



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico per *patologia mammaria*



Informazioni generali

Il **tumore della mammella** rappresenta il tumore più diffuso nella donna: in Italia ogni anno vengono diagnosticati oltre 30.000 nuovi casi.

In presenza di un nodulo mammario, è necessario arrivare alla diagnosi di certezza, o con prelievo citologico (agoaspirato), con esame microistologico (tru-cut) oppure con l'asportazione chirurgica.

Le malattie che più frequentemente colpiscono la mammella sono:

Displasia mammaria

È una **malattia degenerativa** della ghiandola mammaria caratterizzata dalla formazione di numerosi noduli e cisti, spesso riscontrabili con la palpazione.

In assenza di sintomi, la malattia fibrocistica, non richiede trattamento medico o chirurgico.

Nel caso di dubbio diagnostico (sospetto di neoplasia) è indicato un esame citologico agoaspirato, un'agobiopsia o un'asportazione chirurgica del nodulo sospetto.

Fibroadenoma

È un **tumore benigno** della ghiandola mammaria facilmente diagnosticabile con gli esami strumentali (ecografia e mammografia) e citologico.

Se il fibroadenoma cresce rapidamente o le sue dimensioni sono superiori ai 3-4 cm., è consigliabile l'intervento.

Papilloma intraduttale

È un **tumore benigno** che si sviluppa in uno dei **dotti galattofori** retroareolari (deputati alla secrezione del latte durante l'allattamento); spesso si manifesta con una secrezione di liquido sieroso-ematico o sieroso limpido dal capezzolo.

Questa lesione va sempre trattata chirurgicamente, sia per eliminare il disturbo rappresentato dalla secrezione del capezzolo, sia per una diagnosi istologica di certezza. A seconda dell'età si procede o a una galattoforectomia, che prevede l'asportazione di un solo dotto, o alla resezione retroareolare dei dotti, che comporta la resezione di tutti i dotti galattofori.

Ginecomastia

S'intende un **aumento di volume** (mono o bi-laterale) della ghiandola mammaria nel **maschio**.

Se ne distinguono due tipi:

- una falsa, o pseudoginecomastia, dovuta ad accumulo di tessuto adiposo sottoghiandolare; l'intervento ha solo a fini estetici;
- una vera, legata allo sviluppo del tessuto ghiandolare della mammella; può essere causata dall'assunzione di farmaci che interagiscono a livello ormonale; in età prepuberale e senile può manifestarsi spontaneamente, senza alcuna causa specifica. Una volta esclusa la presenza di una concomitante patologia neoplastica, di solito non richiede alcun trattamento (se non la sospensione del farmaco che può averla prodotta). In presenza di una rilevante sintomatologia dolorosa, oppure a fini estetici, si può eseguire un intervento di mastectomia sottocutanea.



Carcinoma lobulare non infiltrante (in situ) e duttale non infiltrante (in situ)

Il trattamento previsto è la semplice ampia asportazione con radioterapia post operatoria. Solo per le forme duttali in situ l'ormonoterapia è controversa. In forme estese può essere consigliabile una mastectomia "skin sparing" (con risparmio di cute) e ricerca del linfonodo sentinella..

Carcinomi invasivi (lobulare, duttale e tutte le altre forme istologiche)

Il trattamento della patologia maligna è oggi estremamente diversificato e dipende in prima istanza dal tipo istologico, dalle dimensioni e dalla posizione della lesione, nonché dalle dimensioni del seno; si può avvalere di terapie locali come la chirurgia e la radioterapia e di terapie generali come l'ormonoterapia e la chemioterapia; il più delle volte si richiede l'associazione di alcune o di tutte queste terapie.

Non è possibile descrivere tutte le possibilità terapeutiche, perché ogni caso ha sue particolari caratteristiche, così come ogni donna ha diverse esigenze estetiche e psicologiche; è però possibile indicare il trattamento standard per i più frequenti tipi di lesioni.

L'intervento di scelta resezione mammaria ampia o la **quadrantectomia associata alla biopsia del linfonodo sentinella** (= *asportazione del linfonodo che per primo riceve la linfa dal tumore mammario*).

Se il linfonodo sentinella risulta colonizzato dalle cellule neoplastiche, è necessaria la linfoadenectomia ascellare (cioè l'asportazione di linfonodi posti in ascella) seguita da un ciclo di **radioterapia** complementare. I linfonodi ascellari sono convenzionalmente suddivisi in I, II e III livello: la linfoadenectomia prevede l'asportazione del I, del II o di tutti e tre i livelli a seconda dello stadio della malattia.

Per tumori superiori ai 3 cm (parte dei T2 - T3), in mammelle di piccole dimensioni, possono essere proposti trattamenti terapeutici in alternativa

- a) mastectomia "skin-sparing" con posizionamento di espansione o protesi definitiva e biopsia del linfonodo sentinella ascellare, con eventuale intervento di linfoadenectomia ascellare in caso di positività all'esame istologico del linfonodo sentinella;
- b) chemioterapia preoperatoria, successiva quadrantectomia con linfoadenectomia dei tre livelli ascellari, seguita da radioterapia;
- c) quadrantectomia con biopsia di linfonodo sentinella e radioterapia (con eventuale rimodellamento plastico bilaterale, in rapporto al diametro del tumore, alla sede e al volume della mammella);

Carcinoma mammario bilaterale

L'incidenza del carcinoma bilaterale della mammella risulta di poco superiore al 3% di tutti i tumori mammari: il trattamento va effettuato considerando i due tumori separatamente. Per ciascuna mammella, quindi, in funzione delle dimensioni, il trattamento seguirà quanto precedentemente indicato.



Sarcomi della mammella

Sono **neoplasie maligne connettivali** (= a carico dei tessuti di sostegno della mammella), poco frequenti (meno del 1% dei tumori maligni della mammella). La terapia primaria è chirurgica, in quanto risultano poco efficaci radio- e chemio-terapia.

L'intervento di scelta è la **mastectomia totale**.

La linfadenectomia ascellare non è indicata poiché questa neoplasia non si diffonde ai linfonodi ascellari.

La radio e chemio-terapia sono da valutare in base all'esame istopatologico definitivo.

Informazioni per il Paziente

L'intervento chirurgico viene di solito eseguito con una diagnosi preliminare cito-istologica di tipizzazione, cioè fa seguito all'agoaspirato / agobiopsia. Se il nodulo mammario è benigno, il trattamento dovrà consistere nell'**asportazione del nodulo** e di una porzione di ghiandola mammaria sana attorno a esso. Se la diagnosi pre-operatoria cito-istologica è di neoplasia maligna, se persiste un dubbio diagnostico, l'intervento chirurgico prevede l'asportazione di una porzione maggiore di ghiandola mammaria (**quadrantectomia** o **mastectomia**, a seconda dei casi) eventuale esame estemporaneo al congelatore e la biopsia del linfonodo sentinella. Per poter eseguire la biopsia del linfonodo sentinella è necessario poterlo individuare: nelle 24 ore precedenti l'intervento: è quindi necessario eseguire una linfoscintigrafia pre-operatoria utilizzando tracciante radioattivo che, iniettato nel tessuto sotto-cutaneo in corrispondenza del tumore, ha la proprietà di seguire le vie linfatiche della mammella e depositarsi nel linfonodo sentinella (vale a dire il linfonodo che per primo raccoglie la linfa di drenaggio della mammella).

Durante l'intervento chirurgico, una sonda capace di rilevare la radioattività del linfonodo, consente al Chirurgo di eseguire una precisa asportazione del linfonodo sentinella, che verrà sottoposto all'esame di tipizzazione istologica. La metodica non richiede alcuna norma di radioprotezione, dato l'impiego di sostanze a bassa emissione di radiazioni ionizzanti.

Se il linfonodo sentinella risulta invaso da cellule neoplastiche, è indicato un successivo intervento di linfadenectomia ascellare dei tre livelli (asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella).

Nel caso di lesioni **non palpabili** viene preoperatoriamente eseguito un "**centraggio**" del nodulo mediante guida ecografica, mammografica o RMN (risonanza magnetica nucleare).

Il centraggio viene eseguito posizionando un repere cutaneo con l'iniezione di una soluzione di carbone o macromolecole marcate con sostanze radioattive. In base alle caratteristiche istologiche seguirà la pianificazione del programma terapeutico.



La semplice asportazione di un nodulo mammario può essere eseguita anche in anestesia locale; gli interventi di mastectomia e di linfadenectomia ascellare richiedono sempre l'anestesia generale.

In alcuni casi è necessario posizionare un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*) nella ferita chirurgica mammaria sempre nel cavo ascellare per la linfadenectomia completa; questi dispositivi vengono rimossi 2-3 giorni dopo l'intervento.

La degenza post-operatoria varia in relazione al tipo di strategia chirurgica adottata.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Subito dopo l'operazione è possibile la formazione di **ematomi** a livello della ferita mammaria e in corrispondenza del cavo ascellare. Raccolte di siero-linfa possono persistere per diversi giorni dopo l'intervento chirurgico.

A distanza dall'intervento chirurgico – soprattutto nei casi di quadrantectomia o di asportazioni ampie di ghiandola mammaria – possono verificarsi **retrazioni cicatriziali e cheloidi** (= *anomala proliferazione di tessuto rossastro sulla cicatrice*). In rapporto alla quantità di ghiandola asportata e alla conformazione delle mammelle è possibile che si verifichi un'**asimmetria mammaria**.

La linfadenectomia ascellare, in alcuni casi può determinare una **stasi** (= *ristagno*) **linfatica** all'arto superiore (linfedema post-mastectomia).

Durante la linfadenectomia è possibile inoltre che si verifichino **lesioni accidentali dei nervi**, in particolare del nervo toracico lungo e toraco-dorsale, che possono provocare atrofia dei muscoli dorsali e della parete toracica e difficoltà nei movimenti dell'arto superiore.