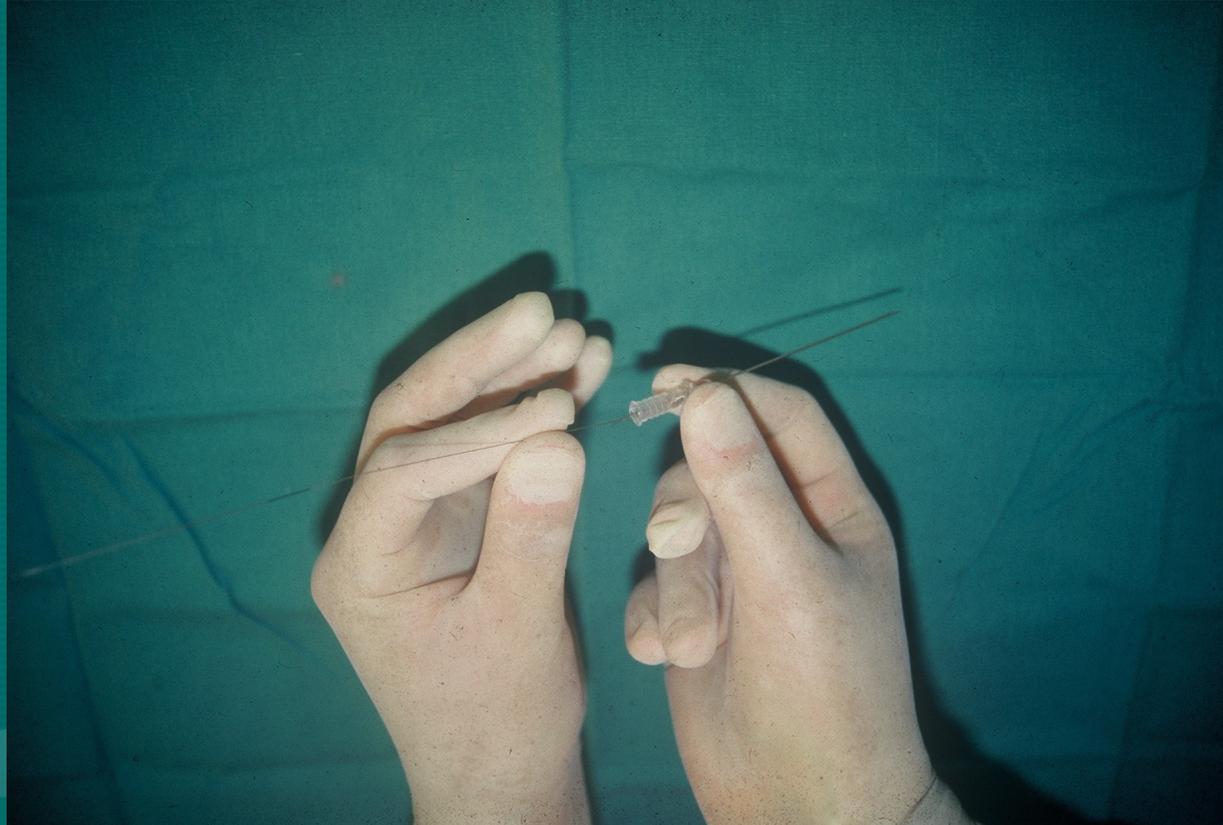
Metodo del repere metallico

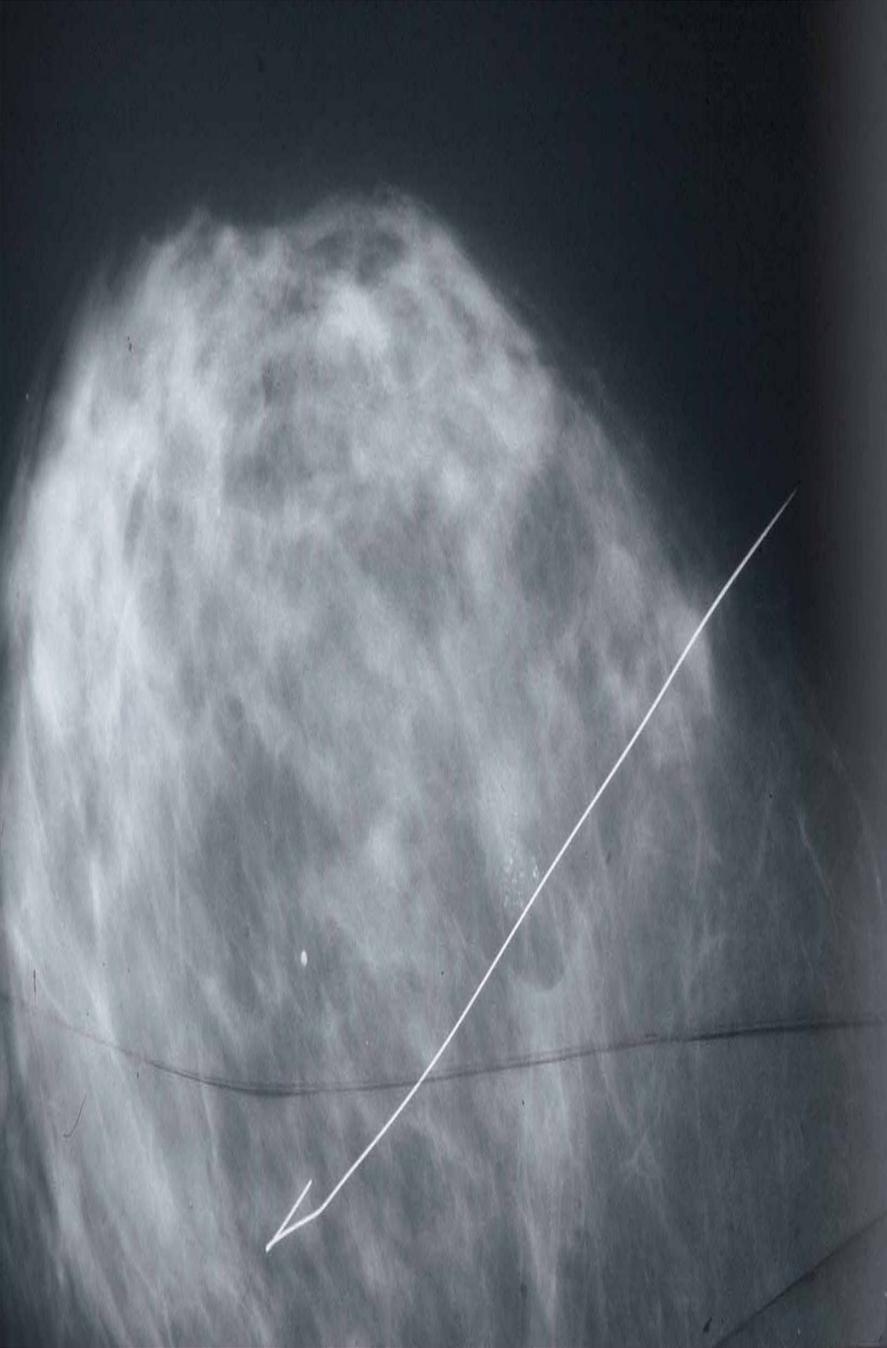
The background is a solid teal color. In the lower half, there is a faint, semi-transparent image of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership.

Si introduce nella sede della lesione, sotto guida mammografica o ecografica, un'ago-cannula che contiene all'interno un uncino metallico.

Verificata l'esatta collocazione dell'ago, si lascia in sede il filo con l'estremità ad uncino e si eseguirà una nuova mammografia che servirà al chirurgo in sala operatoria per l'escissione del settore di parenchima mammario contenente la lesione.







Metodo del colorante

The background is a solid teal color. In the lower half, there is a faint, semi-transparent image of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership. The text 'Metodo del colorante' is centered in the upper half in a white, serif font with a slight drop shadow.

È importante usare coloranti poco diffusibili (sospensione di polvere di carbone in acqua distillata):

- per poter poi dilazionare l'intervento anche di alcune settimane;
- perché creano meno problemi chirurgici (non mascherano il campo operatorio).

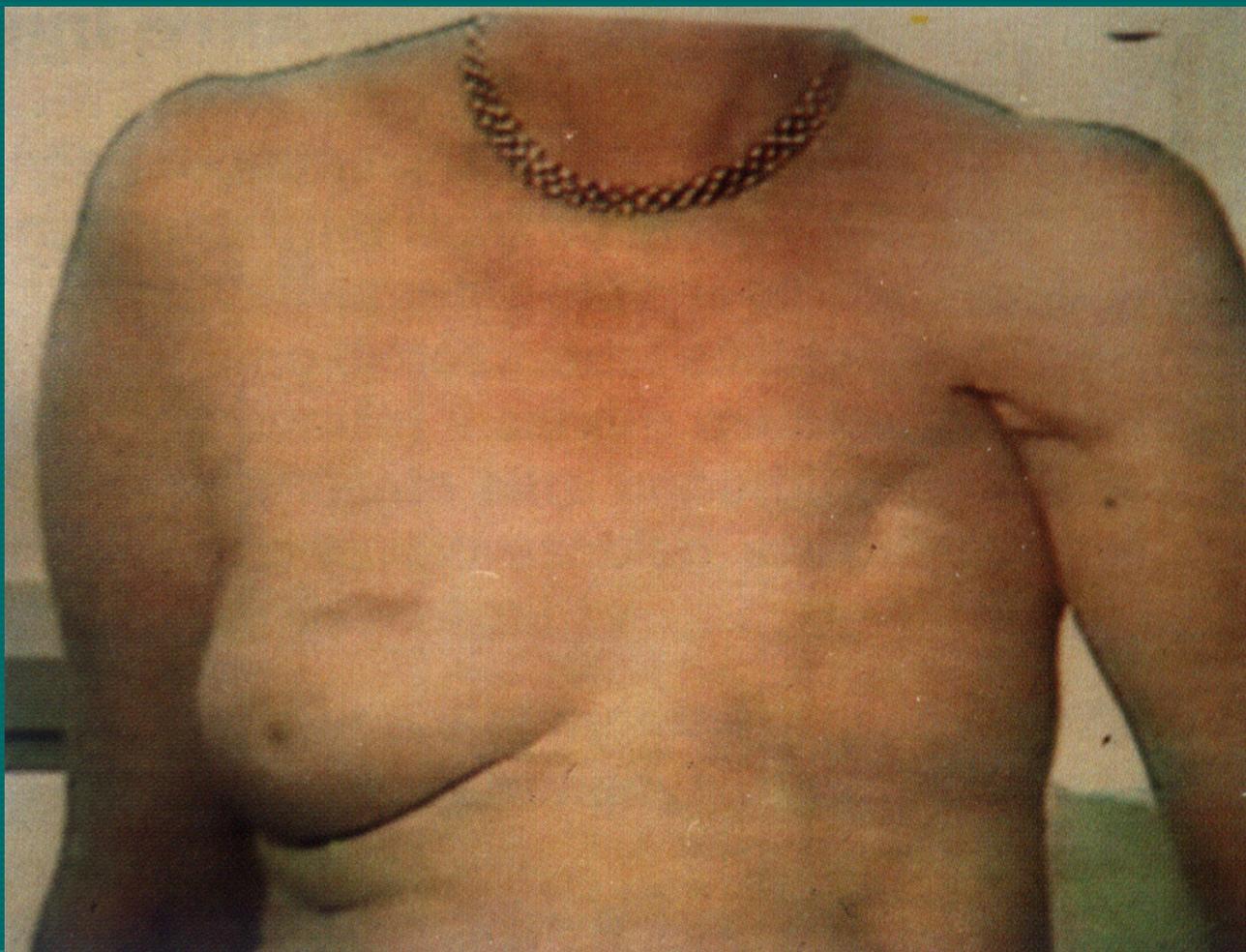
La polvere di carbone viene lasciata in sede dal radiologo dopo l'effettuazione del prelievo citologico.

Metodo del tracciante radioattivo

A faint, semi-transparent image of two hands shaking is visible in the background, centered behind the text. The hands are rendered in a light teal color, matching the background's overall theme.

È definito Roll.

Prevede l'impiego di macroaggreganti di albumina umana. Si tratta di particelle molto più grosse e meno mobili di quelle usate per l'individuazione del linfonodo sentinella.



La prevenzione e la diagnosi precoce sono importanti per attivare le tecniche chirurgiche conservative.....