

INTENDIAMOCI SUI TERMINI

A cura del Dr.G.Antonini

estratto dal consensus della F.O.N.Ca.M edizione 2003

La RESEZIONE MAMMARIA LIMITATA (biopsia/tumorectomia) consiste nell' asportazione di una piccola porzione di tessuto mammario comprendente il tumore.

Per RESEZIONE AMPIA, O TUMORECTOMIA ALLARGATA, si intende l' asportazione di una porzione di tessuto mammario comprendente il tumore e un margine non inferiore al centimetro di parenchima circostante macroscopicamente sano

Per QUADRANTECTOMIA si intende l' asportazione di un ampio settore di ghiandola mammaria con la cute soprastante e la fascia del muscolo grande pettorale.

MARGINI SICURI Ogni intervento chirurgico conservativo, sia esso un' ampia escissione oppure una quadrantectomia, dovrebbe consentire l' exeresi di una porzione più o meno ampia di parenchima mammario con un margine negativo di almeno 1 cm intorno al tumore. in caso di vicinanza del tumore al margine, la cui esatta misura viene indicata dal patologo, la scelta terapeutica di reintervenire chirurgicamente oppure affidarsi a un sovradosaggio radioterapico è legata a un' attenta valutazione dei fattori di rischio legati al controllo locale della malattia quali età della paziente, presenza di estesa componente intraduttale (EIC), multifocalità, tipo di crescita tumorale, grading, etc. Va rilevato che in uno studio randomizzato casi con margini positivi e casi con margini negativi trattati con radioterapia hanno mostrato un' uguale incidenza di recidive locali.

Nella MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA, l' intervento prevede l' asportazione dell' intera ghiandola mammaria preservando la cute della mammella e il complesso areola-capezzolo. Lo spessore dei lembi cutanei dipende dalla corporatura della paziente: in una paziente magra può essere di soli 2-3 mm, in una obesa può essere di 5-10 mm.

MASTECTOMIA CON RISPARMIO CUTANEO (skin sparing mastectomy) Questo intervento prevede l' asportazione della ghiandola mammaria con il complesso areola-capezzolo rispettando completamente o in parte la cute soprastante.

MASTECTOMIA TOTALE: Il termine definisce l' asportazione della ghiandola mammaria e di una losanga di cute soprastante comprendente areola e capezzolo (mastectomia semplice).

La MASTECTOMIA RADICALE prevede l'asportazione della ghiandola mammaria con il complesso areola-capezzolo rispettando completamente o in parte la cute soprastante.

Un'evoluzione recente della mastectomia è la NIPPLE-SPARING, che prevede la conservazione dell'areola e del capezzolo con l'irradiazione di questo complesso anatomico con elettroni. La radioterapia può essere erogata intraoperatoriamente oppure nei giorni successivi all'intervento. È in corso uno studio che valuta l'impatto di questa tecnica chirurgica sulla qualità di vita delle pazienti e sulla ricaduta locale di malattia. Requisito importante per la conservazione del complesso areola-capezzolo è la negatività microscopica intraoperatoria per neoplasia del tessuto retro-areolare. Possono beneficiare di questo tipo di intervento pazienti affette da neoplasie non infiltranti estese oppure tumori infiltranti estesi, situati in sedi non prossime alla zona centrale della mammella.

MASTECTOMIA TOTALE con asportazione di entrambi i muscoli pettorali (detta di Halsted): Il termine radicale non è più impiegato oggi in quanto il concetto di radicalità va considerato un obiettivo sia della chirurgia demolitiva che di quella conservativa.

Per DISSEZIONE ASCELLARE TOTALE si intende l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari corrispondenti ai 3 livelli di Berg, con o senza asportazione del muscolo piccolo pettorale.

DISSEZIONE ASCELLARE I LIVELLO: L'asportazione dei linfonodi lateralmente al margine del muscolo piccolo pettorale.

IDENTIFICAZIONE E TRACCIABILITÀ del pezzo operatorio contrassegnandolo con reperi metallici o fili di sutura così da permetterne un corretto orientamento in accordo con il patologo