

Attualità sul tumore mammario

Presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano si è svolta la XVII Edizione della "Milan Breast Cancer Conference", il più importante appuntamento internazionale sul tumore della mammella. Al centro delle re-

lazioni ampio spazio è stato dedicato alla mastectomia conservativa e alla chirurgia ricostruttiva, alle strategie volte a ridurre la chirurgia e la radioterapia, senza tralasciare alcune situazioni cliniche particolari.

È finita l'era del linfonodo sentinella?

Fino a prima degli anni 70 prevaleva il concetto che l'intervento sui linfonodi ascellari fosse terapeutico. Con la nuova era della chirurgia conservativa della mammella e delle terapie adiuvanti la dissezione ascellare è stata vista come un momento di staging.

"Dalla metà degli anni 90 - spiega **Roberto Agresti**, SC di Chirurgia Generale indirizzo oncologico 3 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano - il ricorso al linfonodo sentinella è diventato il nuovo standard di approccio ed è stato per molto tem-

po usato per discriminare se fare o meno la dissezione ascellare". Recentemente alcuni studi hanno suggerito che anche in caso di positività potrebbe non essere necessaria la dissezione ascellare. La ricerca di fattori prognostici discriminanti sul tumore primitivo ha portato a risultati interessanti e in questo contesto, i risultati di un trial monocentrico svolto all'IST di Milano, che ha confrontato pazienti con chirurgia conservativa e dissezione ascellare e pazienti trattate con la sola quadrantectomia (tumori piccoli, T1N0), ha mo-

strato che le curve di sopravvivenza a 10 anni erano identiche. "Classificando le pazienti sulla base di fattori relativi al tumore primitivo identifichiamo meno pazienti ad alto rischio per i quali è giusto prescrivere una terapia adiuvante". Se questo fosse confermato potrebbe essere ridotto sensibilmente il ricorso a terapie adiuvanti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Roberto Agresti

Evoluzione del trattamento radioterapico

Il ruolo della radioterapia nell'ambito del trattamento integrato è molto cambiato negli ultimi anni. "Grazie anche alle nuove tecnologie, che permettono un trattamento sempre più preciso e mirato - spiega **Roberto Orecchia**, Direttore Scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia - si sono imposti nuovi approcci e nuovi schemi terapeutici, in particolare nel frazionamento della dose.

Dallo schema classico, dopo chirurgia conservativa, che prevedeva 6 settimane di trattamento, oggi esiste uno standard parallelo che permette di ridurre considerevolmente i tempi e che consiste in un trattamento generalmente di 15 sedute, corrispondenti a 3 settimane di trattamento". Sono poi state sperimentate con successo altre alternative, come per esempio l'irradiazione

parziale della mammella, riservata a una minoranza delle pazienti (20-25%) e che consente di focalizzare l'irradiazione alla zona del letto tumorale e a un piccolo margine circostante.

"L'evoluzione che ci aspettiamo nel futuro è quella di selezionare sempre di più le pazienti da sottoporre a radioterapia, ma anche di valutare la reale possibilità di non praticare la radioterapia in alcuni casi, basandosi sull'età della paziente e su caratteri di tipo biologico", in presenza di basso rischio

di recidiva. Un'altra novità è la possibilità, anche qui in casi selezionati, che la radioterapia sostituisca lo svuotamento ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo.

tuisca lo svuotamento ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Roberto Orecchia

I progressi della chirurgia ricostruttiva

Limitare il più possibile l'aggressività dell'intervento terapeutico è un obiettivo importante dell'approccio ai tumori. Per quanto riguarda il tumore della mammella, va anche aggiunta l'importanza attribuita alla conservazione degli aspetti estetici. La chirurgia "nipple sparing" e quella ricostruttiva nascono come risposta all'evoluzione conservativa del trattamento del tumore della mammella. Grazie all'accuratezza della diagnostica per immagini è sempre più frequente il riscontro di tumori multifocali o micro calcificazioni diffuse a tutta la mammella, spesso espressione di tumori in situ. In questi casi è necessario asportare l'intera ghiandola.

Nella mastectomia conservativa il chirurgo senologo asporta la ghiandola lasciando intonsi la cute e il complesso areola-capezzolo (salvo

i casi in cui la malattia è estesa a quest'area), e subito dopo i chirurghi plastici ricostruiscono la mammella originaria inserendo una protesi. In questo modo è possibile conciliare al meglio le esigenze oncologiche a quelle estetiche. Gli enormi progressi nelle tecniche chirurgiche di precisione e nei materiali utilizzati per le protesi garantiscono oggi risultati eccellenti.

"All'IEO stiamo sviluppando molto la parte ricostruttiva in seguito a intervento per tumore della mammella - spiega **Mario Rietjens**, Direttore della Divisione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva. "In particolare vi sono ora due tecniche che si stanno rivelando in quest'ambito particolarmente utili e innovative: l'utilizzo del trapianto del grasso per correggere piccoli difetti dopo la ricostruzione o, in certi casi sele-

zionati, per ricostruire tutta la mammella", e il ricorso a un materiale, chiamato, "dermal matrix" per ricoprire le protesi.

"La prima - continua Rietjens - è una tecnica molto semplice, che può essere eseguita anche in anestesia locale e che non ha controindicazioni particolari. La seconda tecnica, che sta dando ottimi risultati, è una specie di rete di collagene che offre supporto e favorisce la cicatrizzazione dei tessuti intorno alla protesi, rendendo il risultato migliore e più semplice da eseguire. Il grosso vantaggio è che incrementa il risultato estetico perché riduce il fenomeno di rigetto della protesi."



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Mario Rietjens

Mastoplastica additiva e sviluppo di tumore

Un discorso a parte va fatto per una particolare categoria di pazienti, costituita dalle donne già sottoposte a mastoplastica additiva: un tipo di intervento sempre più frequente, per cui il riscontro di tumore mammario non è così raro. In queste pazienti ci sono degli aspetti peculiari da considerare. Sottolinea **Paolo Veronesi**, Direttore della Senologia Chirurgica allo

IEO: "Paradossalmente, nonostante tanti allarmismi, il rischio di tumore della mammella è ridotto almeno del 40% rispetto alle altre donne", per motivi ancora in gran parte da chiarire. "Anche la diagnosi sembra più semplice, soprattutto perché la ghiandola è spinta in avanti dalla protesi ed è più facile individuare eventuali neoformazioni". È tuttavia importan-

te porre un'attenta diagnosi differenziale, tenendo in considerazione i fattori legati alla protesi e ricorrendo, come sempre, a ecografia, mammografia e RMN.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Paolo Veronesi