

INTERVENTI CHIRURGICI in SENOLOGIA

A cura del Dott. Giacomo Antonini

In questo capitolo saranno trattati i differenti “interventi” chirurgici a carico della mammella, con alcuni cenni sulle loro indicazioni.

Occorre tenere presente, cosa fondamentale, che la diagnosi deve essere fatta prima di qualsiasi intervento chirurgico: la biopsia diagnostica ha le sue strette indicazioni e che l' esame istologico intraoperatorio non dovrebbe più essere effettuato (in quanto oggi esistono gli strumenti per accertamento microinvasivi). La diagnosi preoperatoria permette di programmare, assieme a tutti gli attori (donna, oncologo, chirurgo, radioterapista, psicologo, medico nucleare, radiologo, chirurgo plastico), la migliore scelta terapeutica per quella singola paziente, e di sequenziare adeguatamente tutti gli atti terapeutici necessari.

1 AGOBIOPSIA

Sotto questo nome sono comprese sia l' agoaspirazione che l' agobiopsia di una tumefazione mammaria: mentre la prima può fornire informazioni sulla citologia di lesioni anche piccole, la seconda permette un vero prelievo istologico, ma da lesioni di dimensioni superiori al cm di diametro. Tutte e due le metodiche hanno scarse probabilità di diffondere cellule neoplastiche lungo il decorso dell' ago. Le indicazioni derivano dalla necessità di avere una diagnosi precisa riguardo una lesione sospetta clinica o mammografica, ma occorre tenere presente:

- una corretta tecnica di esecuzione e di conservazione del materiale prelevato (1).
- ignorare un risultato negativo !!!
- la necessità di concordanza e di coerenza tra la clinica e gli accertamento per immagini e il risultato del patologo!!!

Complicanze: anche se è stato descritto il PNX, sono per lo più trascurabili e si osservano in genere versamenti emorragici (raramente ematomi soprattutto con i prelievi istologici), e occasionali infiltrazioni infiammatorie della sede dell' agobiopsia.

2- La MICROBIOPSIA

Oggi sono possibili biopsie mediante aghi appositi, grossi (tipo Tru-cut, Silvermann, o altri simili) o mediante apparati semiautomatizzati che permettono di ottenere veri e propri campioni istologici mediante l' impiego di agocannule di diversi diametri guidate da sonde ecografica o da mammografo stereotassico (sistema Mammotome, sistema ABBI).

Il loro impiego dovrebbe essere riservato a casi in cui la citologia è negativa (vedi capitolo le biopsie per le lesioni non palpabili della mammella).

Indicazioni: tutte le lesioni ove la citologia non concorda senza ombra di dubbio con gli altri accertamenti (clinica, eco-mammografia) è indicato un ulteriore approfondimento.

La microbiopsia trova indicazioni quando le lesioni sono ben definite:

- nodulo solido
- scar lesion <1cm,
- microcalcificazioni raggruppate nell' area <1cm
- distorsione limitata < 1cm

Non trova invece indicazione per:

- lesioni cistiche,
- le lesioni estese quali microcalcificazioni diffuse o a raggruppamenti >1cm;
- lesioni non definite di dimensioni > 1cm;
- lesioni tecnicamente non raggiungibili: <1cm dalla cute, retroareolari superficiali, cavo ascellare, solco mammario, a ridosso dello sterno.

3. BIOPSIA DIAGNOSTICA A CIELO APERTO

E' indicata quando non è possibile eseguire un' agobiopsia quando questa non ha fornito le informazioni necessarie alla diagnosi, quando non sono indicate le altre metodiche miniinvasive. Nell' eseguire una biopsia occorre tenere presente quanto segue:

- non prepararsi mai alla biopsia di una lesione senza essersi prima assicurati, con l' agoaspirazione, che non si tratta di una cisti.
- nelle giovani, vi è una certa tendenza alla cicatrice ipertrofica o comunque inestetica, e occorre prestare attenzione alle incisioni, in particolare quelle dei quadranti mediali.
- le lesioni anche palpabili possono divenire difficilmente reperibili durante l' intervento soprattutto se è impiegata l' anestesia locale: è pertanto opportuno reperirle anche con filo metallico, e comunque sempre segnare sulla cute la sede della lesione.
- scegliere un' incisione idonea che renda sì agevole la biopsia, ma che tenga anche conto delle linee di Langer e della possibilità un eventuale successivo intervento (eg: mastectomia, quadrantectomia).
- impiegare meno possibile la diatermocoagulazione: danneggia il tessuto asportato e le proteine dei recettori ormonali (quando il loro dosaggio nel tessuto è indicato)!!
- suturare la breccia chirurgica per ridurre i possibili inestetismi, ma anche per evitare solchi o tumefazioni che rendono complesso il controllo della mammella operata.
- di curare l' emostasi: un intervento banale può essere complicato da uno spiacevole ascesso insorto su di un ematoma postchirurgico. In caso di ematoma, conviene evacuarlo chirurgicamente piuttosto che attenderne la risoluzione spontanea.

NB: ricordarsi di informare la Paziente di ciò che si ha intenzione di fare delle possibili alternative terapeutiche e comportamentali, del come e perché, delle possibili sequele (anche estetiche), dei possibili insuccessi, non dimenticando di rammentare alla donna di ritirare l' esito dell' esame istologico e infine di programmare insieme il follow-up !!!

4. EXERESI DEL FIBROADENOMA

Per questo intervento valgono gli stessi principi descritti sopra, avendo inoltre presente che:

- nelle giovani, la lesione è ben capsulata: per l' exeresi è sufficiente l' enucleazione della lesione., ma a livello del peduncolo occorre un intervento più ampio se si vuole evitare il rischio di una recidiva.
- nelle donne anziane con mammella in involuzione, il F. non è facilmente enucleabile: in questo caso occorre comportarsi come per una biopsia incisionale.

5. EXERESI DEL FIBROADENOMA GIGANTE

Per lesioni di questo tipo in

- giovani donne si ottengono buoni risultati estetici con un approccio chirurgico sottomammario: è scollato il piano relativamente avascolare retroghiandolare sino a raggiungere la lesione; questa è spinta posteriormente mentre è aperta la ghiandola per procedere alla exeresi per enucleazione. Il parenchima mammario non è così “disturbato”, e non vi è la necessità di chiudere la cavità. E’ in ogni caso consigliato un drenaggio in aspirazione.
- donne anziane, per le differenti caratteristiche biologiche della lesione e per i suoi rapporti con il tessuto mammario, è indicato un intervento di ampia exeresi che può spingersi sino alla mastectomia semplice.

6. BIOPSIE RX GUIDATE

L’impiego di una biopsia RX guidata è indicato quando ci si trova davanti ad una lesione visibile alla mammografia ma clinicamente non evidenziabile. La lesione può essere repertata in differenti modi:

- iniezione di colorante e liquido RX opaco in sede della lesione
- inserimento di repere metallico con punta ad uncino in sede della lesione.
- Iniezione di radiotracciante e individuazione della lesione mediante radiosonda

Dopo avere evidenziato la lesione, una mammografia di controllo permette di confermare la sede della marcatura ed il rapporto tra repere e lesione: si procede all’ intervento biotico . L’ avvenuta exeresi radicale della lesione in oggetto deve essere documentata, evidenziando la presenza della lesione stessa con una radiografia del tessuto asportato.

Non dimenticare di orientare il pezzo chirurgico!!!!

7. EXERESI DI DOTTO (*microdohectomia*)

Vi è indicazione a questo intervento quando alla presenza di un singolo dotto sanguinante si vuole procedere alla sua asportazione senza compromettere le possibilità di allattamento da parte della donna.

Per procedere occorre:

- evitare di svuotare il dotto per alcuni giorni,
- individuare il dotto secernente e incannularlo con ago bottonuto sottile,
- praticare un’ incisione periareolare o radiale, individuare il repere, asportare assieme al dotto anche un cercine di capezzolo e del tessuto periduttale per una lunghezza di 5-6 cm.
- orientare con filo di sutura il pezzo operatorio per l’ istologo.

8. EXERESI DEI DOTTI PRINCIPALI

Questo intervento riconosce delle precise indicazioni:

- a) secrezione sierosanguinea in donna di età superiore ai 40 anni, o in una donna che non ha esigenze o necessità di allattare al seno,
- b) secrezioni non ematiche, ma particolarmente abbondanti e fastidiose (dopo avere escluso la possibilità di un prolattinoma),
- c) eczema del capezzolo da secrezioni anche scarse
- d) ascesso retroareolare, tumefazione retroareolare, ectasia cistica dei dotti principali.

L’ accesso chirurgico può essere periareolare (sino al 50% della circonferenza) o attraverso il capezzolo (accesso transareolomammillare) avendo presente di:

- non scheletrizzare l’ areola: preservarne il reticolo vascolare; passare nella metà opposta all’ incisione chirurgica (oltre il capezzolo) per dissezione creando un tunnel dietro al cono centrale.

- non lasciare parte dei dotti all' interno del capezzolo: questo deve essere rivoltato a dito di quanto per sezionare a raso i dotti
- rimuovere la parte centrale del capezzolo se questo non si everte ed ha la tendenza a retrarsi
- orientare con filo di sutura il pezzo operatorio per l' istologo.

La chiusura della breccia chirurgica può essere effettuata con successive borse di tabacco dal fondo alla superficie.

In caso di intervento per un ascesso retroareolare, l' incisione è estesa alla cute della mammella e, dopo avere suturato sommariamente l' areola, la ferita deve essere lasciata granulare con medicazioni successive.

9. EXERESI DI FISTOLA DEL DOTTO MAMMARIO

L' indicazione all' intervento si pone per un ascesso ricorrente nella stessa sede o per una fistola persistente.

- In caso di episodio ascessuale acuto si può tentare un trattamento conservativo, con incisione e successive medicazioni
- in caso di fistola vi è l' indicazione ad un trattamento più esteso che comprende anche l' asportazione del dotto all' interno del capezzolo. Fistulotomia o Fistulectomia ? le due metodiche sono entrambe valide purché radicali: la prima è più lenta a guarire, mentre la seconda è più demolitiva. In tutti i casi la ferita deve essere lasciata granulare con medicazioni successive. Alcuni AA propongono la fistulectomia con chiusura della ferita e somministrazione di antibiotici, con buoni risultati.

10. DRENAGGIO DI ASCESSO MAMMARIO

Questa manovra, eseguita in anestesia generale, sotto copertura antibiotica, è condotta con un' incisione curvilinea parallela all' areola nella sede di maggiore tensione e dolore della cute; l' incisione è preceduta dal controllo della presenza di pus mediante agoaspirazione. Nell' eseguire il drenaggio, occorre:

- praticare un' incisione ampia
- rompere le concamerazioni dell' ascesso
- medicare con zaffo di garza per permettere la guarigione per seconda intenzione che avviene nell' arco di 2-3 settimane.

Alcuni AA propongono la chiusura della ferita chirurgica e somministrazione di antibiotici per alcuni giorni, con buoni risultati.

11. MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA PER GINECOMASTIA

E' attualmente indicata per quei casi di ginecomastia primitiva o secondaria che sono causa di gravi problemi estetici e/o psicologici, quando questi non hanno risposto ad eventuale trattamento medico. In caso di intervento chirurgico occorre:

- preferire una incisione sottomammaria solo per G. voluminose, mentre per gli altri casi procedere con una incisione periareolare.
- procedere nello spazio prepettorale, relativamente avascolare,
- lasciare del tessuto adiposo evitando di scheletrizzare la cute mammaria e areolare: si ottiene un migliore risultato estetico.

12. MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA NELLA DONNA (adenomammectomia sottocutanea)

attualmente sono rare le indicazioni a questo tipo di intervento!! Occorre prestare attenzione ad alcuni principi:

- valutare molto attentamente le indicazioni a questo tipo di intervento (cf. Lesioni mammarie associate a rischio elevato.
- pianificare la cicatrice, soprattutto se ve ne sono già delle altre
- l' incisione deve permettere di fare un' adenomammectomia sottocutanea anche del prolungamento ascellare
- informare la donna sul rischio reale di una necrosi del complesso areola-capezzolo
- prevedere una ricostruzione che dia ottimi risultati estetici.
- per evitare recidive locali (3), a differenza dell' intervento per ginecomastia, in questi casi il complesso areola-capezzolo deve essere scheletrizzato (aumentando così i rischi di necrosi).

13. TRATTAMENTO DEL CAPEZZOLO INTROFLESSO

Per il trattamento di questo inestetismo congenito o acquisito, sono descritti numerosi interventi chirurgici, tanto che è difficile individuare la tecnica da scegliere, anche perché le recidive sono relativamente frequenti e i risultati non sempre soddisfacenti !!.

- Alcune tecniche prevedono la conservazione dei dotti retroareolari
- Altre tecniche prevedono invece la sezione dei dotti dal capezzolo con o senza exeresi del cono centrale retroareolare.

14. TUMORECTOMIA/RESEZIONE MAMMARIA AMPIA

Rappresenta un trattamento impiegato per l' exeresi ampia di una lesione; l' incisione cutanea dovrebbe cadere sulla linea di Langer; l' intervento può venire impiegato per piccoli tumori maligni:

- duttali monofocali in situ o invasivi con dimensioni <3cm, G1-G2, intervento seguito da radioterapia
- carcinomi lobulari non invasivi.

15. QUADRANTECTOMIA

In questo caso l' incisione cutanea così come l' exeresi di tessuto mammario sono portate ad almeno 2 cm dai margini liberi da tumore (macro e microscopico); la fascia del muscolo grande pettorale è asportata con il pezzo chirurgico mentre spesso è inutile spingersi troppo vicino al capezzolo, se questo non è richiesto. Se la lesione neoplastica è lontana dal cavo ascellare, conviene affrontare la linfectomia con un accesso autonomo.

16. RESEZIONE MAMMARIA LIMITATA

La resezione mammaria limitata consiste nell' asportazione di una piccola porzione di tessuto mammario comprendente il tumore; nelle forme superficiali la biopsia può contemplare l' asportazione di una porzione di cute soprastante la neoplasia

17. RESEZIONE MAMMARI A AMPIA (TUMORECTOMIA ALLARGATA)

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.

18. 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.

19. MASTECTOMIA NIPPLE-SPARING

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.

20. MASTECTOMIA RADICALE o totale

Previa preparazione dei lembi cutanei (comprendenti anche l'areola ed il capezzolo), si procede alla mastectomia con exeresi della fascia del muscolo grande pettorale; difficilmente oggi è necessaria la sezione/asportazione di uno dei pettorali per la toilette linfonodale ascellare. Se possibile, è opportuno preservare il nervo costobrachiale (responsabile di disestesie del cavo ascellare e della faccia mediale del braccio) ed il nervo pettorale mediale (responsabile del trofismo delle fibre del fascio intermedio e laterale del muscolo grande pettorale).

21. MASTECTOMIE CON ASPORTAZIONE DEL/I PETTORALE/I

Sono la mastectomia secondo Patey (piccolo pettorale) e quella di Halsted (piccolo e grande pettorali); sono interventi invalidanti sia d'un punto di vista estetico che funzionale che trovano oggi poche indicazioni:

- l'intervento di Patey: per ottenere una migliore toilette del cavo ascellare soprattutto del III° livello e quando il muscolo è ipertrofico.
- la mastectomia di Halsted trova oggi indicazioni solo se il grande pettorale è infiltrato, per i tumori T3: esistono oggi protocolli che prevedono una chemioterapia neoadiuvante che consente di "ristudiare i tumori con dimensioni > ai 3 cm di diametro.

22. DISSEZIONE ASCELLARE TOTALE

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.

23. BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA

Questa prevede l'asportazione del o dei pochi linfonodi che captano il tracciante (radiotracciante + colorante vitale) precedentemente iniettato a livello della lesione neoplastica singola.

BIBLIOGRAFIA:

Duguid H.L.D., Wood R.A.B., Irving A.D. & Coll.: Needle aspiration of the breast with immediate reporting material. *British Medical Journal* 1979; ii. 185-187.

Bundred N.J., Dixon J.M., Chetty U. & Forrest A.P.M.: Mammillary fistula. *British Journal of Surgery* 1987; 74: 466-468.

Benson E.A. & Goodman M.A.: Incision with primary suture in the treatment of acute puerperal breast abscess. *British Journal of Surgery* 1970; 57: 55-58.

Donegan WL, Spratt JS.: Multiple primary cancers in mammary and extramammary sites and cancers metastatic to the breast. pages 632-647 *In* *Cancer of the Breast*, Spratt & Donegan 3rd Ed. WB Saunders Co, 1988.

Srivastava E & Webster D.J.T.: Isolated nipple recurrence 17 years after subcutaneous mastectomy for breast cancer – a case report. *European Journal of Surgical Oncology* 1987; 13: 459-461.