

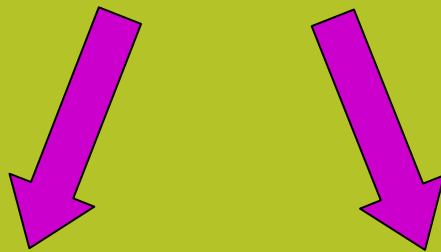
IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL TUMORE MAMMARIO IN DAY-SURGERY 15 anni di esperienza della AOUPR



Dott. Leonardo Cattelani

**Martedì dell'Ordine
Parma 15/05/2012**

INTERVENTI CHIRURGICI SENOLOGICI



**DAY
SURGERY**

**ONE-DAY
SURGERY**

DAY SURGERY

**Presa in carico di pazienti candidate a
procedure chirurgiche programmate**

**con dimissione
nella stessa giornata del ricovero**

One Day Surgery

Regime di ricovero in cui la paziente viene dimessa nella giornata successiva all'intervento chirurgico

L' intervento chirurgico si svolge comunque nelle sale operatorie della Day Surgery, ma per la maggiore complessità della procedura chirurgica ed anestesiológica il paziente viene tenuto in osservazione sino alla mattina successiva.

Il conseguimento dei vantaggi economico-amministrativi non deve avvenire a scapito dell'efficacia terapeutica e quindi della salute della paziente

Il trattamento chirurgico dei tumori mammari in regime di Day Surgery è stato consentito negli ultimi anni dalla maggiore conservatività dell'approccio chirurgico e dal perfezionamento delle tecniche anestesologiche.

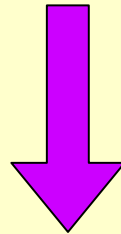
Vantaggi:

- ridotto stress psicologico per la paziente
- diminuita incidenza di infezioni nosocomiali
- diminuzione dei costi (risparmio che supera il 50% rispetto al regime ordinario)
- riduzione delle liste d'attesa

Complicanze:

- specifiche (sanguinamento, infezione della ferita)
- aspecifiche legate all'anestesia (dolore, nausea, vomito, vertigine)

**Le complicanze della chirurgia senologica
oncologica non sono aumentate
dall'approccio in Day Surgery**



**La qualità dell'assistenza medica non viene
alterata**

**La Day Surgery non significa un impegno
assistenziale minore, ma
diversamente distribuito**

**LA DIMISSIONE PRECOCE E' POSSIBILE
DEDICANDO ATTENZIONE ALLE CURE
PERIOPERATORIE E ALL'INFORMAZIONE DELLA
PAZIENTE**

Le pazienti vengono contattate il giorno successivo la dimissione per avere informazioni sul loro stato di salute e vengono poi seguite ambulatorialmente dai chirurghi che le hanno operate.

**L'operatore rimane comunque reperibile per le prime 24 ore in caso di
complicanze maggiori**

Negli ultimi anni lo screening del tumore della mammella ha consentito la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie permettendo di intervenire su lesioni di piccole dimensioni con approcci chirurgici più conservativi ed al contempo oncologicamente radicali

[minimo trattamento efficace]

Gli aspetti psicologici



La modalità di ricovero in regime di Day Surgery se adeguatamente spiegata e compresa dalla paziente le rende meno gravoso affrontare l'idea della malattia neoplastica e della necessità dell'intervento chirurgico

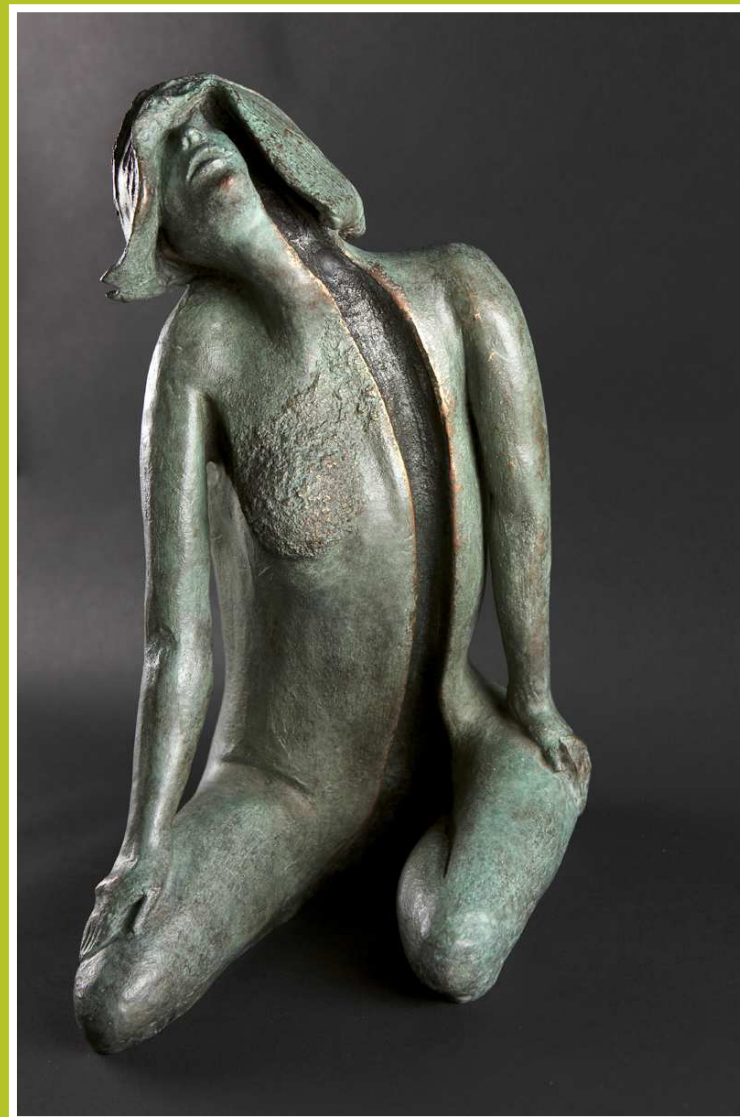
**LA DIMISSIONE IN GIORNATA
RIDUCE LA PERCEZIONE DELLA
GRAVITA' DELLA MALATTIA
RESTITUENDO RAPIDAMENTE
ALLA DONNA IL SENSO DI
CONTROLLO DELLA PROPRIA
SITUAZIONE**

Gli aspetti psicologici

La radicalità della resezione chirurgica non può prescindere dal mantenimento di un risultato estetico che consenta alla paziente di mantenere la propria dignità di donna



Sempre maggiore importanza delle tecniche ricostruttive



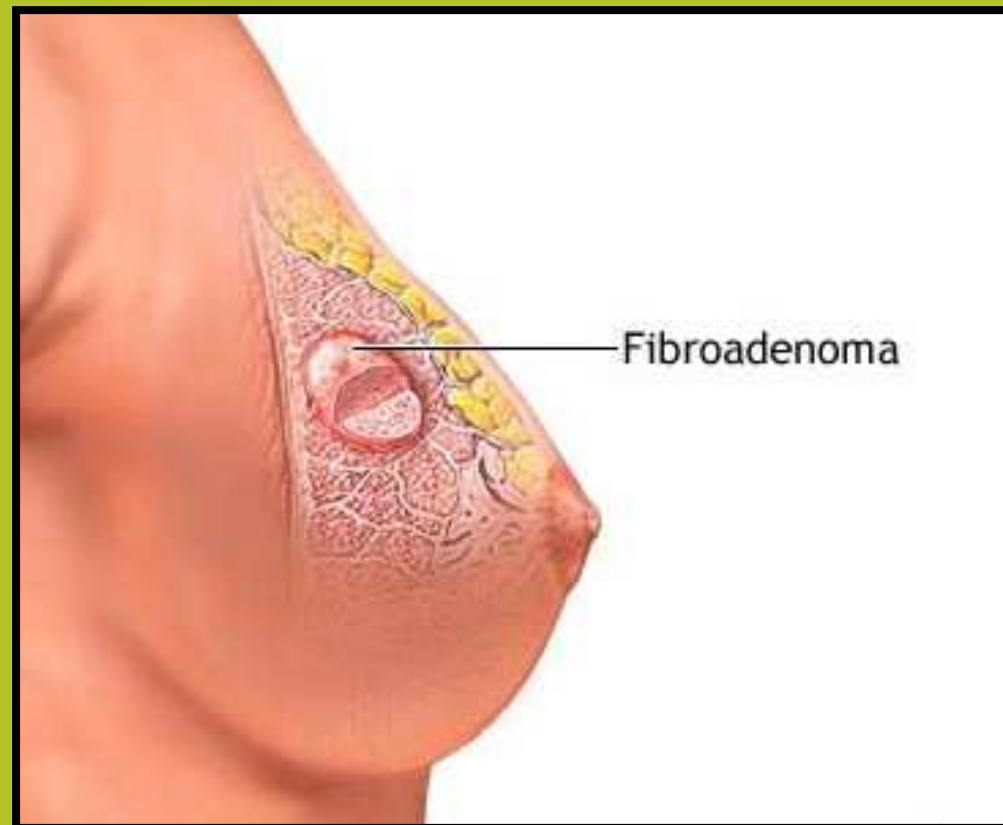
Interventi chirurgici

INTERVENTO	ANESTESIA	REGIME DI RICOVERO
BIOPSIA MAMMARIA	Locale assistita	Day Surgery
ASPORTAZIONE DI NODULO BENIGNO (FIBROADENOMA)	Locale assistita	Day Surgery
QUADRANTECTOMIA		
-semplice	Locale assistita	Day Surgery
-con biopsia del linfonodo sentinella	Locale assistita	Day Surgery
-con dissezione ascellare	Generale	One Day Surgery
MASTECTOMIA	Generale	One Day Surgery
RICOSTRUZIONE PROTESICA	Generale	One Day Surgery
RICOSTRUZIONE DEL CAPEZZOLO	Locale assistita	Day Surgery
MASTOPLASTICA ADDITIVA o RIDUTTIVA	Generale	One Day Surgery

Nodulo benigno (fibroadenoma)

Neoformazione benigna, più frequente nelle giovani donne.

Asportazione indicata se **maggiore di 3 cm** o nelle **forme multiple**.



Biopsia chirurgica “a cielo aperto”

Agoaspirato
Mammotome
Tru-cut

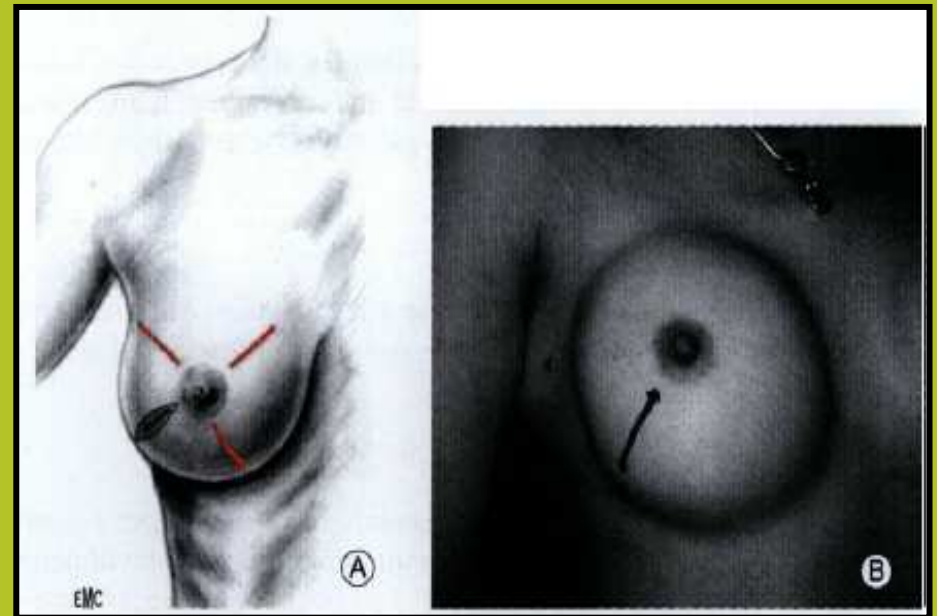


non hanno fornito una diagnosi di certezza

Quindi l'indicazione è diagnostica

L'incisione cutanea
deve prevedere l'eventuale
successiva quadrantectomia

L'area da sottoporre a biopsia è
marcata con carbone sterile



QUADRANTECTOMIA

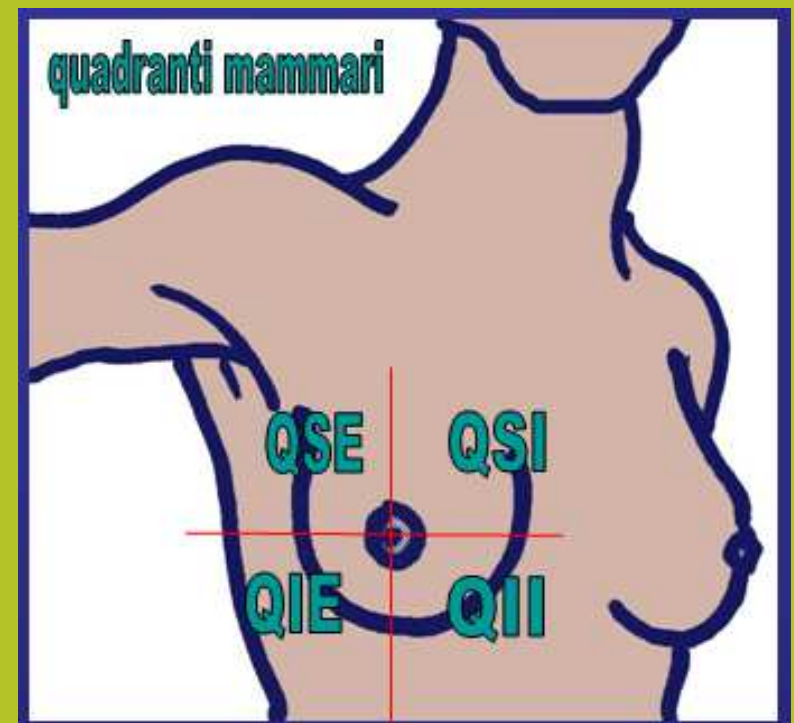
Asportazione chirurgica del settore mammario contenente la neoplasia (cute, sottocute, ghiandola mammaria sino alla fascia del muscolo grande pettorale).

È importante avere **margini di resezione microscopicamente indenni.**

Il tipo di incisione cutanea deve essere scelta in rapporto alla sede del tumore e quindi al risultato estetico ottenibile dopo la ricostruzione ghiandolare.

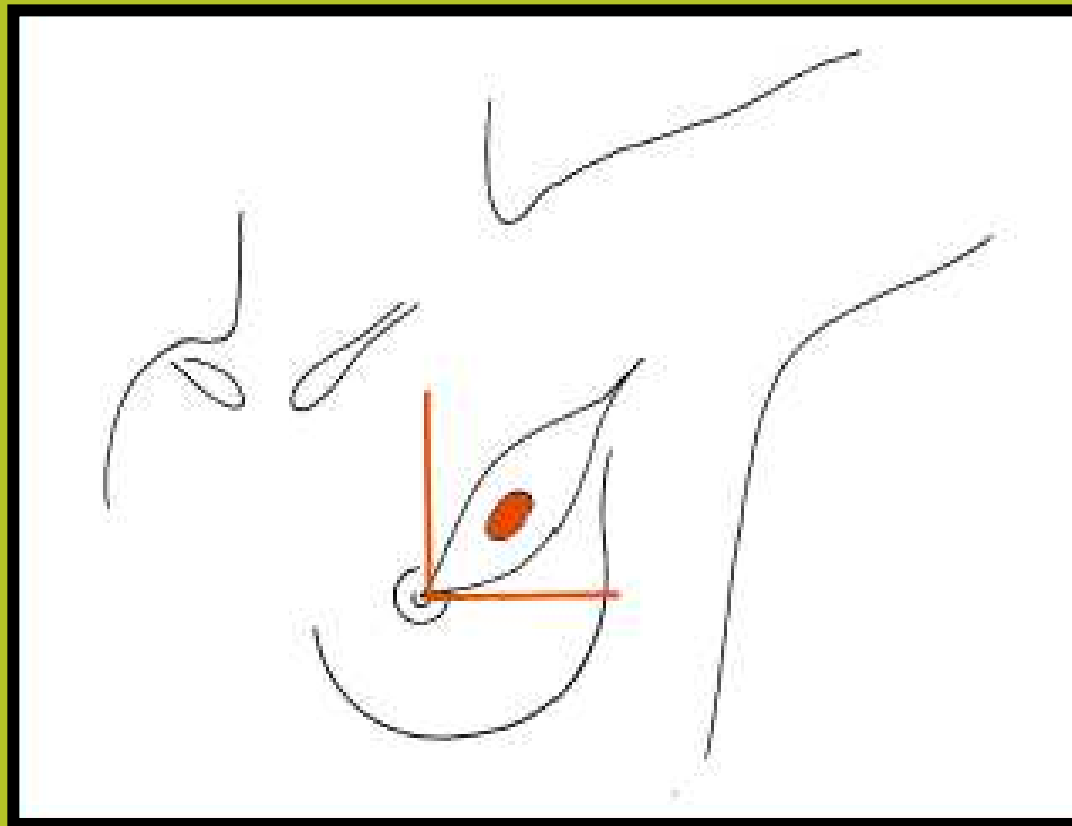
Può essere:

- **semplice**
- **con biopsia del linfonodo sentinella**
- **radicale**



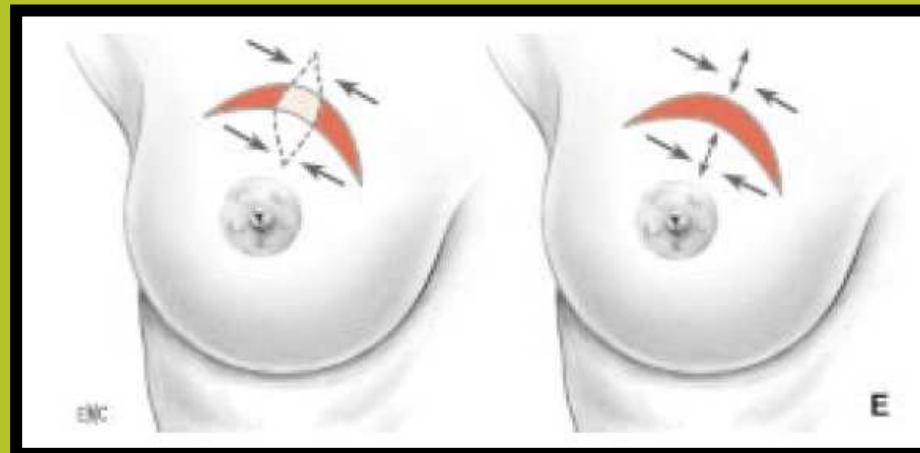
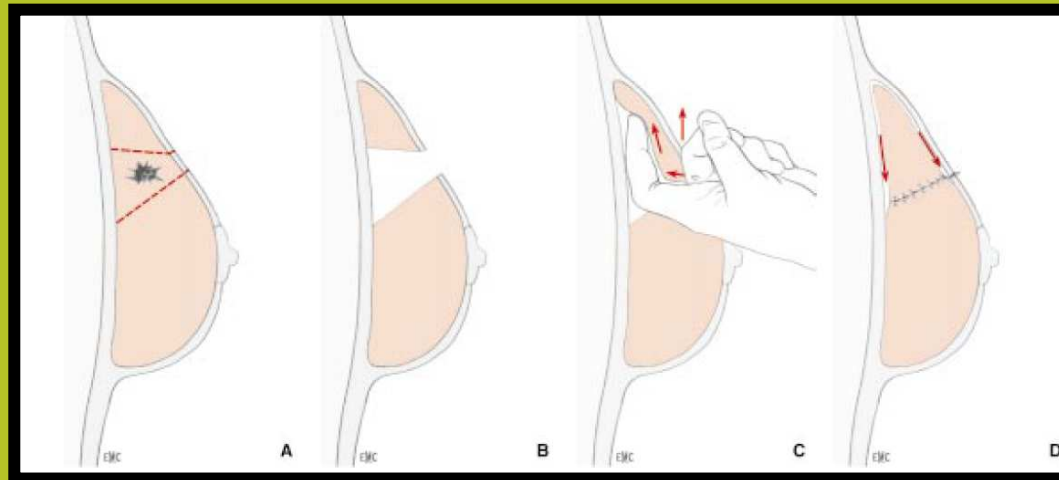
Quadrantectomy supero-esterna

Incisione cutanea losangiforme centrata sulla neoplasia



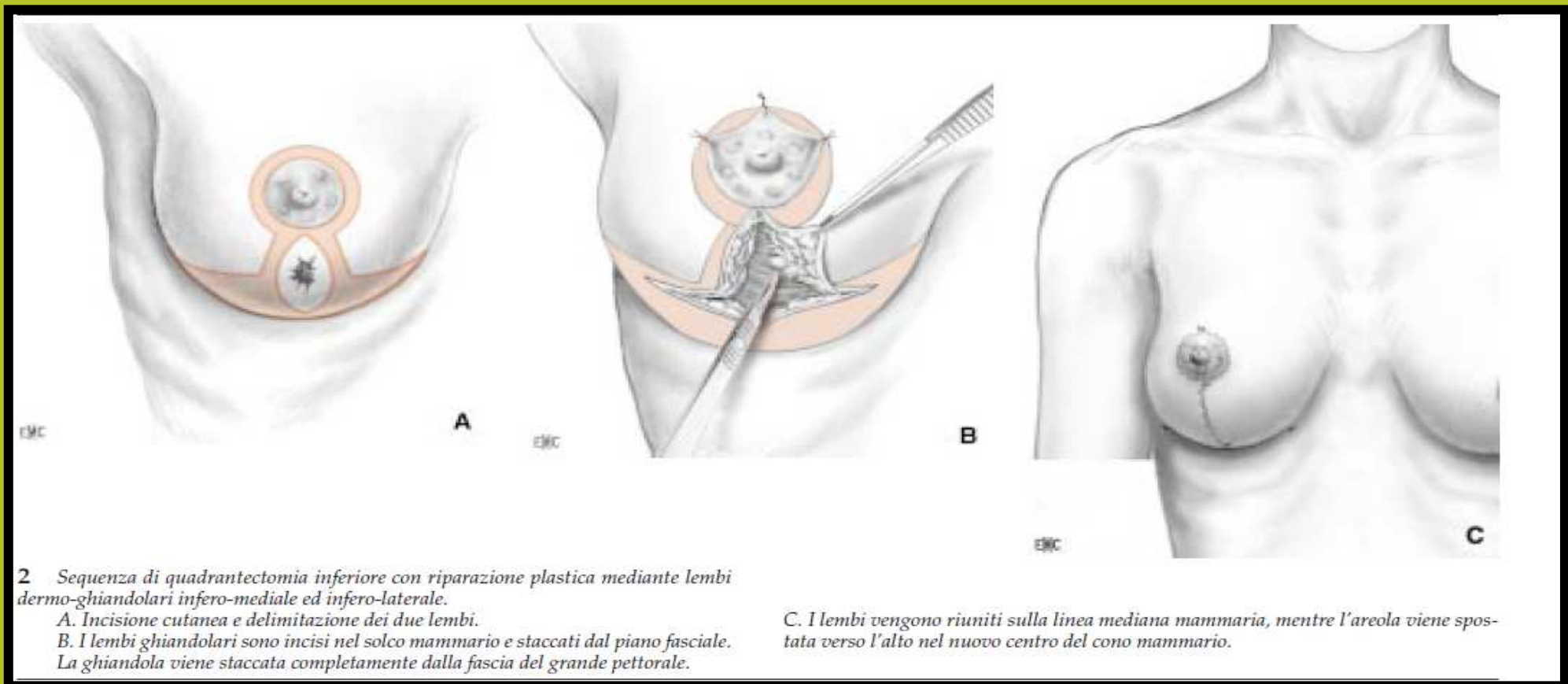
Quadrantectomia supero-interna e paracentrale superiore

Incisione “a paracadute”



Quadrantectomie inferiori [Chirurgia oncoplastica]

Incisione a T rovesciata



MASTECTOMIA

Asportazione completa della ghiandola mammaria. Nel caso in cui la **semplice quadrantectomia mammaria non garantisca la radicalità dell'escissione** (dimensione del T, multicentricità, mammella molto piccola, recidiva).

Può essere:

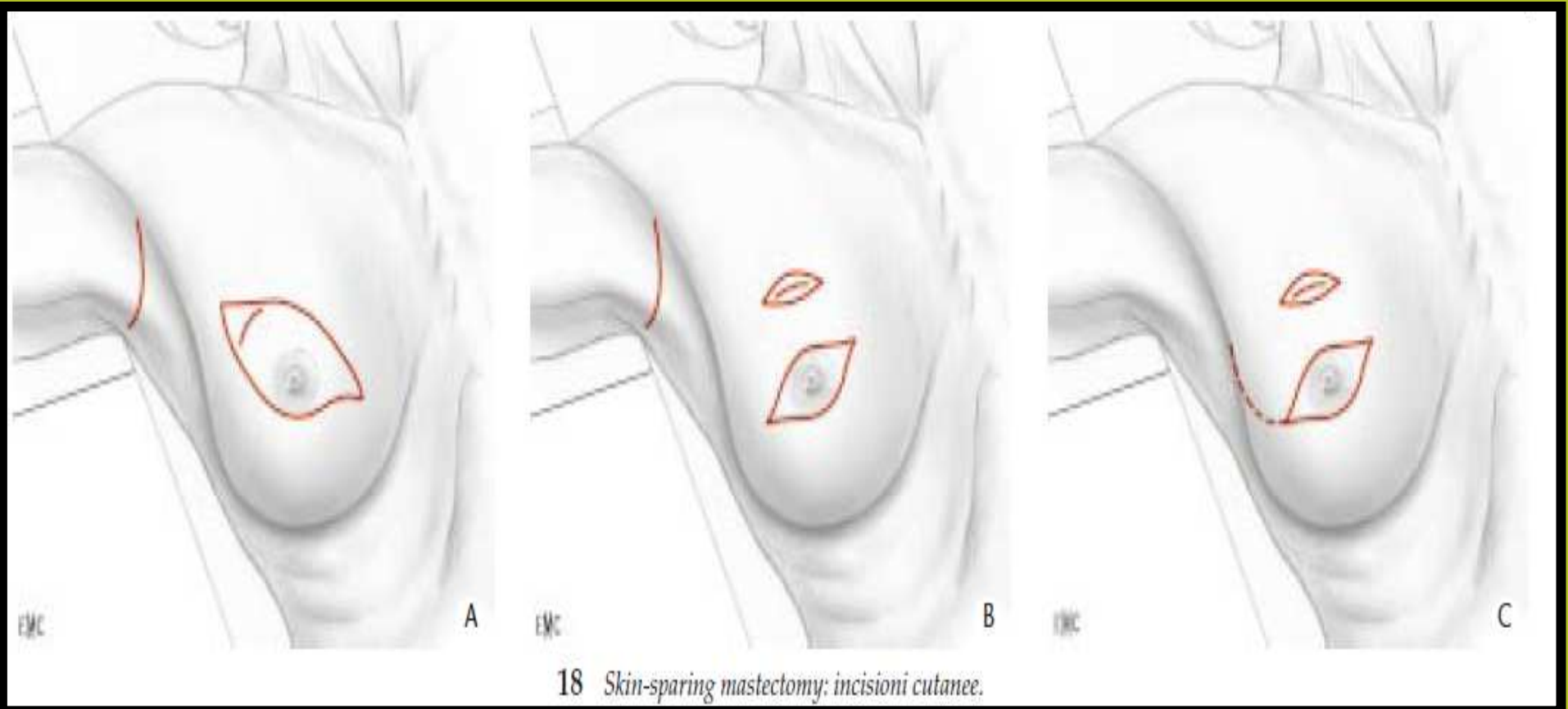
- **tradizionale [Madden-Patey]** (preservando i muscoli pettorali)
- **skin-sparing** (con risparmio della cute)
- **nipple-sparing** (con risparmio del complesso areola-capezzolo)

Associata a:

- **biopsia del linfonodo sentinella**
- **dissezione linfonodale ascellare**

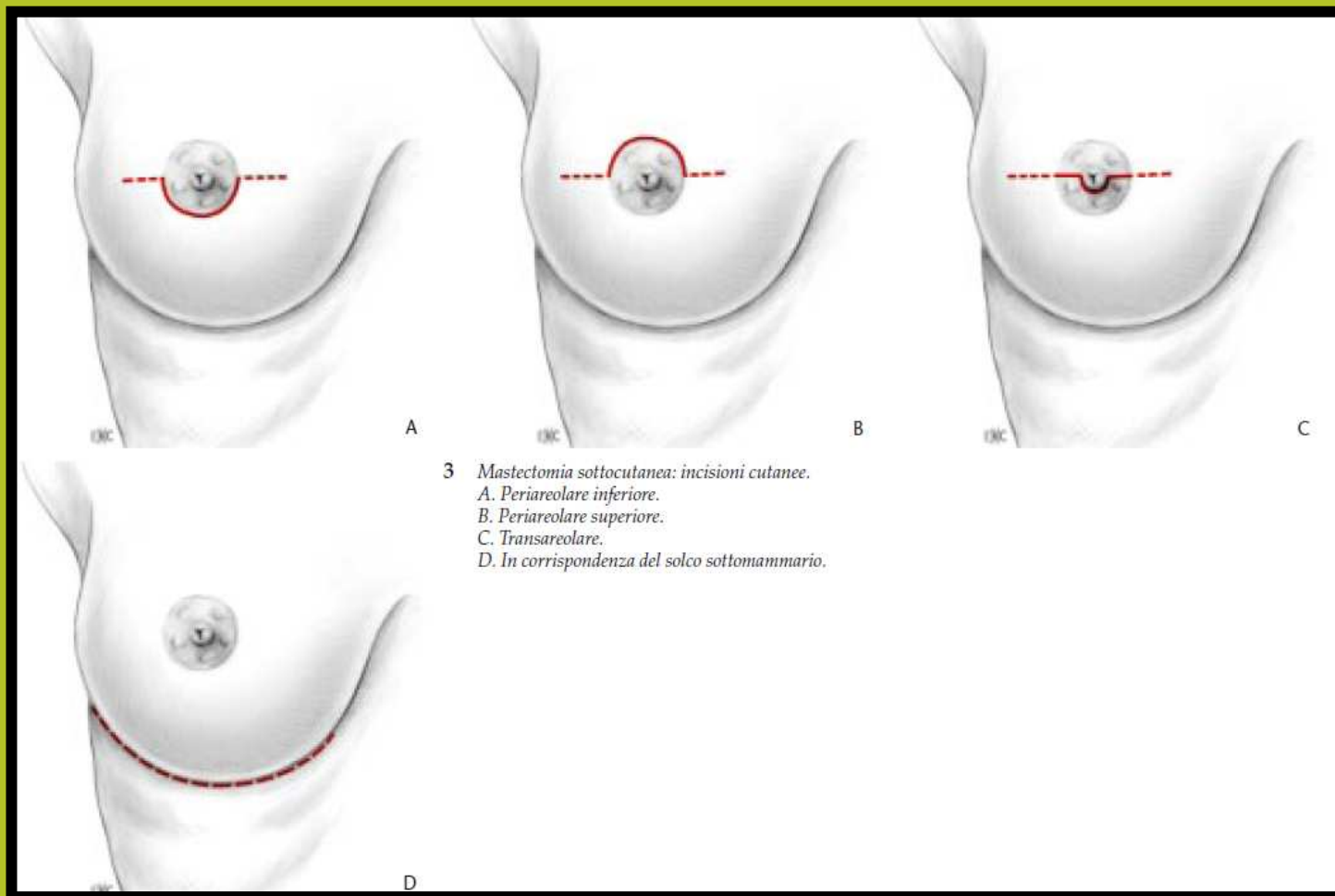
Mastectomy skin-sparing

Exeresi della ghiandola mammaria preservando gran parte della cute (con sacrificio del complesso areola-capezzolo)



Mastectomia nipple-sparing

Indicata soprattutto nelle mammelle di dimensioni medio-piccole (se non vi sia interessamento del complesso areola-capezzolo)



La ricostruzione immediata dopo mastectomia si ottiene mediante l'impiego di:

- **protesi a doppia camera (di Becker)**
- **protesi siliconica**
- **espansore**

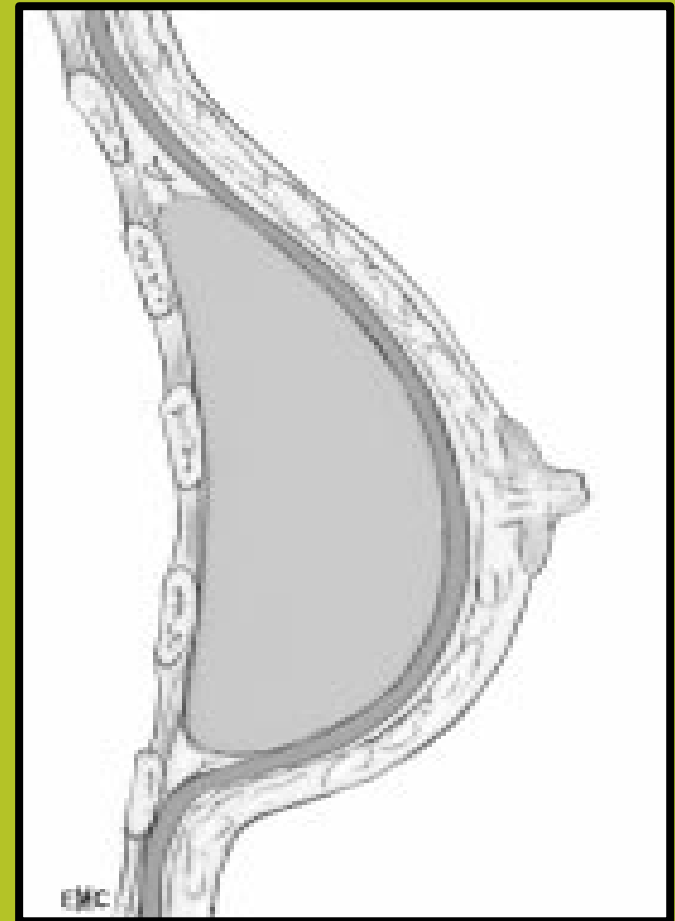
(posizionati in sede retropettorale)

L'utilizzo in prima istanza dell'espansore (nei mesi successivi sostituito da protesi definitiva) è da preferirsi quando non sia garantito il trofismo cutaneo o la dimensione della mammella ecceda determinate dimensioni.

Importante è ottenere la simmetria con la mammella controlaterale

- **mastopessi**
- **mastoplastica additiva o riduttiva**

Dopo mastectomia skin-sparing si può procedere alla ricostruzione del neocapezzolo nei mesi successivi mediante un lembo cutaneo



RICOSTRUZIONE DOPO MASTECTOMIA SKIN-SPARING



**Dopo ricostruzione del capezzolo
e simmetrizzazione controlaterale
con mastopessi**



RICOSTRUZIONE DOPO MASTECTOMIA NIPPLE-SPARING



**Dopo simmetrizzazione
controlaterale con mastoplastica
additiva**



RICOSTRUZIONE DOPO MASTECTOMIA NIPPLE- SPARING



Prima dell'intervento

Dopo mastectomia destra nipple-sparing e simmetrizzazione controlaterale con mastoplastica riduttiva e pessi



Neocapezzolo



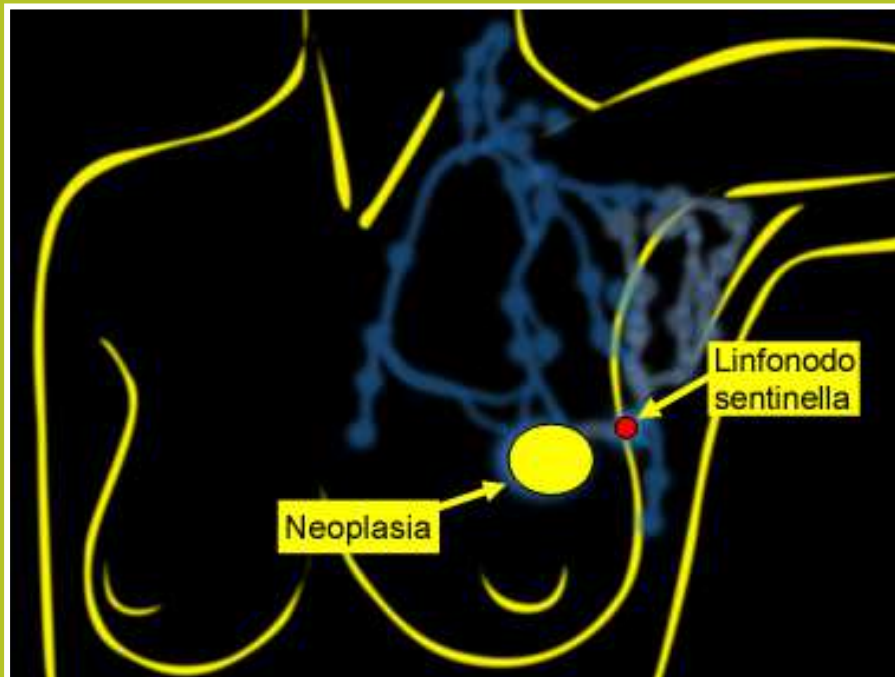
Dopo tatuaggio dell'areola

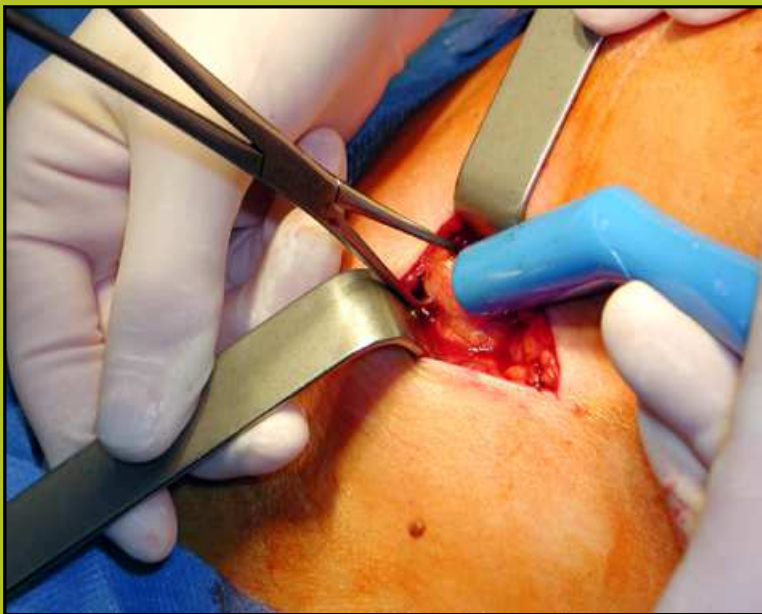


Biopsia del linfonodo sentinella

È il primo linfonodo che drena l'area mammaria interessata dal tumore e che quindi per primo può essere sede di localizzazioni metastatiche.

Il giorno prima dell'intervento la paziente si sottopone alla linfo-scintigrafia con incolo nella sede del tumore mammario di un tracciante debolmente radioattivo: il tracciante segue la vascolarizzazione linfatica sino al linfonodo sentinella rendendolo localizzabile dalla sonda della gamma camera intraoperatoriamente.





Asportazione del linfonodo sentinella

**Esame istologico estemporaneo al criostato
(intraoperatorio)**

**Positivo per
macrometastasi
($>2\text{mm}$)**

**Negativo per
macrometastasi**

**Dissezione linfonodale
ascellare completa**

**Non ulteriore
asportazione
chirurgica**



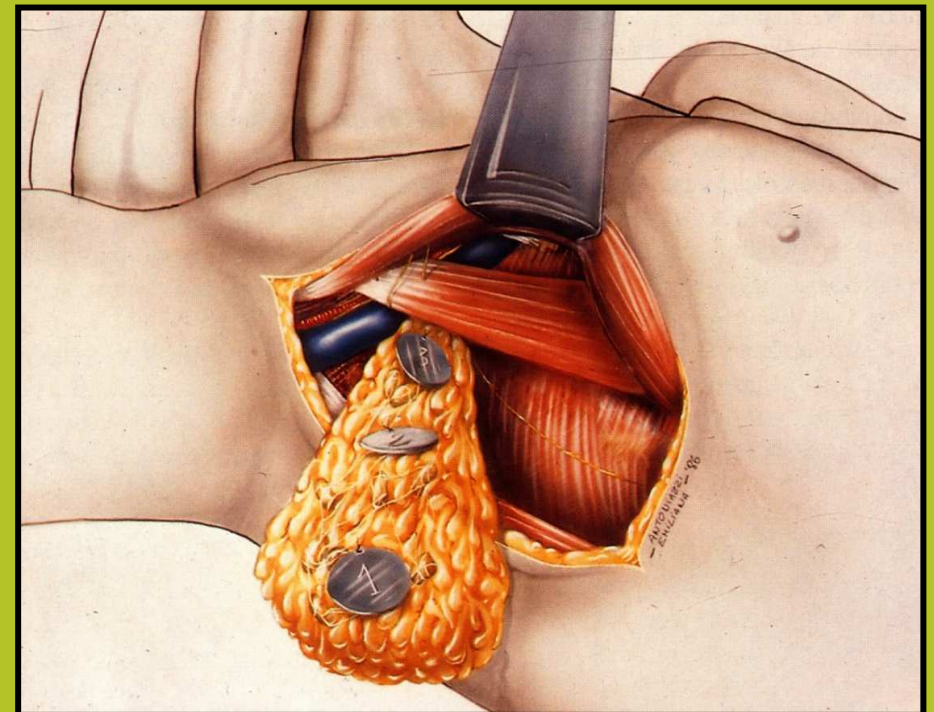
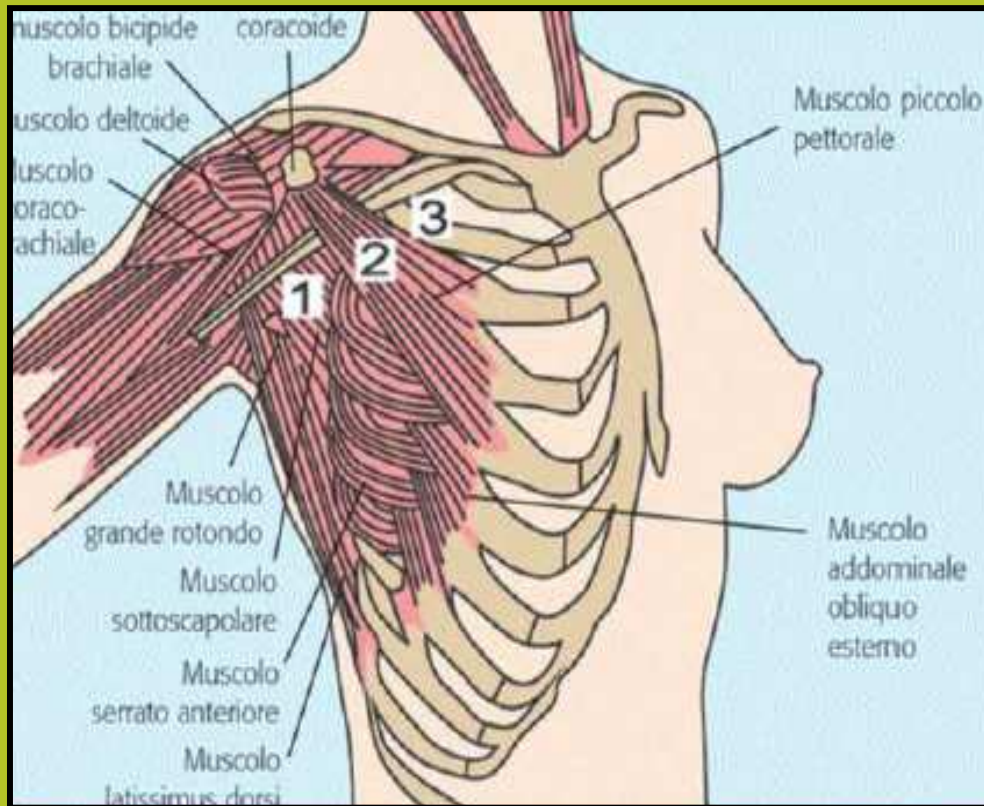
Dissezione linfonodale ascellare completa

Asportazione radicale di tutti i linfonodi ascellari (sino al terzo livello di Berg)

I° livello di Berg: lateralmente al margine laterale del muscolo piccolo pettorale

II° livello dietro al muscolo piccolo pettorale

III° livello: medialmente al muscolo piccolo pettorale (apice dell'ascella)





Incisione cutanea utilizzata per la dissezione dei linfonodi ascellari

Complicanze:

- **emorragie**
- **ematoma e sieroma**
- **disestesie** (arto sup. ed ascella)
- **linfedema dell'arto** (tardiva)



Viene mantenuto in sede un **drenaggio per 15 giorni** per evitare l'accumulo di siero (e quindi sovrainfezioni).

AZ.OSP.UNIV: PR
INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA MAMMARIA
DAY SURGERY- ONE DAY SURGERY
1997-2011

TOTALE PAZIENTI: 3087

INTERVENTI

```
graph TD; A[INTERVENTI] --> B[QUAD ± SENT]; A --> C[MAST ± DISSEZIONE ± RICOSTRUZIONE]; B --> D[2047]; C --> E[1040]; D --> F[MANCATA DIMISSIONE 21 (1%)];
```

QUAD ± SENT

2047

MANCATA DIMISSIONE 21 (1%)

**MAST ± DISSEZIONE
± RICOSTRUZIONE**

1040

EQUIPE CHIRURGICA DEDICATA

**Dr.ssa M. F. Arcuri
Dr. L. Cattelani
Dr. A. Ghirarduzzi
Dr. D. Palli**



**Almeno 50
neoplasie
mammarie trattate
per anno**

DAY SURGERY

**Numerosi i requisiti necessari alla
riuscita**

**Non si amalgamo le migliori
professionalità in assenza di**

**ARMONIA RELAZIONALE E SENSO DI
APPARTENENZA**

Operate e dimesse in mezza giornata per il cancro al seno

I medici: «Effetto psicologico positivo»

Al punto da far presentare, nella giornata dello «Ieo Day 2011», un nuovo progetto dell'Istituto milanese: il meglio della cura in sole 12 ore. Niente degenza. Già 500 donne ne hanno usufruito. E' il primo del genere in Europa. Le donne entrano in sala chirurgica, dopo un' accurata selezione psicologica e scientifica (dimensioni e caratteristiche del tumore), operate e sottoposte a radioterapia intraoperatoria. Dopo qualche ora di osservazione, vanno a casa o in albergo. Il giorno dopo, visita di controllo conclusiva. Per fare ciò, l'organizzazione deve avere sincronismi perfetti. Coinvolge chirurghi senologi, infermieri, anestesisti, laboratoristi, psico-oncologi, radioterapisti, segretarie. Pazienti contente, meno costi per il servizio sanitario (niente degenze) e giù anche le liste d' attesa.

7 giugno 2011

Attenzione al richiamo delle sirene!



CORRIERE DELLA SERA.it

SONO SEMPRE DI PIU' ANCHE IN ITALIA I CENTRI CHE OPERANO IN "DAY SURGERY". UNO STUDIO OLANDESE HA APPURATO CHE QUESTO TIPO DI INTERVENTO NON AUMENTA I RISCHI > E NECESSARIO PERO' UN PARTICOLARE LAVORO DI EQUIPE DA PARTE DEI VARI SPECIALISTI > ECCO QUANDO SI PUO' EFFETTUARE

24 ore per il seno

Via il tumore con un mini ricovero e senza pericoli. dagli esami ai controlli dopo il bisturi. una giornata particolare. i centri specializzati. la spia limita il trauma

----- Corriere salute. 24 ore per il seno Via il tumore con un mini ricovero e senza pericoli Sono sempre di piu' anche in Italia i centri che operano in "day surgery" > Uno studio olandese ha appurato che questo tipo di intervento non aumenta i rischi > E necessario pero' un particolare lavoro di equipe da parte dei vari specialisti > Ecco quando si puo' effettuare Anche un intervento all' apparenza critico e impegnativo come l' asportazione di un tumore al seno puo' avvenire in giornata. La malata si ricovera il mattino, viene operata, e la sera, o al piu' tardi il mattino seguente, puo' tornarsene a casa. Sono sempre piu' numerosi anche in Italia i centri che si convertono alla day - surgery. La tendenza generale a ridurre i tempi di ricovero

----- Corriere salute. Centri specializzati Per il trattamento veloce Ecco i centri di riferimento per la senologia

ambulatoriale indicati dalla Societa' italiana di chirurgia ambulatoriale e di day - surgery. Cagliari Ospedale oncologico, tel. 070 / 6095470 resp. dott. Pietro Giorgio Calo' ; * Villa S.Rita, tel. 070 / 281515, responsabile: dott. Francesco Sias. Milano Istituto di chirurgia generale, ambulatorio di senologia Policlinico, tel. 02 / 55035541, resp. prof. Francesco Maria Fazio; * Chirurgia III Osp. S. Carlo, 02 / 4022372, resp. dott. Valerio Berta. Napoli Ist. chirurgia generale e senologia II Univ. 081 / 5665053, resp. prof. Massimo Agresti. Parma. I divisione chirurgica Universita', tel. 0521 / 991704, resp. prof. Rinaldo Lampugnani. Roma Clin. chirurgica Policlinico Gemelli, tel. 06 / 3503734, resp. dott. Massimo Mercuri; * Il clinica chirurgica Policlinico Umberto I, tel. 06 / 4450741, resp. prof. Paolo Negro. Torino. Chirurgia gen. Univ. 011 / 6960256, resp. prof. Antonio Mussa. Trieste. Clinica chirurgica osp. di Cattinara, tel. 040 / 3994311, resp. prof. Mariano Cherubini. ----- Corriere salute.>

La testimonianza di due donne operate > Corriere salute. > La testimonianza di due donne operate > Ecco le storie di due donne che hanno affrontato il problema del tumore al seno con l' > Una giornata particolare Nessun disagio e grande professionalita' >



Grazie