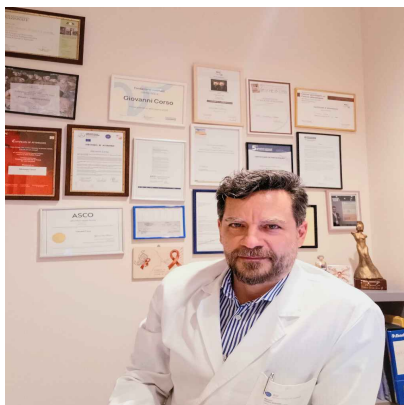




CHIRURGIA MININVASIVA DEL TUMORE AL SENO. NE PARLIAMO CON IL DOTT. GIOVANNI CORSO, MEDICO CHIRURGO ONCOLOGO DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO

Descrizione

Riceviamo e pubblichiamo

Intervista di Marialuisa Roscino

Le tecniche mini-invasive per il trattamento chirurgico del tumore al seno rappresentano un'evoluzione significativa nella chirurgia oncologica, offrendo numerosi vantaggi rispetto alle procedure tradizionali. Queste tecniche mirano a ridurre al minimo il trauma chirurgico che può verificarsi in molte donne con tumore al seno, preservando così nel contempo l'efficacia del trattamento. Ne parliamo di questo e molto altro con il Dott. Giovanni Corso, Medico Chirurgo Oncologo dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

Dott. Corso, parliamo di evoluzione della chirurgia mammaria, cosa è cambiato?

Tantissimo. Possiamo dire con grande soddisfazione che la chirurgia mammaria primaria eseguita per la cura del tumore al seno ha subito una vera e propria rivoluzione. Verso la fine dell'Ottocento, la chirurgia mammaria consisteva in una mutilazione della donna, purtroppo. L'intervento chirurgico venne ideato dal chirurgo statunitense William Halsted che prevedeva l'asportazione di tutto il seno, dei muscoli pettorali (grande e piccolo) e di tutti i linfonodi ascellari, senza nessuna possibilità di ricostruzione plastica. Il dolore post-operatorio e la limitazione funzionale erano indicibili.

Successivamente, negli anni '70 siamo passati alla mastectomia radicale con risparmio dei muscoli pettorali e all'introduzione della chemioterapia adiuvante, secondo gli studi dell'oncologo Gianni Bonadonna. Tuttavia, il vero cambiamento arriva con la "quadrantectomia" di Umberto Veronesi, negli anni '80. Togliere tutto il seno non era più necessario, i risultati dimostravano chiaramente che il tumore al seno si poteva curare benissimo con la quadrantectomia, seguita dalla radioterapia.

Quando è possibile salvare il seno?

In diversi casi. Parliamo di chirurgia conservativa, quindi, della cosiddetta quadrantectomia. L'intervento chirurgico consiste in una resezione parziale della ghiandola mammaria in corrispondenza della neoplasia già diagnostica in fase pre-operatoria. Concettualmente, il seno si suddivide in quattro quadranti, e la quadrantectomia prevede l'asportazione parziale di uno dei quadranti. Di solito, alla quadrantectomia segue sempre una radioterapia esterna, al fine di ridurre significativamente il rischio di recidiva tumorale locale. Questa procedura chirurgica è fattibile di solito quando la neoplasia è mono-focale, di dimensioni piccole e occupante un solo quadrante, oppure quando ci troviamo di fronte ad una neoplasia multi-focale (più foci tumorali) che occupa similmente un solo quadrante. Con l'avvento dell'onco-plastica abbiamo la possibilità di ottenere anche risultati eccellenti in termini di outcome estetico e di radicalità oncologica, anche quando siamo costretti ad eseguire interventi chirurgici conservativi ma più ampi.

Esistono tecniche mini-invasive per il trattamento chirurgico del tumore al seno?

Certamente. Abbiamo a disposizione la chirurgia video-laparoscopica e la chirurgia robotica, che sarebbe l'evoluzione della prima, e ne permette una visione tridimensionale. Il vantaggio della chirurgia mini-invasiva si traduce non solo in un possibile miglior risultato estetico, ma anche in una migliore ripresa post-operatoria e minor dolore. Tuttavia, nel nostro caso, la chirurgia mini-invasiva è utilizzata in una popolazione di donne molto selezionate. Non è possibile ad oggi proporre tale approccio chirurgico in tutti i casi e non tutti i centri ospedalieri hanno a disposizione tali strumenti per la chirurgia mammaria. Possiamo però affermare che i primi risultati di un nostro studio randomizzato in IEO e pubblicato sulla rivista *Annals of Surgery*, dimostrano che la chirurgia robotica è una tecnica fattibile e sicura in particolare nelle donne ad alto rischio genetico (con mutazione del gene *BRCA*, per intenderci). Siamo in attesa dei risultati anche per le donne operate con questa tecnica ma con una diagnosi di tumore al seno.

Parliamo di mastectomie conservative nel trattamento del tumore della mammella, quali sono i principali tipi di mastectomie conservative?

La cosiddetta mastectomia conservativa prevede il risparmio della cute e del complesso areola-capezzolo e viene chiamata comunemente mastectomia *nipple-sparing*. Tale procedura chirurgica viene effettuata nei tumori multicentrici o nei tumori di dimensioni piuttosto grandi oppure nelle donne ad alto rischio genetico. L'intervento chirurgico prevede l'asportazione totale della ghiandola mammaria attraverso un'incisione cutanea del seno con analisi intra-operatoria del tessuto retro-areolare che ci permette di capire se vi sono cellule tumorali nel capezzolo. In caso di positività è tuttavia necessario asportare il complesso areola-capezzolo, per evitare recidive tumorali precoci. La mastectomia *nipple-sparing* è una procedura sicura da un punto di vista oncologico, numerosi studi retrospettivi hanno dimostrato chiaramente che non vi è nessun rischio maggiore di recidiva tumorale rispetto alla mastectomia radicale.

Quali sono i vantaggi della mastectomia conservativa?

I vantaggi della mastectomia *nipple-sparing* sono molteplici. Con questa procedura chirurgica abbiamo una maggiore probabilità di raggiungere un buon risultato estetico nella ricostruzione mammaria immediata con una protesi definitiva e permette quindi di raggiungere un buon equilibrio psico-fisico nella donna che affronta un percorso già di per sé difficile, quale la diagnosi di un tumore. Tale risultato non è solo un fatto estetico, bensì parte integrante di un percorso verso la guarigione completa. La protesi viene posizionata dietro il muscolo pettorale, oppure qualora le condizioni locali lo

permettano, anche in sede pre-pettorale, ovvero sopra il muscolo. In passato, la mastectomia *nipple-sparing* veniva effettuata solo in alcune donne, ovvero che presentavano una dimensione ghiandolare medio-piccola e in assenza di ptosi. In un nostro studio retrospettivo IEO pubblicato sulla rivista *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, abbiamo descritto nuove tecniche chirurgiche di mastectomia *nipple-sparing* anche per le donne che presentano una ghiandola mammaria poco favorevole.

Quanto conta, a Suo avviso, la Prevenzione di precisione in risposta ad una diagnosi precoce?

Entriamo in un campo necessario per la nostra intervista. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) annualmente pubblica un report molto dettagliato sui numeri del cancro in Italia. Il tallone di Achille è ancora la prevenzione. Sappiamo che oggi l'unica strategia efficace per ridurre la mortalità correlata al cancro è l'adesione agli screening forniti dal sistema sanitario nazionale. Una lesione tumorale mammaria identificata attraverso un programma di screening ha maggiori probabilità di guarigione, a differenza di una lesione diagnosticata accidentalmente. Ancora notiamo differenze significative tra Nord, Centro, Sud e Isole della penisola Italiana nei programmi di estensione e adesione agli screening mammografico. L'adesione complessiva allo screening mammografico è di circa il 56% con importanti eterogeneità tra le varie regioni. Alcune regioni offrono un'estensione dello screening oltre il 100%, altre poco meno del 40%! Sono dati allarmanti. Lo screening salva la vita, c'è poco da discutere, l'obiettivo è raggiungere il 100% in tutte le regioni.

Quali consigli si sente di dare alle donne che scoprono di avere il tumore al seno?

Non avere paura! Esplorare e conoscere la propria storia familiare (importante per valutare un eventuale test genetico), aderire sempre allo screening e in caso di diagnosi di neoplasia mammaria, affidarsi il prima possibile ad un centro multidisciplinare specializzato nella gestione delle donne con tumore del seno, ovvero ad una *breast unit*. Ritengo utilissimo anche condividere le proprie esperienze all'interno delle numerose associazioni presenti sul territorio nazionale che forniscono un prezioso supporto logistico anche alle donne già sottoposte ad intervento chirurgico. Quello che consiglio sempre a tutte le mie pazienti è di seguire i consigli dei medici specializzati, fidarsi e affidarsi. Inoltre, non essere fatalisti. Per un nostro meccanismo intrinseco di sopravvivenza, noi pensiamo sempre che il tumore può colpire solo gli altri, in qualche modo ci sentiamo immuni, ma la malattia va affrontata, nascondere o ritardare il problema può solo aggravare la situazione e ridurre le possibilità di cura.