

SKIN SPARING MASTECTOMY, TAILORED SURGERY. ESPERIENZA DELL'UNITA' DI SENOLOGIA DI TORTONA ASL AL

M.G.PACQUOLA*, F.MILLO*, F.PASQUALI*, D. SOLERIO*, M.
CAMANDONA^, F.TAVA^

*S.O.S. SENOLOGIA DIPARTIMENTO CHIRURGICO ASL AL
^S.O.C. CHIRURGIA GENERALE ESOFAGEA 3, A.O.U. S.GIOVANNI
BATTISTA TORINO

°S.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA ASL AL NOVI LIGURE

Obiettivi: nel cancro al seno la RMN e gli screening hanno affinato la diagnosi (multifocalità, estensione della neoplasia). Risposte chirurgiche adeguate a questi quadri diagnostici potrebbero essere la Skin Sparing Mastectomy (SSM) con le sue varianti Nipple Sparing (NACSM) e Skin Reducing Mastectomy (SRM).

Materiali e metodi: nell'Unità di Senologia di Tortona abbiamo introdotto la tecnica della SSM con le sue varianti nel 2007. Dall'1-1-2007 al 12-12-2012 sono state operate 62 pazienti (8.7%) su 710 interventi per neoplasia.

Indicazioni alla SSM: neoplasie non palpabili multifocali e/o multicentriche costituite da microcalcificazioni (30 casi), neoplasie non operabili con chirurgia conservativa soddisfacente (16 casi) e neoplasie trattate con chemioterapia neo-adiuvante (16 casi). Tecnica utilizzata: asportazione della ghiandola mammaria in toto, lasciando cute, sottocute, fascia del muscolo grande pettorale; rispetto del solco sottomammario; posizionamento di espansore nella tasca sottomuscolare riempito in parte con fisiologica, drenaggio in aspirazione della tasca. Il complesso areola-capezzolo (NAC) viene lasciato quando la neoplasia è a circa 15 mm; il tessuto sottoareolare viene esaminato al congelatore per escludere la presenza di neoplasia. Nella nostra esperienza asportazione del NAC: 17 casi. Nella SRM, si asporta lo spicchio di cute e sottocute soprastanti il tumore se la neoplasia è a 10 mm dalla cute oppure dopo chemioterapia neo-adiuvante con riduzione del 75% del diametro del tumore.

Risultati: follow-up attuale: 1 asportazione del NAC per comparsa di microcalcificazioni (DCIS basso grado) dopo 2 anni dal primo intervento, 2 recidive sottocutanee di 10 mm trattate con nodulectomia e radio/chemioterapia dopo 3 anni dal primo intervento e 1 secondo tumore (carcinoma mucinoso) in sede sottocutanea dopo 3 anni dal primo intervento fatto per DCIS multifocale.

Discussione e conclusioni: a proposito della tecnica chirurgica, le procedure sono standardizzate e mutuata dalla chirurgia oncoplastica. Fondamentale è la collaborazione con i radiologi per valutare, attraverso mammografia, ecotomografia e RMN, le dimensioni del tumore e i rapporti con la mammella.

Nella nostra esperienza l'approccio che preferiamo è quello laterale con incisione ad S italiana che ci garantisce un buon dominio del campo operatorio nella fase demolitiva ed un buon risultato cosmetico. Riteniamo sia una procedura valida ed oncologicamente corretta nelle giuste indicazioni, da aggiungere alle altre tecniche chirurgiche già consolidate e sempre valide. Il follow up troppo breve non permette di trarre altre conclusioni in senso oncologico.

BIBLIOGRAFIA:

- Garcia-Etienne CA, Cody III HS, Disa JJ, Cordeiro P et al.
Nipple-sparing mastectomy: initial experience at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center and a comprehensive review of literature.
Breast J 2009 Jul-Aug; 15(4):440-9. Epub 2009 May 22
Petit JY, Veronesi U, Rev P, Rotmensz N, Botteri E et al.
Ann Oncol. 2012 Aug; 23(8): 2053-8
Risk factors associated with recurrence after nipple-sparing mastectomy for invasive and intraepithelial neoplasia.
Ann Surg 2009 Aug; 250(2):288-292
Paepke S, Schmid R, Fleckner S, Paepke D, Niemeyer M, Schmalefeldt B, Jacobs VR, Kiechle M.
Subcutaneous mastectomy with conservation of the nipple-areola skin: broadening the indications.
Volutra AM, Tsangaris TN, Rosson GD, Jacobs LK, Flores JL, Singh NK, Argani P, Balch CM.
Nipple-sparing mastectomy: critical assessment of 51 procedures and implications for selection criteria.
Ann Surg Oncol 2008 Dec; 15(12):3396-401