

La chirurgia oncoplastica nel trattamento del carcinoma mammario

L. CATALIOTTI, C. CALABRESE

Il trattamento del tumore della mammella ha subito negli ultimi venti anni dei mutamenti radicali: la ragione va trovata sia nell'evoluzione delle tecniche diagnostiche, che ha permesso di trattare precocemente neoplasie di piccole dimensioni, sia nei risultati a distanza degli studi clinici controllati che hanno confermato la validità di tecniche quali il trattamento conservativo o, più recentemente, il linfonodo sentinella. Tutto questo ha permesso una sostanziale evoluzione dell'approccio chirurgico riuscendo a garantire con sempre maggiore frequenza interventi che, a parità di radicalità oncologica, hanno un più favorevole impatto sulle donne.

Già nel 2002 Veronesi e Fisher hanno pubblicato dati relativi a 20 anni di follow-up di pazienti sottoposti a chirurgia conservativa e radioterapia e hanno ben evidenziato che i risultati oncologici erano sovrappponibili a quelli della chirurgia demolitiva. Per questi motivi oggi la chirurgia conservativa viene universalmente considerata come il trattamento di scelta nelle forme eteroplastiche in stadio precoce e rappresenta circa il 75% degli interventi nell'ambito della senologia oncologica.

Rimangono candidati alla mastectomia le pazienti nelle quali il rapporto tra dimensioni del tumore e dimensioni della mammella è tale da non garantire un risultato estetico soddisfacente, le pazienti con molteplicità tumorale, quelle con carcinomi infiammatori e quelle con controindicazioni ad effettuare radioterapia postoperatoria.

L'obiettivo attuale del trattamento conservativo è quindi quello di garantire una chirurgia "localmente radicale" ed un buon risultato estetico. Vari studi hanno tuttavia evidenziato come il risultato estetico sia inversamente proporzionale al volume escluso, ma anche che la prevenzione di un risultato estetico non soddisfacente non passa attraverso escissioni più contenute: il Trial Milano II, confrontando la quadrantectomia tradizionale con le tumorectomie nelle neoplasie inferiori ai 25 millimetri, ha dimostrato che il tasso delle recidive locali era sensibilmente più elevato (7.7% vs 2,2%) nel secondo gruppo.

Nell'ottica di ottenere un migliore controllo locale della malattia e garantire un buon risultato estetico sono state introdotte nuove metodiche che combinano i principi della chirurgia oncologica con tecniche proprie della chirurgia plastica. Questa combinazione tra chirurgia plastica ed oncologica viene appunto denominata "chirurgia oncoplastica" e ha l'obiettivo di garantire la "buona cura": superando la mera terminologia, la chirurgia oncoplastica è realmente diventata un nuovo modo di pensare il trattamento del tumore mammario, che mira a risolvere il conflitto fra resezione del volume mammario, per ottenere margini liberi da malattia, e desiderio di risparmiare al massimo le componenti ghiandolari e cutanee per un buon risultato estetico. L'inizio dell'integrazione delle tecniche di chirurgia oncologica e plastica nasce per prevenire le possibili deformità dei cosiddetti "quadranti a rischio", tipicamente inferiori e centrali. In queste sedi l'utilizzo di tecniche di "mastoplastica terapeutica" è programmato per compensare, con la mobilizzazione ghiandolare basata su un peduncolo vascolare, gli effetti della resezione oncologica.

Negli ultimi anni si è tuttavia assistito ad un'evoluzione di principi e tecniche: si è passati infatti da un rischio legato alla sede della neoplasia ad una valutazione più ampia ed integrata che ha coinvolto il tumore (sede e dimensioni) e la mammella (dimensioni e caratteristiche). Da questo approccio integrato è nata la chirurgia oncoplastica.

Si sta quindi delineando una nuova subspecialità il cui impatto è significativamente aumentato negli ultimi dieci anni sia per una sempre più vasta diffusione dell'informazione sulle metodiche che possono ridurre gli esiti della chirurgia demolitiva, sia per la convinzione delle donne che la chirurgia conservativa del tumore mammario può e deve essere un intervento che rispetta ed applica principi di chirurgia estetica della mammella come parte della cura della malattia. Il percorso di cura che nasce nell'ambito delle moderne Breast Unit appare come uno dei massimi esempi di reale multidisciplinarietà, dove tutte le figure professionali coinvolte danno un sostanziale contributo per scegliere il miglior percorso diagnostico-terapeutico tenendo ben presente che parte del risultato e passa anche attraverso una corretta informazione della paziente.

Molti psiconcologi hanno evidenziato che questa attiva partecipazione delle donne all'iter terapeutico oncologico e ricostruttivo permette di accettare con maggiore consapevolezza e serenità la malattia determinandone una vera e propria esorcizzazione. Una corretta informazione deve tener conto del fatto che, al momento della diagnosi, le donne vengono letteralmente investite da una enorme quantità di informazioni e sono, per questo, in uno stato di grande preoccupazione per la loro salute. Ruolo del chirurgo è quello di accertarsi che le pazienti recepiscono le informazioni e rendersi disponibile per ulteriori chiarimenti in tempi successivi al primo colloquio.

Il primo atto di multidisciplinarietà risulta nella programmazione preoperatoria: in ambito di chirurgia conservativa la ricostruzione, se indicata, deve essere immediata e deve essere progettata come un equilibrio, spesso sofisticato, fra le aree della mammella ove si crea il difetto e quelle che forniranno i tessuti per compensarlo. Il confronto, in ambito preoperatorio, fra il chirurgo oncologo e il chirurgo plastico è teso a fornire le migliori soluzioni terapeutiche. Per il chirurgo generale, esse si baseranno sull'integrazione di tecniche ricostruttive che contribuiscono al miglioramento della cura locale, il cui presupposto sono margini privi di malattia. Per il chirurgo plastico, sarà essenziale conoscere non solo la paziente, ma anche sede e ammontare dell'exeresi per poter costruire un percorso oncoplastico quasi personalizzato.

Riguardo alla scelta della tecnica, nel caso siano possibili più opzioni è opportuno impiegare quella con il minore impatto funzionale e che permetta un recupero veloce tale da limitare le interferenze ed il ritardo delle terapie adiuvanti. Tra queste metodiche "economiche" si stanno sempre più affermando quelle che consentono l'exeresi della neoplasia attraverso l'integrazione di una mastoplastica periareolare (la cosiddetta "round block" della chirurgia estetica) o a peduncolo laterale/mediale per il compenso di deficit dei quadranti interni ed esterni. Sempre più spesso nella gestione di un intervento oncoplastico si procede, per ottenere la simmetria, ad interventi bilaterali. Questi richiedono indubbiamente un maggior *training* in chirurgia plastica evidenziando che, quando si affronta il trattamento del tumore della mammella secondo principi oncoplastici, sarà indispensabile anche formare chirurghi dedicati a questa nuova disciplina che rappresenta un passo verso un chirurgo senologo padrone delle tecniche sia oncologiche che ricostruttive.

Relativamente alle terapie adiuvanti, è ben noto che tutte le pazienti che hanno subito un intervento conservativo devono essere sottoposte a radioterapia: nello spirito della multidisciplinarietà, ove sia stato eseguito un rimodellamento che preveda lo spostamento di componenti ghiandolari, è indispensabile mappare con *clip* il primitivo letto tumorale per consentirne una corretta individuazione ed esecuzione della radioterapia.

È importante sottolineare che queste tecniche non interferiscono in nessun modo con il normale follow-up oncologico e non aumentano il rischio di ripresa locale o sistemica della malattia. Sicuramente questo moderno approccio non viene uniformemente applicato in tutte le strutture che si occupano di senologia. Ciò è da imputare da una parte al ritardo da parte delle Aziende Sanitarie nell'organizzare le moderne Breast Unit, dall'altra al ritardo culturale di molti addetti ai lavori. Parte di questo ritardo deve anche essere attribuito al fatto che la chirurgia ricostruttiva non è stata mai enfatizzata come, ad esempio, la diagnosi precoce e la terapia oncologica in senso lato, ma è spesso stata relegata in secondo piano come se non facesse realmente parte dell'iter terapeutico.

Come sottolineato da molti Autori, anche in caso di mastectomie si può parlare di approccio oncoplastico. L'evoluzione delle tecniche di chirurgia oncologica consente ormai sempre più spes-

so di conservare gli elementi caratterizzanti la mammella, vale a dire il complesso areola-capezzolo e la cute (le cosiddette “sparing mastectomies”). La programmazione di una corretta chirurgia ricostruttiva deve valorizzare tale evoluzione della chirurgia demolitiva e, in ultima analisi, migliorare sensibilmente anche in questi interventi il risultato estetico. La chirurgia oncoplastica giova ormai un ruolo decisivo nell’ambito delle indicazioni chirurgiche sia per realizzare una conservazione sicura e soddisfacente della mammella sia per optare verso una mastectomia ben ricostruibile.

È ormai opinione consolidata che la ricostruzione debba iniziare contemporaneamente all’atto demolitivo per risparmiare un tempo chirurgico e per minimizzare l’impatto emotivo sulle pazienti. Anche in caso di mastectomie, l’informazione delle pazienti è fondamentale per pianificare in maniera corretta il trattamento ricostruttivo. L’informazione deve essere intellettualmente onesta e si deve evitare di cadere nel frequente trabocchetto di cercare di alleggerire l’impatto della malattia nascondendosi dietro l’alibi ricostruttivo. Non devono in alcun modo essere alimentate false aspettative perché quello che la chirurgia oncoplastica può fare è ridurre al minimo l’impatto dell’intervento oncologico, ma nessuna metodica ricostruttiva, neppure quella tecnicamente meglio riuscita, potrà mai garantire una mammella perfettamente uguale alla precedente.

La chirurgia oncoplastica ha come obiettivo di soddisfare tutti i principi della buona cura, che vanno dalla corretta informazione alla programmazione multidisciplinare, all’esecuzione di un intervento integrato che conduca alla radicalità oncologica con un ottimo risultato estetico e che si dimostri, alla luce di indicatori oncologici, sicuro e stabile.

Bibliografia

1. Brown IM, Wilson CR, Doughty JC, George WD, Cooke TG, Weiler-Mithoft EM, Scott JR, Ray AK. The future of breast surgery: a new sub-speciality of oncoplastic breast surgeons? *Breast* 2004;13(1):82.
2. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003;237(1):26-34.
3. Clough KB, Kroll SS, Audreitsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(2):409-20.
4. Fischer B, Jeong J, Anderson S, Bryant J, Fischer E, Wolmark N. Twenty-five year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med* 2002; 347:567-575.
5. Rietjens M, Urban CA, Rey PC, Mazzarol G, Maisonneuve P, Garusi C, Intra M, Yamaguchi S, Kaur N, De Lorenzo F, Matthes AG, Zurruda S, Petit JY. Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *Breast* 2007;16(4):387-95. Epub 2007 Mar 26.
6. Skillman JM, Humzah MD. The future of breast surgery: a new subspecialty of oncoplastic breast surgeons? *Breast* 2003.
7. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, Aguilar M, Marubini E. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(16):1227-32.Jun;12(3):161-2.

M.G. Balzanelli

MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

**II edizione aggiornata
con le Linee Guida
ILCOR 2005-2006
per la Rianimazione
Cardiopolmonare**

**Volume brossurato
di 1.536 pagine
f.to cm 12x19
€ 80,00**

**per acquisti online
www.gruppocic.com**



CIC Edizioni Internazionali

