
CHIRURGIA ONCOPLASTICA: NUOVI PARADIGMI NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

ONCOPLASTIC SURGERY: NEW PARADIGMS IN THE BREAST CANCER

Ranieri E¹, Rengo M¹

¹Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"-Medicina Territoriale Chirurgia e Prevenzione Oncologica Palazzo Baleani, "Sapienza" Università di Roma

 ¹Department of Surgery "P. Valdoni"-Territorial Medicine Surgery and Oncological Prevention Palazzo Baleani, "Sapienza" University of Rome, Italy

Citation: Ranieri E, Rengo M. Chirurgia oncoplastica: nuovi paradigmi nel carcinoma della mammella. Prevent Res, published on line 10. May. 2012, P&R Public. 22

Parole chiave: chirurgia oncoplastica, carcinoma della mammella, chirurgia conservativa

 **Keywords:** oncoplastic surgery, breast cancer, conservative surgery

Riassunto

La chirurgia oncoplastica è una disciplina relativamente giovane nata per coniugare le necessità di una corretta chirurgia oncologica (ampi margini di resezione, valutazione dei linfonodi del cavo ascellare etc.) con il rispetto della cosmesi finale, al fine di garantire la cenestesi fisica e psicologica della donna operata al seno. Originariamente veniva effettuata da un team composto da un chirurgo oncologo e un chirurgo plastico. Questi specialisti si interfacciavano nella gestione di pazienti con tumore della mammella e seni generalmente voluminosi alle quali, una ampia resezione chirurgica della neoplasia, avrebbe causato una vistosa asimmetria origine di disturbi funzionali e distorsioni estetiche. La cooperazione delle due figure chirurgiche, permetteva di escindere la lesione neoplastica e di "ricostruire" la mammella operata, bilanciando il divario dei 2 seni con una mastopessi controlaterale atta a minimizzare le eventuali differenze.

Tali procedure avvenivano durante lo stesso intervento e la paziente operata per carcinoma mammario si avvantaggiava di una cosmesi completamente ricostituita sin dal post-operatorio (1, 2). Il miglioramento della sopravvivenza delle pazienti con tumore della mammella legato all'ampliamento delle campagne di screening e alle acquisizioni dell'oncologia moderna ha fatto sì che gli sforzi si concentrassero sulle tecniche chirurgiche determinando, in questo modo, la nascita di una nuova figura, quella del chirurgo onco-plastico, in grado di coniugare competenze selettive nel campo della chirurgia oncologica e grande senso estetico derivante dalle competenze in chirurgia plastica.

Abstract

The oncoplastic surgery is a relatively young discipline, which combines a proper oncologic surgery (large margins of resection, evaluation of axillary lymph nodes) with the respect of cosmetics, to ensure the physical and psychological integrity of breast operated women. The oncoplastic surgery was originally performed by a team composed of a surgical oncologist and a plastic surgeon. Who collaborated in the management of patients with breast cancer and with large breasts. In this cases a wide resection would cause asymmetry with functional disorders and aesthetic alterations. The two specialists could remove the tumor and reconstruct the breast, reducing the difference between the two breasts using contralateral breast lift. These procedures were performed in the same operation and the patient had a completely reconstituted cosmetics since the post-operative. The widespread screening campaigns and the development of modern oncology has led to a longer life expectancy. Also new surgical techniques set up the figure of the surgeon oncologist able to perform in the field of surgical oncology as well as of plastic surgery.

Chirurgia oncoplastica: storia ed evoluzione

L'approccio onco-plastico garantisce la possibilità di ampie resezioni chirurgiche e quindi, di margini di sicurezza, a fronte di un risultato cosmetico eccellente, riducendo la necessità di mastectomie e senza inficiare, in alcun modo, il rischio di ripresa di malattia o la sopravvivenza. Concepita come collaborazione multidisciplinare tra chirurgo oncologo e plastico per la gestione di pazienti con carcinoma mammario e seni voluminosi, la chirurgia oncoplastica applica i principi di "conservazione sicura" anche alle donne che, per volume della neoplasia o della mammella, non possono beneficiare di una chirurgia conservativa, ma necessitavano di una mastectomia. La mastectomia con risparmio di cute, capezzolo e areola, ove l'istologia e l'estensione della malattia neoplastica lo permetta, consente di ottimizzare i risultati cosmetici della chirurgia demolitiva. Il successivo utilizzo di lembi mobili e, in tempi più recenti, le tecniche di lipophylling con tessuto adiposo autologo, hanno offerto la possibilità di risultati significativamente vantaggiosi in termini estetici, motivando la paziente ad un più rapido recupero psicologico dal trauma della malattia. La Consensus Conference del 2005 e, la successiva del 2009 su "Image Detected Breast Cancer", hanno individuato nella chirurgia oncoplastica l'approccio di elezione nella gestione chirurgica della neoplasia mammaria. Controverso, invece, rimane l'utilizzo di un approccio pre-operatorio (neoadiuvante) sistemico, finalizzato alla riduzione del volume tumorale e, conseguentemente, al risparmio di una maggiore quantità di tessuto libero da malattia per una migliore ricostruzione. La radioterapia, infatti, è un trattamento che non facilita il lavoro del chirurgo, al momento della demolizione e ricostruzione (3, 4). Tuttavia, risultati estremamente incoraggianti derivanti da studi di neoadiuvante (chemioterapia con eventuale radioterapia), indicherebbero la possibilità di un vantaggio, in termini di sopravvivenza e rischio di ripresa di malattia, in quelle pazienti che raggiungono una risposta patologica completa. Il trattamento neoadiuvante sarebbe pertanto da offrire a tutte le pazienti con ampi volumi di malattia, sia nel tentativo di ridurre la quantità di tessuto da escindere, sia nella possibilità di offrire loro un miglior controllo della patologia stessa. La necessità di studi atti a valutare la reale interferenza di trattamenti neoadiuvanti con il risultato estetico post-chirurgico rimane pendente, se si escludono delle casistiche limitate e valutate retrospettivamente su particolari istotipi.

Obiettivi

Gli obiettivi della chirurgia oncoplastica includono:

1. Completa escissione della lesione;
2. Margini di resezione sicuri, i più ampi possibili;
3. Eccellente risultato cosmetico;
4. Operatività in tempi rapidi con la possibilità di procedure definitive.

Chi trattare

La chirurgia oncoplastica è una opportunità da offrire sia a pazienti con carcinomi invasivi che in situ (DCIS) candidate a trattamento demolitivo (mastectomia) (5, 6) o conservativo (BCS) (7).

Valutazione pre-operatoria

Nell'intento di escindere la lesione con ampi margini di sicurezza e, contestualmente, di preservare la maggior quantità di tessuto sano atta a garantire una ricostruzione esteticamente buona, la definizione pre-operatoria dell'estensione della malattia attraverso le moderne tecniche strumentali diviene determinante. In assenza di noduli ecograficamente rilevabili la cui localizzazione è individuabile attraverso un esame Rx mammografico, la possibilità di posizionare dei reperi metallici guida il chirurgo ad una più rapida individuazione della lesione. La Risonanza Magnetica (MRI) va riservata ai casi di multifocalità e talora è utilizzata ad integrazione di quadri ecografici e mammografici sospetti per una più accurata definizione della reale estensione della malattia. L'integrazione di queste tecniche permette al chirurgo oncoplastico di definire l'estensione e la localizzazione della neoplasia, nonché di programmare l'atto chirurgico. Nell'ambito delle valutazioni preoperatorie, l'anamnesi familiare e patologica della paziente interessata sono fondamentali nell'indirizzare la chirurgia. Nella valutazione preliminare è fondamentale coinvolgere la paziente discutendo con lei le eventuali opportunità e valutando attentamente le richieste della stessa.

Chirurgia oncoplastica: le tecniche

Durante l'intervento, differentemente per quanto accade nell'approccio classico (Fig. 1A), il chirurgo oncoplastico deve operare secondo criteri ben definiti:

1. Escindere la lesione possibilmente praticando una unica incisione;
2. Ricostruire la simmetria della mammella operata;
3. Simmetrizzare la mammella controlaterale (con riduzione o eventuale addizione di protesi mammaria) (8, 2).

I tipi di incisione applicabili alla chirurgia della mammella sono multipli e dipendono dalla localizzazione della lesione (polo superiore, inferiore, periareolare etc.). Sinteticamente sono riassunte nell'elenco seguente (9):

- a. Polo superiore
 1. Crescente
 2. Ad ala di pipistrello (batwing) (fig. 1B)
 3. Ad emi-ala
- b. Polo inferiore
 1. Triangolare
 2. Trapezoidale
 3. Inframammaria
- c. Altri segmenti
 1. Circumareolare con lembo avanzato
 2. Ellisse-radiale
 3. A ciambella o mastopessi "round block"

FIG. 1 A: Nodulesctomia "classica"

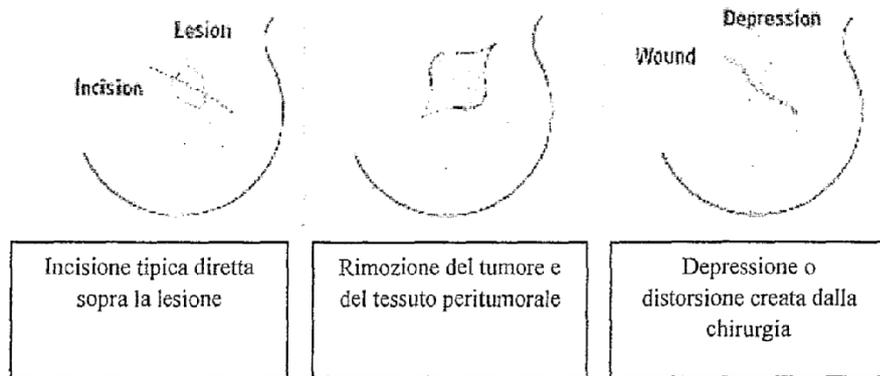
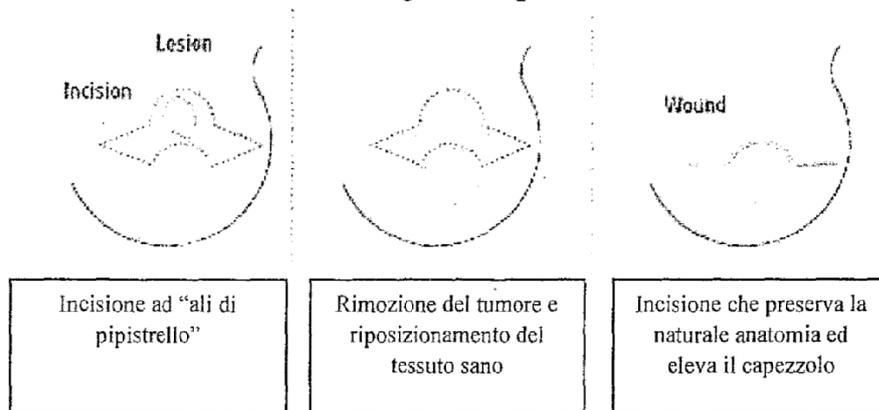


FIG. 1 B: Nodulesctomia con tecnica di chirurgia oncoplastica



Conclusioni

La chirurgia oncoplastica è una disciplina ad alta specializzazione che coniuga i principi della chirurgia oncologica con le migliori tecniche di chirurgia plastica garantendo risultati ottimali in termini di controllo di malattia e cosmesi. La formazione di figure professionali (10, 11, 12, 13, 14) con competenze specifiche e l'integrazione delle stesse in un team composto da radiologi, oncologi e radioterapisti in unità dedicate, permette risultati eccellenti in tempi brevi e con il massimo beneficio per le pazienti affette da patologia mammaria che rimangono sempre il fulcro delle scelte terapeutiche offerte loro (15, 16).

Bibliografia

1. Audretsch WP. Reconstruction of the partial mastectomy defect: classification and method. *Surgery of the breast*, Spear SL, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, 179-216.
2. Rigotti G, Marchi A, Gali M, et al. Clinical treatment of radiotherapy tissue damage by lipoaspirate transplant: a healing process mediated by adipose-derived adult stem cells. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119 (5): 1409-1422.
3. Recht A, Bartelink H, Fourquet A, et al. Postmastectomy radiotherapy: question for the twenty-first century. *J Clin Oncol* 1998; 16 (8): 2886-2889.
4. Toledano AH, Bollet MA, Fourquet A, et al. Does concurrent radiochemotherapy affect cosmetic results in the adjuvant setting after breast-conserving surgery? Results of the ARCOSEIN multicenter, Phase III study: patients' and doctors' views. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 68 (1): 66-72.
5. Sacchini V, Pinotti JA, Ban-os AC, et al. Nipple sparing mastectomies for breast cancer and risk reduction: oncological or technical problem? *J Am Coll Surg* 2006; 203: 704-714.
6. Nava MB, Cortinovis U, Ottolenghi J, et al. Skin reducing mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118 (3): 603-610.
7. Grisotti A, Calabrese C. Conservative treatment of breast cancer: reconstructive problems. Spear SL, *Surgery of the breast*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, 147-78.
8. Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, Monstrey S. Aesthetic and functional considerations in the reconstruction of large skin defects with free flap. *Clin Plast Surg* 2004; 31 (1): 39-48.
9. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003; 237: 26-34.
10. Cataliotti L, De Wolf C, Holland R, et al. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *Eur J Cancer* 2007; 43: 660-665.
11. Rainsbury RM. Training and skills for breast surgeons in the new millennium. *Aust NZ J Surg* 2003; 73: 511—516.
12. Audisio RA, Chagla LS. Oncoplastic fellowship: can we do better? *Breast* 2007; 16(1): 11-12.
13. Baildam AD. Oncoplastic surgery of the breast. *Br J Surg* 2002; 89: 532-533.
14. Baildam A, Bishop H, Boland G, et al. Oncoplastic breast surgery — A guide to good practice. *Eur J Surg Oncol* 2007; 33 (Suppl 1): S1-S23.
15. McCullley S, Macmillan R. Planning the use of therapeutic mammoplasty — the Nottingham approach. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 889-901.
16. Hamdi M, Van Landuyt K, Monstrey S, Blondeel P. Pedicled perforators flaps in breast reconstruction: a new concept. *Br J Plast Surg* 2004; 57 (6): 531-539.

Autore di riferimento: Mario Rengo

Centro di Prevenzione Oncologica - Azienda Policlinico Umberto I, Roma

e-mail: info@preventionandresearch.com



Corresponding Author: Mario Rengo

Center for Oncological Prevention – Policlinico Umberto I, Rome, Italy

e-mail: info@preventionandresearch.com