

PROTOCOLLI TERAPEUTICI INTEGRATI NELLA PATOLOGIA MALIGNA

A cura del Dr.G.Antonini

1. neoplasia duttale intraepiteliale (carcinoma duttale non infiltrante -in situ)

- ampia exeresi e radioterapia.
- mastectomia totale o mastectomia skin-sparing + ricostruzione o mastectomia nipple-sparing per neoplasie estese (> 4-5 cm) o multiple.
- chirurgia conservativa senza radioterapia + tamoxifene (Trial clinico)
- Chirurgia. Quadrantectomia centrale o skin-sparing mastectomia + ricostruzione.
- Radioterapia su tutta la mammella se intervento chirurgico conservativo.

Due studi randomizzati hanno dimostrato che la RT dopo chirurgia conservativa riduce significativamente le recidive locali sia invasive che non (livello I). Sebbene non sia stato ancora raggiunto un consenso unanime, le pazienti con lesioni piccole (< 2 cm), margini di exeresi negativi (10 mm o maggiori), basso o intermedio grado (G1-G2) possono essere considerate per la sola escissione chirurgica (livello V).

Per quanto concerne i margini di exeresi: margini > 10 mm sono considerati negativi; < 1 mm sono inadeguati e devono essere sottoposti a reintervento chirurgico; per margini da 1 a 10 mm, pur non esistendo sufficienti dati in letteratura per indicare il comportamento da seguire, non si ritiene necessario un reintervento chirurgico.

La mastectomia sottocutanea non elimina completamente il rischio di recidiva locale (livello V) in quanto, con la preservazione del complesso areola-capezzolo, il 10-15% del tessuto mammario non viene rimosso. Studi retrospettivi hanno però dimostrato che la skin-sparing mastectomy non determina un aumento di incidenza delle recidive locali (livello IV).

Non trova indicazione la mastectomia bilaterale nelle pazienti con DCIS unilaterale in quanto il rischio di carcinoma controlaterale è comparabile allo 0.5% per anno. Metastasi nei linfonodi ascellari si riscontrano molto raramente nel DCIS, quindi la dissezione ascellare non è indicata

la dissezione ascellare non è indicata: metastasi nei linfonodi ascellari si riscontrano molto raramente nel DCIS. La dissezione ascellare deve essere effettuata solo nel caso in cui l' esame istologico definitivo dimostri trattarsi di carcinoma invasivo

Nelle pazienti il cui trattamento chirurgico può compromettere la successiva procedura di biopsia del linfonodo sentinella (BLS), questa tecnica dovrebbe essere presa in considerazione in prima istanza. Laddove non esista questa opportunità la dissezione ascellare deve essere effettuata solo nel caso in cui l' esame istologico definitivo dimostri trattarsi di carcinoma invasivo

2. neoplasia lobulare intraepiteliale (lin) o carcinoma lobulare in situ

- Chirurgia: resezione mammaria limitata.
- stretto follow-up dopo la biopsia diagnostica.
- tamoxifene per 5 anni (livello I).
- mastectomia bilaterale profilattica (senza linfectomia ascellare) se presente elevata familiarità o una mutazione genetica (livello III). L' effettivo rischio personale e familiare va valutato all' interno di una consulenza genetica.

3. malattia di Paget senza nodulo sottostante

- Chirurgia. Quadrantectomia centrale o skin-sparing mastectomia + ricostruzione.
- Radioterapia su tutta la mammella se intervento chirurgico conservativo.

4. carcinoma microinvasivo

- Poiché fondamentalmente si presenta come la neoplasia intraduttale il trattamento analogo.

5. carcinoma invasivo T1E T2 ($\varnothing > 3\text{cm}$)

T1 e T2 (la cui dimensione in rapporto al volume mammario consente un intervento conservativo)

- Ampia exeresi, BLS o dissezione ascellare e RT (Livello I).
- L' opzione della mastectomia totale con BLS oppure dissezione ascellare e ricostruzione immediata deve essere discussa con la paziente nei casi in cui il rapporto tra le dimensioni del tumore e il volume mammario appaia sfavorevole per intervento conservativo.
- Qualora non fosse possibile eseguire la BLS, per un' accurata stadiazione o riduzione di rischio di recidiva la dissezione ascellare completa considerata l' intervento standard (livello I).
- La linfoadenectomia ascellare, in caso di LS positivo o interessamento macroscopico di linfonodi nel corso della dissezione, deve essere sempre estesa a tutti e tre i livelli linfonodali (livello I).

6. carcinoma invasivo T2 Ø>3cm, T3, forme multifocali o estese

- Mastectomia radicale con linfectomia ascellare ± ricostruzione

7. forme inoperabili stadio III b o forme infiammatorie

- La terapia multimodale con intento curativo è da considerarsi come la terapia standard (livello III).
- Per le pazienti che rispondono alla chemioterapia neoadiuvante la terapia locale può consistere in una mastectomia totale con dissezione ascellare seguita da RT della parete toracica e stazioni linfoghiandolari. La chirurgia conservativa può essere presa in considerazione solo in casi selezionati con ottima risposta.

8. Stadio IVM+

Il trattamento è palliativo, pertanto gli obiettivi dovranno essere il miglioramento della qualità e della durata della sopravvivenza. Il trattamento è sistemico. La RT e/o la chirurgia possono essere indicate solo in casi selezionati con limitate metastasi sintomatiche. Tutte le pazienti dovranno essere candidate a studi prospettici randomizzati.

BIBLIOGRAFIA

1. Practice Guideline for Breast Conservation Therapy in the Management of Invasive Breast Carcinoma: American College of Radiology, American College of Surgeons ACR Practice guideline, 2002
2. F.O.Ca.M edizione novembre 2003
3. PDQ Breast cancer: National Cancer Institute, Health Professional Version Date Last Modified 03/19/2004