

Tesi di Laurea SPERIMENTALE: La Chirurgia oncoplastica della mammella

ABSTRACT

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI:**

Il tumore della mammella è la neoplasia più diagnosticata nelle donne. Colpisce 1 donna su 8 nell'arco della vita e rappresenta il 29% di tutti i tumori che colpiscono le donne. È la prima causa di morte per tumore nelle donne, con un tasso di mortalità del 17% di tutti i decessi per causa oncologica del sesso femminile, 12.000 vittime l'anno. Tuttavia, la mortalità è in continuo calo: ogni anno diminuisce dell'1,4%. La sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è dell'87%.

Nel corso degli anni è cambiato molto l'atteggiamento nei confronti del tumore della mammella: si è passati da una procedura radicalizzata, che deturpava e mutilava le pazienti, ad un intervento elegante che mette in equilibrio sicurezza oncologica e principi ricostruttivi.

L'obiettivo di questa tesi è quello di dimostrare come il chirurgo generale possa offrire alle donne mastectomizzate la possibilità di una ricostruzione immediata in un unico tempo, in modo da evitare a molte pazienti un ulteriore gesto operatorio e comunque garantendo anche un ripristino morfologico della neomammella, la simmetrizzazione con quella sana e la ricostruzione del complesso areola-capezzolo. Inoltre, grazie a questo approccio chirurgico, è possibile anche limitare e migliorare nella paziente gli effetti dell'impatto psicologico in termini di mutilazione e disagio sociale.

**PROCEDURE SPERIMENTALI:**

Nel periodo compreso tra Gennaio 2017 e Gennaio 2019 è stata raccolta la casistica presso la UOC di Chirurgia Generale e d'Urgenza del Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza e dei Trapianti d'Organo dell'Università degli Studi di Palermo. Tale casistica comprende un totale di 33 pazienti, di cui:

- 18 sono state sottoposte all'intervento di mastectomia radicale semplice monolaterale con posizionamento di espansore cutaneo nella mammella monolaterale;
- 4 hanno subito mastectomia radicale semplice bilaterale con posizionamento di espansore cutaneo bilateralmente;
- 8 sono state trattate con mastectomia nipple-skin sparing monolaterale, mastopessi e posizionamento di protesi in silicone e reti biocompatibili;
- 3 con mastectomia nipple-skin sparing bilaterale, mastopessi e posizionamento di protesi in silicone e reti biocompatibili.

## **Caratteristiche delle pazienti**

L'età media delle pazienti è di  $64.4 \pm 3.1$  anni.

Il BRCA-1 è risultato mutato in 27 pazienti, mentre il BRCA-2 in soli 5 pazienti.

La positività per Her-2 si è evidenziata in 27 pazienti.

Secondo la classificazione molecolare, 20 sono positive per Luminal A, invece 27 positive per Luminal B.

## **Rischio anestesilogico ASA:**

Solo 1 paziente rientra nella classe ASA I

21 rientrano nella classe ASA II

9 nella classe ASA III

2 pazienti non hanno mostrato nessun rischio anestesilogico.

## **Caratteristiche dell'intervento chirurgico**

### Il tempo demolitivo:

- In caso di mastectomia radicale semplice monolaterale è stato di  $75 \pm 18$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia radicale semplice bilaterale è stato di  $73 \pm 19$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia nipple-skin sparing monolaterale è stato di  $82 \pm 16$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia nipple-skin sparing bilaterale è stato di  $85 \pm 18$  minuti /mammella.

### Tempo ricostruttivo:

- In caso di mastectomia radicale semplice monolaterale è stato di  $43 \pm 15$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia radicale semplice bilaterale è stato di  $40 \pm 13$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia nipple-skin sparing monolaterale è stato di  $43 \pm 6$  minuti/mammella;
- In caso di mastectomia nipple-skin sparing bilaterale è stato di  $46 \pm 5$  minuti /mammella.

## **Caratteristiche delle protesi**

Sono state posizionate tutte in sede sottomuscolare. Quando usato, l'espansore aveva un volume tra  $420-500 \text{ cm}^3$  o tra  $380-500 \text{ cm}^3$  ed è stato tenuto in sede per 3 mesi, dopo i quali è stato rimosso.

Sono state utilizzate protesi ALLERGAN ® con Sizer, in più, nelle pazienti trattate con mastectomia nipple-skin sparing, sia monolaterale che bilaterale, sono state usate anche reti Strattice ®. Il volume delle protesi usate è compreso tra  $360-420 \text{ cm}^3$ .

## RISULTATI:

### **Status linfonodale**

Il linfonodo sentinella è risultato positivo in 12 pazienti.

Il numero di linfonodi asportati in media è stato di 13, di cui il 100% positivi tra quelli di I livello, in media l'86,3% positivi tra i linfonodi di II livello, e invece solo il 57% in media tra i linfonodi di III livello.

### **Caratteristiche del tumore**

In tutti i casi è stato riscontrato un adenocarcinoma. Nel caso degli interventi monolaterali, i margini di sezione esenti da infiltrazione sono stati  $> 1$  cm; invece, nel caso di interventi eseguiti bilateralmente, i margini di sezione esenti sono stati  $> 2$  cm.

### **Complicanze**

Tra le complicanze precoci legate alla protesi, solo 3 pazienti hanno riportato ematomi muscolari, e soltanto una paziente, tra le 3 sottoposte a mastectomia nipple-skin sparing bilaterale, ha riscontrato asimmetria da protesi.

Tra le complicanze tardive sono state riportate asimmetria della mammella e dolore e spostamento della protesi.

Sia le pazienti trattate con mastectomia radicale monolaterale, sia quelle sottoposte a mastectomia nipple-skin sparing monolaterale si sono dichiarate soddisfatte al 100%. Invece, nel caso di mastectomia radicale bilaterale, è rimasto soddisfatto il 75% delle pazienti, e tra le pazienti sottoposte a mastectomia nipple-skin sparing la percentuale di pazienti soddisfatti è del 66%.

## CONCLUSIONI:

Al termine di questo studio sulla chirurgia oncoplastica della mammella, a mio avviso, possiamo trarre sicuramente delle conclusioni positive specialmente se si considera l'impatto psicologico che la donna si trova a vivere in casi di mastectomia. Sapere di affrontare una sola volta l'intervento significa migliorare la posizione psicologica della donna di fronte ad un problema così serio che la coinvolge totalmente nella sua femminilità. Tecnicamente sa di affrontare un solo intervento, una sola anestesia, un solo ricovero. Sa anche che alla ripresa della vita quotidiana può provare meno imbarazzo per quanto riguarda l'estetica della sua persona. Tutto ciò, logicamente, le consentirà di affrontare positivamente eventuali cure oncologiche.

Nella riuscita dell'intervento gioca un ruolo di primo piano la preparazione, la capacità tecnica e non ultima la sensibilità e la disponibilità del chirurgo generale che sicuramente saprà capire la

psicologia della paziente e dialogare con lei per non farla sentire sola nella difficoltà e poterla guidare e sostenere nell'affrontare l'impatto di un intervento così importante per la sua salute e in contemporanea per il suo profilo estetico.

Ritengo perciò ottimale che il chirurgo, in un intervento oncologico radicale, possa procedere, non solo alla mastectomia, ma contestualmente anche alla ricostruzione: si allungano i tempi tecnici dell'intervento e della guarigione, ma non viene inficiata la radicalità oncologica, né viene alterata la storia naturale della malattia, né modifica la sopravvivenza e non interferisce con la scoperta di eventuali recidive; ciò che si ottiene, invece, è soprattutto un miglioramento della qualità di vita della paziente.

n.3 parole chiave: carcinoma della mammella, chirurgia oncoplastica, ricostruzione mammaria