

TRATTAMENTO DEL CAVO ASCELLARE NEL CANCRO DELLA MAMMELLA: esperienza dell'Unità di Senologia di Tortona ASL AL

M.G.Pacquola[^], F.Millo[^], F.Pasqualⁱ,D.Solerio[^],F.Tava^{*},C.Simoni[°],E.Bennicelli[°]

[^]Dipartimento chirurgico,S.O.S. Senologia P.O.Tortona ASL AL

^{*}S.O.C. Anatomia patologica, P.O. Novi Ligure ASL AL

[°]DH oncologico P.O.Tortona ASL AL

INTRODUZIONE: dall'aprile 2001 l'Unità di Senologia di Tortona ha introdotto nella pratica clinica corrente la tecnica della biopsia del linfonodo sentinella (SLB) per il cancro della mammella.

MATERIALI E METODI: in 10 anni sono state eseguite 1.158 SLB usando la linfo-scintigrafia con Tecnezio 99,raramente il Blue Dye.Il tasso di identificazione è stato del 99%.In presenza di macrometastasi al congelatore viene eseguita la dissezione ascellare dei tre livelli linfonodali (ALND) con un numero medio di linfonodi rimossi di 23.In presenza di micrometastasi (MIC),si propone la ALND.La presenza di ITC è considerata un fattore di rischio

RISULTATI: In 10 anni abbiamo trovato 62.8% SLN negativi,20% con macrometastasi,14% con MIC,2.8% con ITC.Nei casi di MIC(162) solo3 casi hanno presentato metastasi anche in altri linfonodi del cavo;nei casi di macrometastasi (235 casi),123 casi (52,3%) avevano positivo solo il SLN,112 (47.7%) avevano altri linfonodi positivi,in media 2.9

DISCUSSIONE: d'accordo con la letteratura in proposito, abbiamo considerato la presenza di MIC non come indicazione assoluta a fare ALND ma come fattore di rischio da considerare nella scelta della successiva oncologica.Dal 2011 abbiamo discusso ogni caso di SLN con MIC nel GIC e con la paziente: l'esecuzione di ALND viene subordinata a diametro del cancro, grading, fattori prognostici,età e parere della paziente.In questo modo i 25 casi di SLN con MIC,18 (72%) non hanno fatto ALND,7 (28%) sì e di questi 2 casi avevano altri LN positivi.Il follow-up è in corso;il tempo è breve,le pazienti sono libere da malattia.

CONCLUSIONI: la nostra esperienza si allinea con i dati della più recente letteratura che ritiene la presenza di MIC nel SLN un fattore prognostico per scegliere in modo ancora più mirato la terapia medica oncologica.

BIBLIOGRAFIA:

Jafferbhoy S,McWilliams B. Clinical significance and management of sentinel node micrometastasis in invasive breast cancer. Clin Breast Cancer,2012 Oct;12(5):308-12

Attene F, and al: Axillary lymph node dissection in patients with Breast Cancer and lymph node micrometastasis or isolated tumor cells: is it necessary? Tumori,2012 May Jun;98(3):320-3

Solà M,Alberro JA, et al: Complete axillary lymph node dissection versus clinical follow-up in Breast Cancer patients with sentinel node micrometastasis:final results from the multicentric clinical trial AATRM 048/13/2000. Ann Surg Oncol,2013 Jan;20(1)120-7.

Tvedskov TF: Staging of women with Breast Cancer after introduction of sentinel node guided axillary dissection. Dan Med J,2012 Jul;59(7):B4475.

Giuliano AE et al: Improved axillary staging of Breast Cancer with sentinel lymphadenectomy. Ann Surg 1995 Sep;222(3):394-9

Giuliano AE et al: Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastasis:the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. Ann Surg 2010 Sep;252(3):426-32,discussion 432-3