

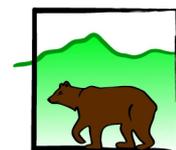
Programma Regionale di Screening
Mammografico Prevenzione Serena

WORKSHOP 2015

Torino, 2 Dicembre 2105

NOVITA' DALLA
LETTERATURA SCIENTIFICA:
Trattamento

Adriana Paduos



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

**COSA C'E' DI NUOVO
RISPETTO AD UN ANNO FA**



**Programma Regionale di Screening
Mammografico Prevenzione Serena**

WORKSHOP 2014

Torino, 3 Dicembre 2104

**NOVITA' E AGGIORNAMENTI
DAL CONVEGNO GISMA E
DALLA LETTERATURA:**

Trattamento

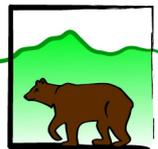


A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

Adriana Paduos - Massimiliano Bortolini

dalla letteratura...



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

ORIGINAL PAPER

TiLoop® Bra mesh used for immediate breast reconstruction: comparison of retropectoral and subcutaneous implant placement in a prospective single-institution series

Donato Casella & Marco Bernini & Lapo Bencini & Jenny Roselli &
Maria Teresa Lacaria & Jacopo Martellucci & Roberto Banfi &
Claudio Calabrese & Lorenzo Orzalesi

Conclusions Titanium-coated polypropylene meshes, as a tool for immediate definitive implant breast reconstruction, resulted as safe and effective in a short-term analysis, both for a retropectoral and a totally subcutaneous implant placement. Long-term results are forthcoming. A strict selection is mandatory to achieve optimal results.

Level of Evidence: Level II, therapeutic study.



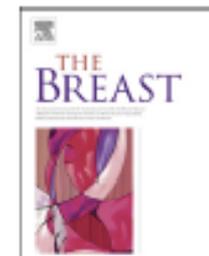


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

The Breast

journal homepage: www.elsevier.com/brst



Original article

Nipple sparing mastectomy: Surgical and oncological outcomes from a national multicentric registry with 913 patients (1006 cases) over a six year period

Lorenzo Orzalesi ^a, Donato Casella ^a, Caterina Santi ^a, Lorenzo Cecconi ^b, Roberto Murgo ^c, Stefano Rinaldi ^d, Lea Regolo ^e, Claudio Amanti ^f, Manuela Roncella ^g, Margherita Serra ^h, Graziano Meneghini ⁱ, Massimiliano Bortolini ^j, Vittorio Altomare ^k, Carlo Cabula ^l, Francesca Catalano ^m, Alfredo Cirilli ⁿ, Francesco Caruso ^o, Maria Grazia Lazzaretti ^p, Luigi Cataliotti ^q, Marco Bernini ^{a,*}



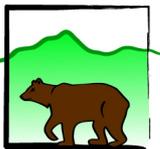
A.S.L. BI

Azienda Sanitaria Locale
di Biella



dal GISMA 2015

Reggio Emilia 7-8 maggio



A.S.L. BI

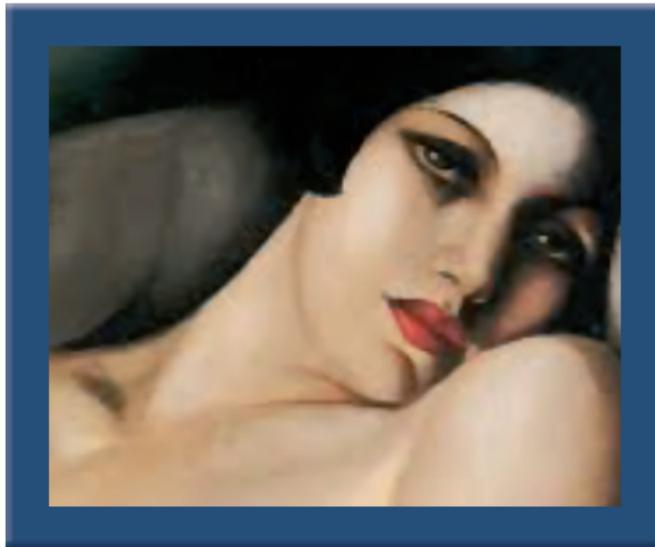
*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

CONVEGNO NAZIONALE

GISMA 2015

Lo Screening mammografico in Italia:

i dati, gli strumenti, la ricerca
ed i compagni di strada



Reggio Emilia
7-8 maggio 2015

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI REGGIO EMILIA

*Il futuro influenza il presente
tanto quanto il passato*

(F.W. Nietzsche)

Il sessione PICCOLI TUMORI...

Chairmen: D. Terribile, R. Vacondio

- | | |
|-------------|---|
| 11.10-11.25 | La casistica: Gisma ed SQTM
L. Bucchi |
| 11.25-11.40 | La gestione dei tumori in situ
A. Frigerio |
| 11.40-11.55 | Gli aspetti di anatomia patologica
I. Castellano |
| 11.55-12.10 | Le ripercussioni sulle donne:
dagli esiti estetici agli aspetti
psicologici
M.P. Mano |
| 12.10-12.30 | Dagli abstract pervenuti:
<i>una loro panoramica
la parola a due autori</i> |

11.55-12.10

Le ripercussioni sulle donne:
dagli esiti estetici agli aspetti
psicologici
M.P. Mano



**I "PICCOLI TUMORI" SONO CURABILI CON
TRATTAMENTI CONSERVATIVI E IN ITALIA
GLI INDICATORI RELATIVI SONO BUONI PER TUTTI**

**MA...CI SONO TRATTAMENTI CONSERVATIVI CHE
DANNO ESITI ESTETICI CHE SONO PEGGIORI UNA MASTECTOMIA**

**UN ESITI ESTETICO FALLITO PUO' RAPPRESENTARE, COME LA
MASTECTOMIA, UNA MUTILAZIONE E UN CONTINUO "RICORDO DELLA
MALATTIA"**

**NON ESISTE UNA ETA', PERTANTO, ADEGUATA PER ESSERE POCO
ATTENTI ALL'ESITO**



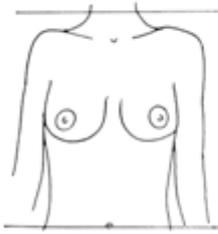
Indicatori di esito estetico e funzionale

gruppo di lavoro congiunto

GISMA SENONETWORK

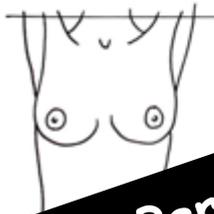
OBIETTIVO

Identificare nuovi indicatori di
esito estetico

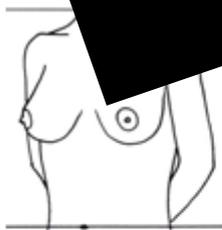


Anteriore

Limite superiore: metà altezza collo.
Limite inferiore: ombelico (limite inferiore della gabbia toracica nelle mammelle molto piccole; pube in quelle molto voluminose).
Braccia lungo il corpo, leggermente distese.



9- Percentuale di interventi di chirurgia conservativa e chirurgia demolitiva nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria (9)
Standard minimo $\leq 90\%$
Standard ottimale $\leq 99\%$



Tre quarti sinistra

Il capezzolo della mammella più lontana è il sul punto più esterno del profilo della mammella.
Braccia dietro la schiena.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICATORI E STANDARD

Definizione	Standard Minimo %	Standard Ottimale %
INDICATORI DI ESITO ESTETICO		
1- Percentuale di pazienti che non presentano cicatrici retraente o diastasata	<= 80	<= 90
2- Proporzioe di pazienti che non presentano discromie cutanee	<= 80	<= 90
3- Proporzioe di pazienti, senza indicazioe alla radioterapia, operate di mastectomia, che vengono sottoposte a ricostruzione immediata	>= 70	>= 80
4- Proporzioe di pazienti operate di mastectomia che siano state sottoposte a skin sparing o a nipple skin sparing mastectomy	>= 60	>= 70
5- Proporzioe di pazienti sottoposte a mastectomia che vengano operate con la tecnica della nipple- skin sparing mastectomy	>= 10	
6- Proporzioe di pazienti con ricostruzione immediata che non abbiano materiale protesico a contatto con il sottocute del lembo della mastectomia	>= 95	>= 98
7- Proporzioe di pazienti sottoposte a mastectomia e ricostruzione con l'ausilio di supporti biologici (derma umano o di origine animale) o matrici sintetiche che devono rientrare in studi clinici controllati	>= 95	>= 98
8- Proporzioe di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) discussi al MMD	>= 90	>= 99
9- Percentuale di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria	>= 90	>= 99
10- Percentuale di impianti perduti a sei mesi dopo una ricostruzione mammaria immediata	<= 9	<= 3

1. Percentuale di pazienti che non presentano cicatrice retratta o diastasata

Standard minimo $\leq 80\%$

Standard ottimale $\leq 90\%$

a. Percentuale delle pazienti che presentano cicatrici diastasate e/o retratte (secondo la definizione sotto riportata) sul totale di pazienti sottoposte ad intervento conservativo

b. Percentuale delle pazienti che presentano cicatrici diastasate e retratte (secondo la definizione sotto riportata) sul totale di pazienti sottoposte a mastectomia con ricostruzione

Lo stato della cicatrice viene valutato nel seguente modo:

regolare: cicatrice lineare senza spostamento della cute limitrofa;

diastasata: quando si presenta in uno o più punti allargata o con i punti laterali alla linea di incisione visibili;

retratta: quando i piani cutanei limitrofi sono retratti verso la cicatrice

N.B. Le cicatrici ipertrofiche-cheloidee, che appaiono rilevate, discromiche (violacee) e che procurano disestesie (punture di spillo, prurito), sono considerate patologiche e non rientrano nel computo del numeratore

Motivazione:

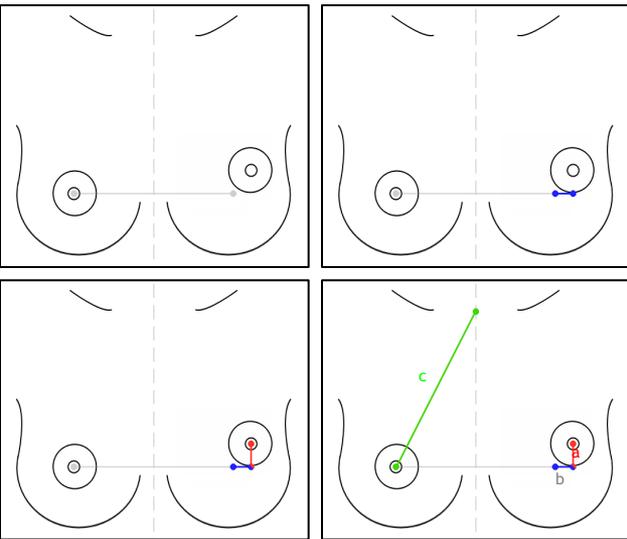
le caratteristiche della cicatrice cutanea hanno un importante impatto sulla qualità di vita sia nella chirurgia conservativa che dopo mastectomia non solo per l'importanza del fattore estetico, ma anche per la possibile sintomatologia e limitazioni funzionali ad esse associate.

Definizione e calcolo del pBRA

OLTRE 80% DELLE PAZIENTI CHE ABBIANO SUBITO UNO O PIU' INTERVENTI CONSERVATIVI O DI MASTECTOMIA CON RICOSTRUZIONE E RISPARMIO DELL' AREOLA-CAPEZZOLO NON DEVE AVERE DEVIAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA CAPEZZOLO (Pbra) SUPERIORE a 0,7

N.B. Indicatore da sperimentare presso 2 o tre centri per verifica fattibilità

- A. Percentuale di pazienti con deviazione del complesso areola capezzolo con valore pBra > 0.7 sul totale delle pazienti sottoposte a trattamento conservativo
- B. Percentuale di pazienti con deviazione del complesso areola capezzolo con valore pBra > 0.7 sul totale delle pazienti sottoposte a mastectomia con ricostruzione



Il valore pBRA (6) si ottiene mediante una formula algebrica che tiene conto dello "spostamento" sull'asse verticale ed orizzontale di un capezzolo rispetto al contro laterale.

Il pBRA verrà successivamente, fornite le misure, calcolato dall'applicativo d Best per sqtm (come il rapporto tra la distanza del punto ottimale dal punto effettivo (ricavata dai valori a e b) e la distanza giugulo-capezzolo:

**La scelta del trattamento
chirurgico deve essere
"modellata" sulla base del**

- tipo di lesione**
- tipo di mammella**
- tipo di persona**

- Questi aspetti devono portare a scelte che rispettino
 - i rischi oncologici
 - gli esiti estetici
 - gli esiti funzionali

La scelta del trattamento
chirurgico deve essere "modellata"
sulla base del
-tipo di lesione

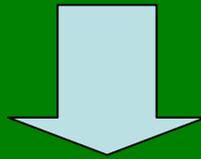
quantità di tessuto da rimuovere per
avere margini indenni (dimensioni e
pattern mammografico, istotipo)
sede della lesione

Interventi conservativi della mammella

AMPIA RESEZIONE

tessuto da asportare $\leq 10\%$

Incisione deve essere radiale ,
curvilinea e sovrastante la
lesione



occorre evitare
l'esecuzione di "percorsi"
nel parenchima

accurata emostasi

la sutura

deve essere limitata alla sola cute,
lasciando che la sottostante cavità
chirurgica venga compressa dalla
medicazione rimodellante
o con punti avvicinamento "laschi " apposti a
paziente in posizione di gravità

Interventi conservativi della mammella

oncoplastica

tessuto da asportare > 10%



Interventi conservativi
della mammella

ONCOPLASTICA I LIVELLO

TESSUTO DA ASPORTARE < 20%

ONCOPLASTICA I LIVELLO

allestimento

**LEMBI SCORRIMENTO CON INCISIONI
LIBERATORIE**

**allo scopo di evitare di esercitare trazioni
sul parenchima**

con punti avvicinamento "laschi " apposti a
paziente in posizione di gravità non a scopo
emostatico



Interventi conservativi della mammella

ONCOPLASTICA II LIVELLO
asportazione tessuto 20-40%

ONCOPLASTICA II LIVELLO

**-RIEMPIMENTO CON PARENCHIMA
MAMMARIO DISLOCATO**

**-RIEMPIMENTO CON TESSUTO
OMOLOGO PROVENIENTE DA ALTRE SEDI**

-LIPOFILLING

...





linee di "forza" possano lasciare esiti eccellenti

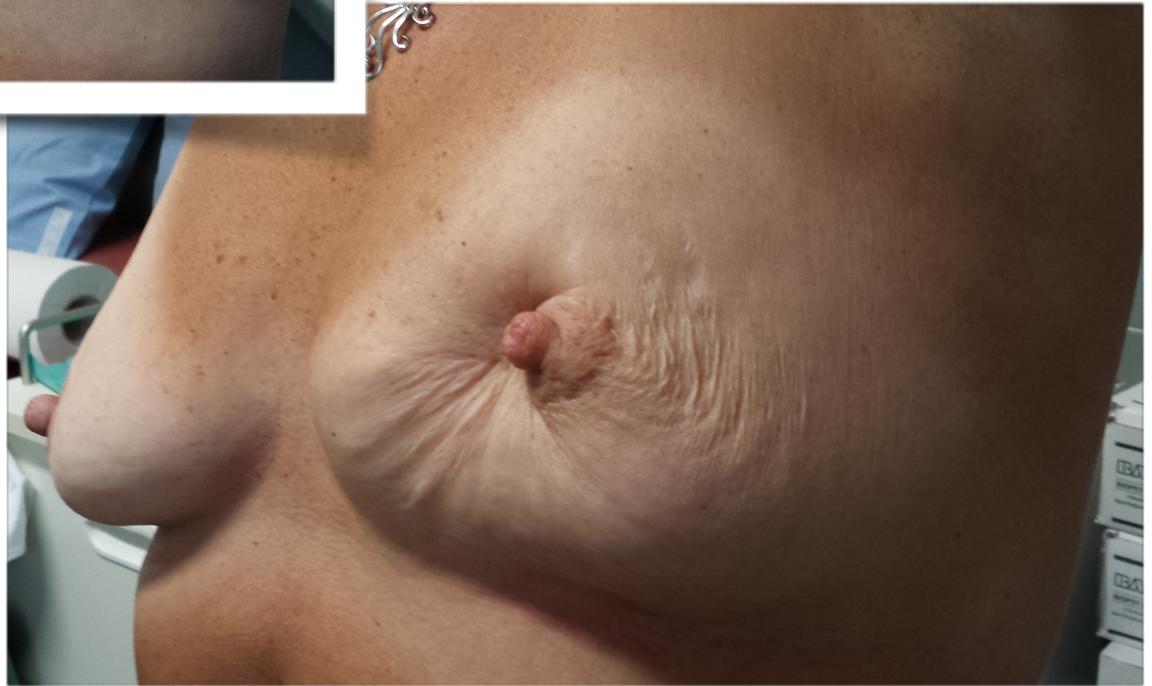


INCISIONE CURVILINEA













È possibile individuare
indicatori per la scelta
del trattamento

% tessuto rimosso

sede lesione

densità parenchima

LA RESEZIONE DEL TUMORE NEI

QUADRANTI INFERIORE E MEDIALE

PRODUCE ESITI

ESTETICI MEDIOCRI CON FREQUENZA

MAGGIORE RISPETTO ALLA RESEZIONE

NELLE ALTRE SEDI



La scelta del trattamento
chirurgico deve essere
"modellata" sulla base del

-tipo di mammella

grado di ptosi

dimensione e densità

È possibile individuare
indicatori per la scelta
del trattamento

% tessuto rimosso
sede lesione

densità parenchima

Densità parenchima

Mammella a **bassa densità**

rappresenta una controindicazione
all'oncoplastica di I livello per
l'alto rischio di necrosi del
tessuto adiposo

La scelta del trattamento
chirurgico deve essere
"modellata" sulla base del

-tipo di persona

età, sindrome metabolica, malattie
concomitanti, grado di
comprensione e "vissuto" soggettivo





ESTETICI

Deviazione pBra e discromie capezzolo

si possono correggere mediante

LIPOFILLING

DERMOPIGMENTAZIONE

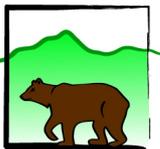
MASSAGGI SCOLLAMENTO

....



dal GISMA 2015

Reggio Emilia 7-8 maggio



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

Reggio Emilia
7-8 maggio 2015

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI REGGIO EMILIA



*Il futuro influenza il presente
tanto quanto il passato*

(F.W. Nietzsche)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Le ripercussioni sulle donne: dagli esiti estetici agli aspetti psicologici

Dr. Guglielmo Ferrari
guglielmo.ferrari@asmn.re.it



Più del 20% degli interventi sono ritenuti non soddisfacenti dalle pazienti.

D'Aniello C., Grimaldi L., Barbato A., Bosi B., Carli A.: *Cosmetic results in 242 patients treated by conservative surgery for breast cancer*. Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg. 33: 419-422. (1999).

Buon risultato cosmetico si ha in tutti i casi solo se il volume del parenchima mammario asportato non supera il 10-15% del volume totale

Cochrane R.A., Valasiadou P et al.: *Cosmesis and satisfaction after breast conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised*. British Journal of Surgery 2003; 90:1505-1509.

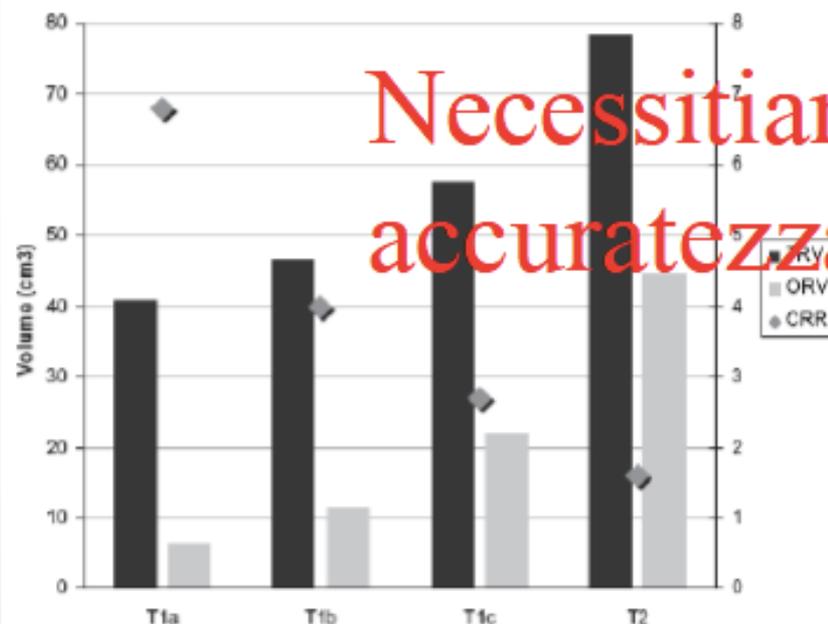


Cosa valutare?

- Volume tumore
- Sede tumore
- Volume mammella

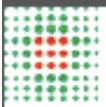
Sul volume del tumore, va aggiunto che nella maggior parte delle chirurgie conservative si tende a resecare più tessuto al diminuire delle dimensioni del tumore stesso come dimostrato da Krekel

Krekel N., Zonderhuis B., Muller S et al.: *Excessive resection in breast conserving surgery. A retrospective multicentre study.* The Breast Journal 2011; 6:602-609.



Necessitiamo di maggiore accuratezza chirurgica

TRV: Volume totale resecato ORV: Volume ottimale da resecare CRR: Tasso di tessuto resecato in eccesso (in una escissione perfetta TRV = ORV ed il CRR dovrebbe essere uguale a 1).



Le dimensioni del tumore di per se non impongono l'esecuzione della mastectomia

Ad esclusione delle forme multifocali o avanzate, la mastectomia trova indicazione più per ragioni tecniche che oncologiche (**rapporto sfavorevole fra volume tumore/volume mammella**).

Come migliorare questo rapporto?

CHT Neo-adiuvante



Diagnosi precoce



Riduzione delle mastectomie anche per tumori di maggiori dimensioni



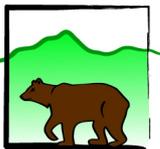
TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICATORI E STANDARD

Definizione	Standard Minimo %	Standard Ottimale %
INDICATORI DI ESITO ESTETICO		
1- Percentuale di pazienti che non presentano cicatrice retraente o diastasata	<= 80	<= 90
2- Proporzioni di pazienti che non presentano discromie cutanee	<= 80	<= 90
3- Proporzioni di pazienti, senza indicazione alla radioterapia, operate di mastectomia, che vengono sottoposte a ricostruzione immediata	>= 70	>= 80
4- Proporzioni di pazienti operate di mastectomia che siano state sottoposte a skin sparing o a nipple skin sparing mastectomy	>= 60	>= 70
5- Proporzioni di pazienti sottoposte a mastectomia che vengano operate con la tecnica della nipple- skin sparing mastectomy	>= 10	
6- Proporzioni di pazienti con ricostruzione immediata che non abbiano materiale protesico a contatto con il sottocute del lembo della mastectomia	>= 95	>= 98
7- Proporzioni di pazienti sottoposte a mastectomia e ricostruzione con l'ausilio di supporti biologici (derma umano o di origine animale) o matrici sintetiche che devono rientrare in studi clinici controllati	>= 95	>= 98
8- Proporzioni di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) discussi al AAAD	>= 90	>= 99
9- Percentuale di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria	>= 90	>= 99
10- Percentuale di impianti perduti a sei mesi dopo una ricostruzione mammaria immediata	<= 9	<= 3



dal GISMA 2015

Reggio Emilia 7-8 maggio



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

CONVEGNO NAZIONALE
GISMA 2015

Lo Screening
mammografico
in Italia:

i dati, gli strumenti, la ricerca
ed i compagni di strada



Reggio Emilia
7-8 maggio 2015
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI REGGIO EMILIA

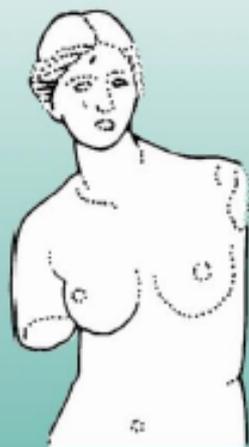
*Il futuro influenza il presente
tanto quanto il passato*
F.W. Nietzsche



Breast Unit

Mario Taffurelli

Responsabile Clinico Breast Unit Policlinico S.Orsola - Bologna
Unità Operativa di Chirurgia Generale
(Direttore: Prof. Mario Taffurelli)
Università di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi



EUSOMA
European Society of Breast
Cancer Specialists

**“The requirements
of
a specialist
Breast Unit”**

www.eusoma.com

“Requisiti generali mandatori”

- Massa critica (≥ 150 casi/anno Breast Cancer)
- Responsabile Clinico
- Gruppo di professionisti **dedicati** (Core Team)
- Protocolli
- Meeting multidisciplinare per la discussione dei casi
- Controllo dei risultati (Data base per indicatori e Audit)
- Comunicazione: diagnosi, trattamento e tempi attesa
- Formazione
- Ricerca

CHIRURGO

ONCOLOGO

Anatomo
Patologo

**CORE
TEAM**

RADIOLOGO

INF CASE
MANAGER

Radioterapista

**Non-CORE
Team**

Psicologo

**Chirurgo
Plastico**

Genetista

Fisiatra

**Cure
palliative**

RESEARCH

Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women OPEN ACCESS

Eileen M Kesson *project manager*^{1,4}, Gwen M Allardice *statistician*^{1,4}, W David George *school of medicine honorary professor*², Harry J G Burns *chief medical officer for Scotland*³, David S Morrison *director*⁴

+ 18% in sopravvivenza!!!!



European Breast Cancer Network
'Europe Against Cancer' Programme
EUSOMA
CPO-Piemonte

Q.T.

Audit System on Breast Cancer Treatment

La Breast Unit deve controllare i propri risultati ...

QT is a public domain
oncological database
designed for
multidisciplinary Breast Units

INDICATORI SQTM DWH

Codice	DESCRIZIONE
D1	DIAGNOSTICA - Cito/istologia preoperatoria positiva
H1	ISTOPATOLOGIA - Grading disponibile (invasivi)
H2	ISTOPATOLOGIA - Grading disponibile (DCIS)
H3	ISTOPATOLOGIA - Misurazione recettori ormonali (ER) disponibile
T2	TEMPI - Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione chirurgica
T3	TEMPI - Intervento entro 60 giorni dalla mammografia di screening
T4	TEMPI - Intervento entro 90 giorni dalla mammografia di screening
S2	CHIRURGIA - No congelatore in cancri fino a 1 cm
S4	CHIRURGIA - Rx del pezzo operatorio in cancri fino a 1 cm trattati con conservativa
S5	CHIRURGIA - Unico intervento dopo diagnosi preoperatoria di cancro (C5,B5)
S6	CHIRURGIA - Intervento conservativo in casi pT1
S7	CHIRURGIA - Intervento conservativo in carcinomi in situ fino a 2 cm
S8	CHIRURGIA - Margini indenni (> 1 mm) dopo intervento definitivo conservativo
S9	CHIRURGIA - Almeno 10 linfonodi asportati
S10	CHIRURGIA - N0 con solo linfonodo sentinella
S11	CHIRURGIA - CDIS senza dissezione ascellare
S13	CHIRURGIA - Benigni+intraepiteliali+in situ (I e II) senza dissezione ascellare né linfonodo sentinella
12C	CHIRURGIA - Ricostruzione immediata
R1	RADIOTERAPIA - Radioterapia dopo intervento conservativo

Conferenza Stato-Regioni : 18/12/2014



Repubblica del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 6, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante
"Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".

Rep. Atti n. 185/CSE del 18 dicembre 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell' odierna seduta del 18 dicembre 2014:

VISTO l'articolo 6, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il
Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di
intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni
unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'art. 169 del trattato di Lisbona dell'Unione Europea, che prevede che debbano essere
assicurati elevati livelli di protezione della salute nella definizione ed implementazione di tutte le
politiche ed attività dell'Unione;

VISTO il decreto legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni,
che indirizza le azioni del Servizio Sanitario Nazionale verso il rispetto del principio di appropriatezza
e l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e linee guida;



4/9/2012

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Articolo I

*(Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed
assistenziali della Rete delle Strutture di Senologia)*

E' istituita presso il Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione e
dell'Ordinamento del SSN, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, il
Gruppo di lavoro per la predisposizione di un documento che definisca le caratteristiche
organizzative, i requisiti qualitativi e quantitativi della rete delle strutture di senologia,
compreso il modello delle *breast unit*.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE

Linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei Centri di Senologia

della rete dei Centri di Senologia

Manuale elaborato dal "Gruppo di lavoro per la
definizione di specifiche modalità organizzative ed
assistenziali della "Rete delle Strutture di Senologia"
di cui al D.D. 4/09/2012

Roma, Giugno 2014

Roma, Giugno 2014



Novità in Chirurgia Senologica?

Biella, 26 Settembre 2015
Nuovo Ospedale – Sala Convegni

Via Ponderanesi, 2 – Ponderano (BI)



FONDAZIONE onlus
EDO ed ELVO TEMPIA
per la lotta contro i tumori



ORDINE dei MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI di BIELLA



REGIONE
PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale di **Biella**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

S. C. Senologia Direttore S. Folli
FORLÌ'



**Novità in
Chirurgia Senologica?**

Biella, 26 Settembre 2015
Nuovo Ospedale – Sala Convegni
Via Ponderanesi, 2 – Ponderano (BI)

Presidente Dott. ssa Adriana Paduos
S.C. Chirurgia Generale Alta Complessità ASL BI
Direttore Dott. Roberto Polastri

A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella

S.Folli
secondo.folli@auslromagna.it

Ruolo del chirurgo
senologo: l'oncoplastica

ACOI
Scuola
Speciale di
**Chirurgia
Senologica**

Trattamento Conservativo obiettivi

- **Radicalità oncologica** (Recidiva locale)
- **Risultato cosmetico** (asimmetria, distopia del CAC, difetti di sostanza)



- Le dimensioni del tumore di per se' non impongono l'esecuzione della mastectomia.
- Ad esclusione delle forme multifocali o localmente avanzate, la mastectomia trova indicazione più per ragioni tecniche che oncologiche (*rapporto sfavorevole fra volume del tumore/volume della mammella*)

Indicazioni alla chirurgia oncoplastica conservativa

- Pazienti candidate a mastoplastica riduttiva o mastopessi per iperplasia o ptosi
- Rapporto volume tumore/volume mammella sfavorevole (rimozione > del 10-20% del Vol. mammario)
- Sede del tumore sfavorevole (quadranti inferiori, mediali, centrali)
- Dopo TC con margini positivi
- Dopo TC con margini negativi ma risultato cosmetico non soddisfacente

Dopo TC con margini negativi ma risultato cosmetico non soddisfacente



Dopo TC con margini positivi



Cosa considerare quando decidiamo di procedere con la chirurgia oncoplastica conservativa

1. Quale tecnica oncoplastica utilizzare

Ricostituzione del volume mammario
Rimodellamento della mammella
(15% delle paz)

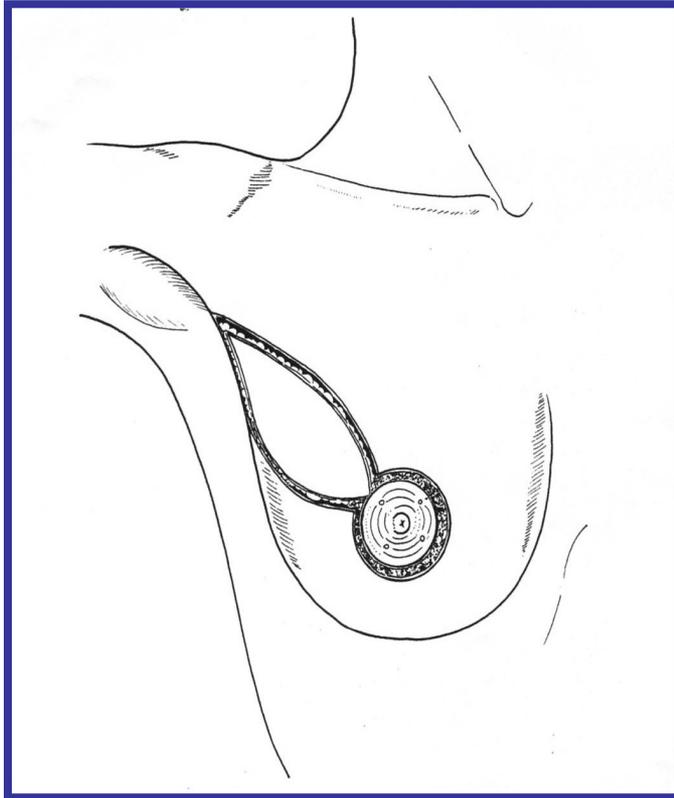
Cosa considerare quando decidiamo di procedere con la chirurgia oncoplastica conservativa

1. Quale tecnica oncoplastica utilizzare

Ricostituzione del volume mammario
Rimodellamento della mammella
(15% delle paz)

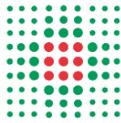
oncoplastica di I livello

Tecniche di rimodellamento ricentralizzazione del CAC



Cosa considerare quando decidiamo di procedere con la chirurgia oncoplastica conservativa

1. Quale tecnica oncoplastica utilizzare
2. Tipologia del parenchima mammario
3. La sede della neoplasia



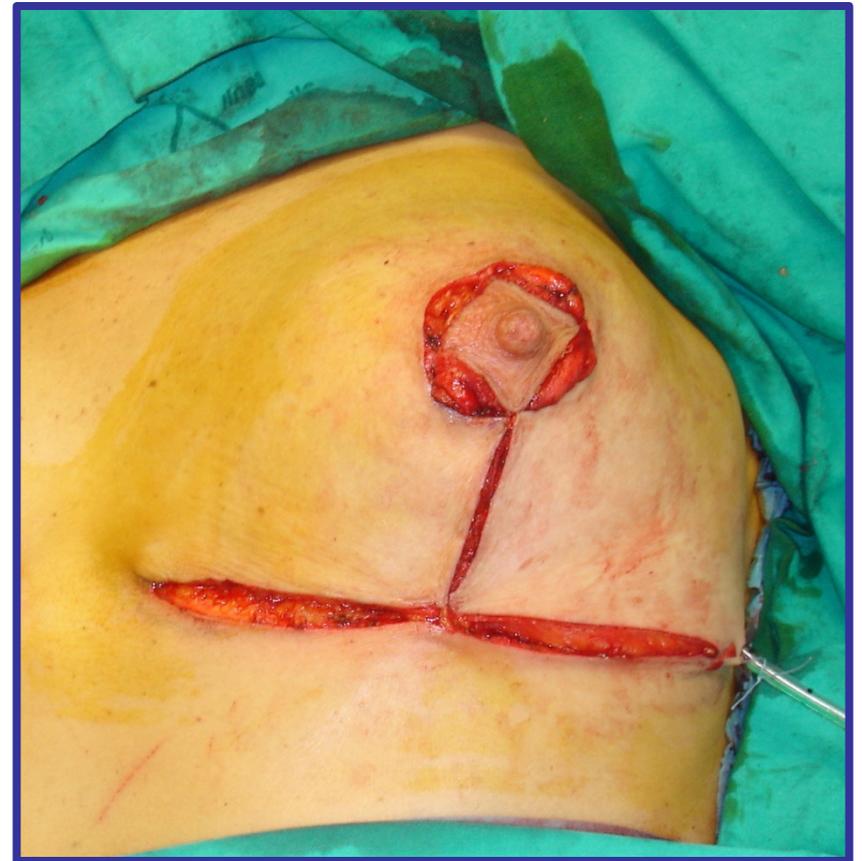
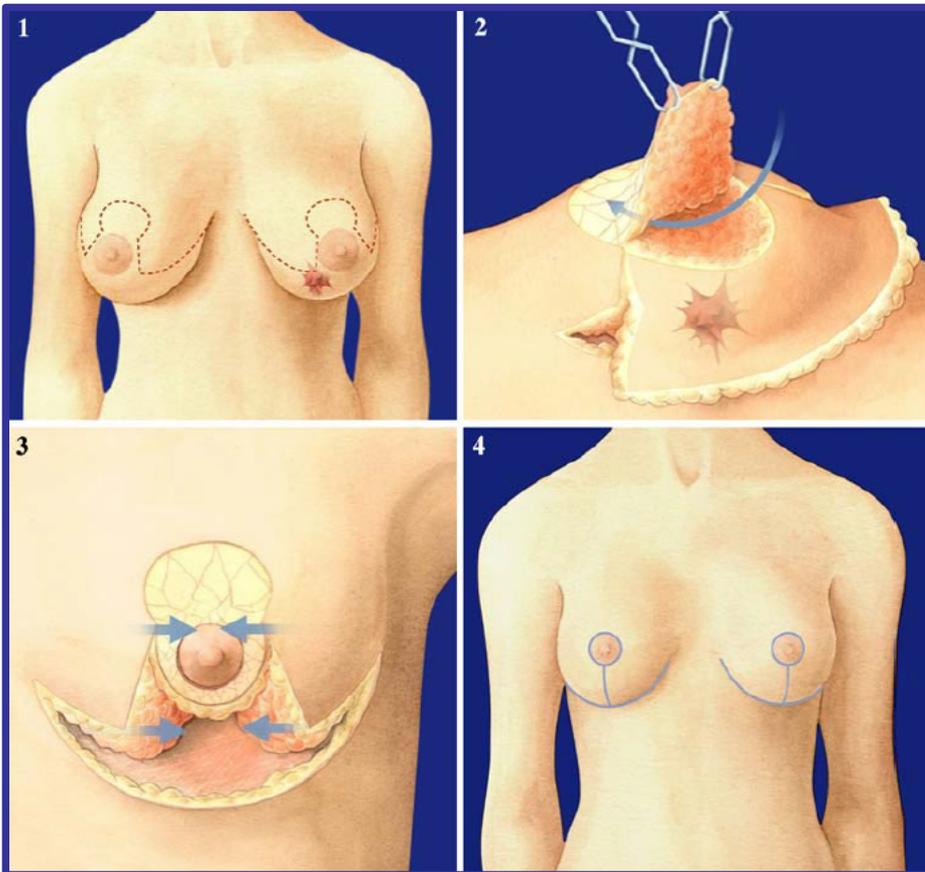
Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento della mammella

- **Mastoplastica a peduncolo superiore**
- **Mastoplastica a peduncolo inferiore**
- **Mastoplastica a “L” o a “J”**
- **Mastoplastica a “V”**
- **Lembo di avanzamento e rotazione (Grisotti)**
- **Mastopessi Round block (Benelli)**
- **Mammoplastica a B**
- **Batwing / emi-Batwing**

Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento mastoplastica a peduncolo superiore



Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento mastoplastica a peduncolo inferiore

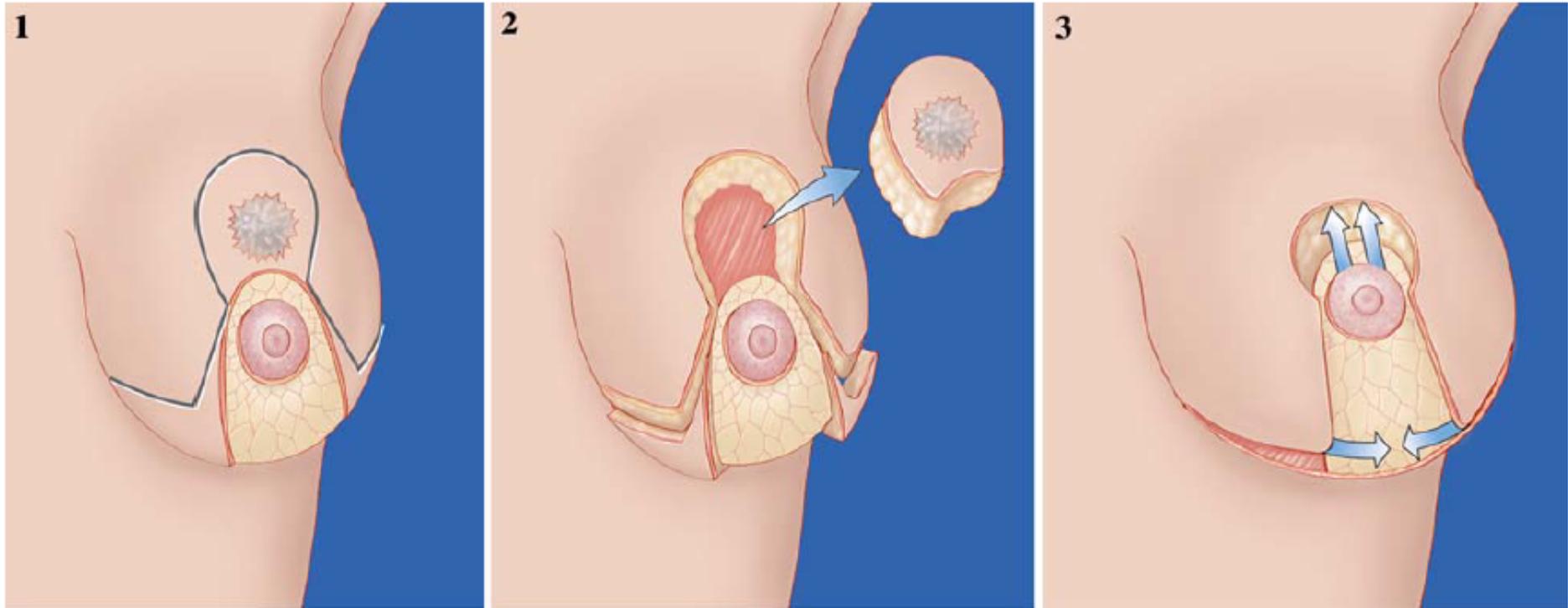
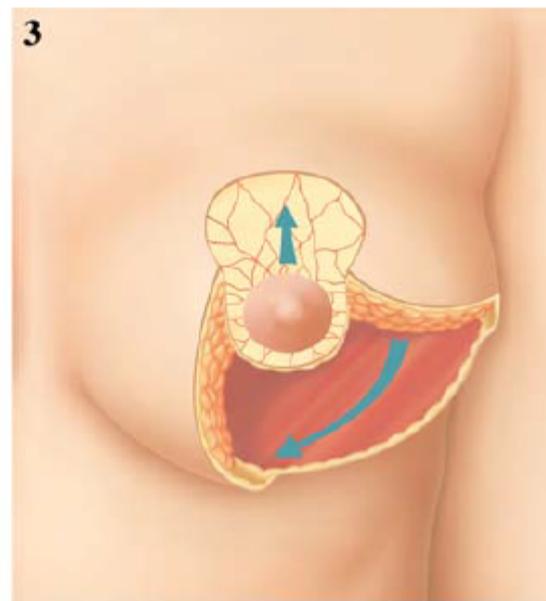
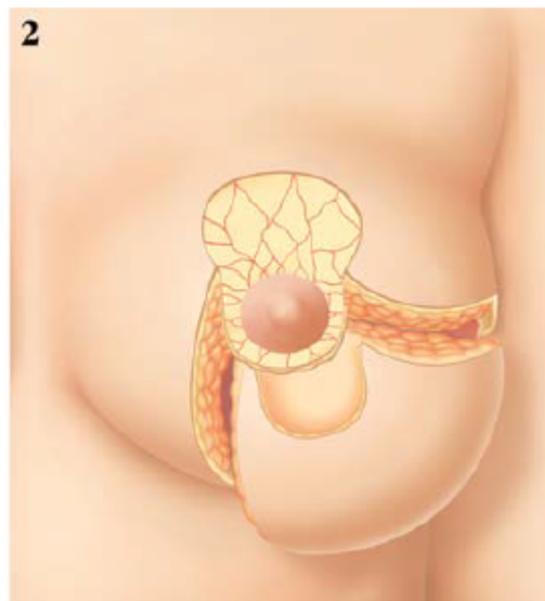
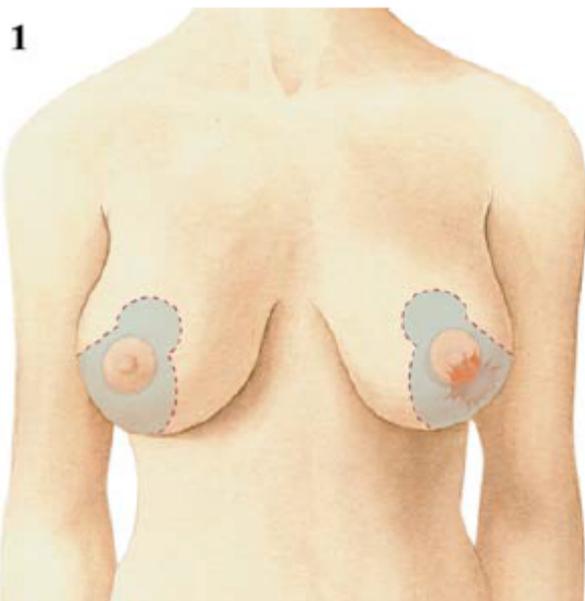


FIG. 5 Level II OPS: Inferior pedicle mammoplasty for 12 o'clock tumors. **1** Preoperative drawings. Inferior pedicle deepithelialized. **2** Tumor resection. Complementary resection of medial and lateral pillars. **3** Advancement of inferior pedicle into the defect and skin closure

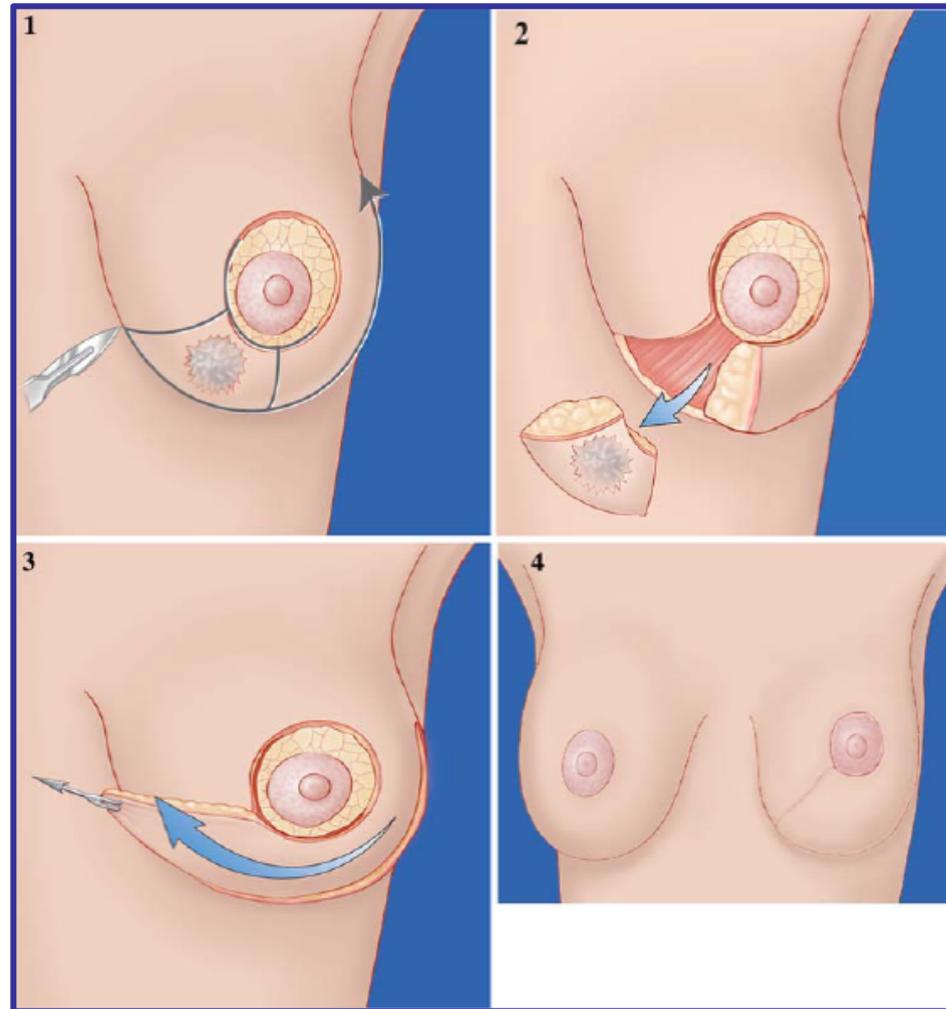
Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento mastoplastica a "J"



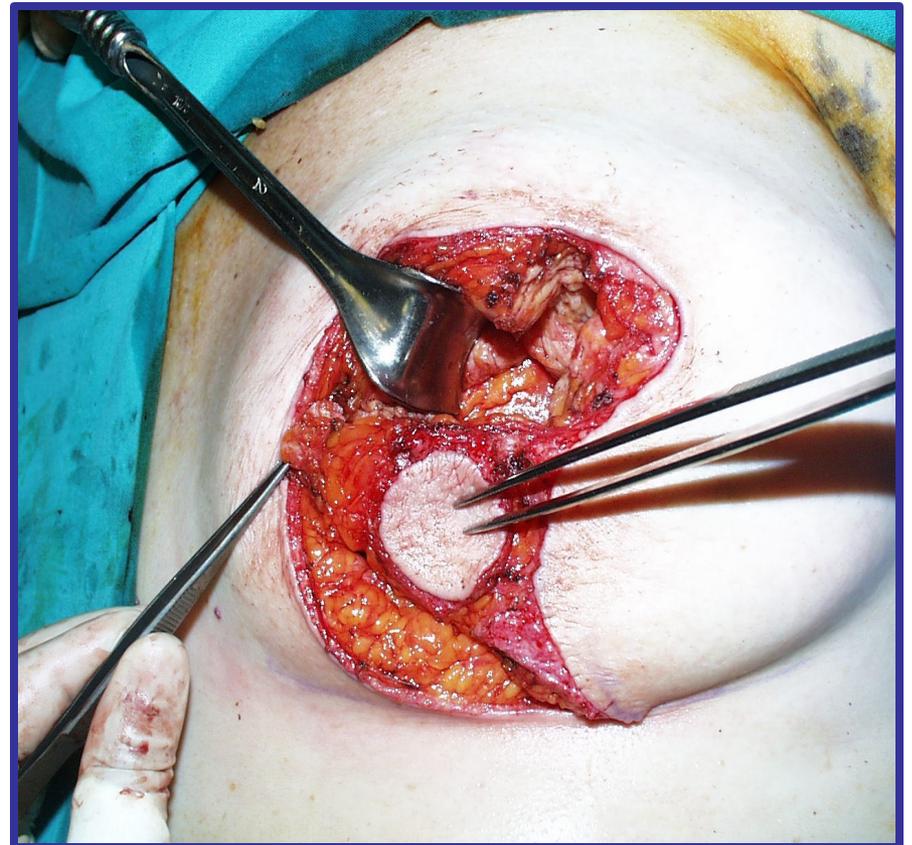
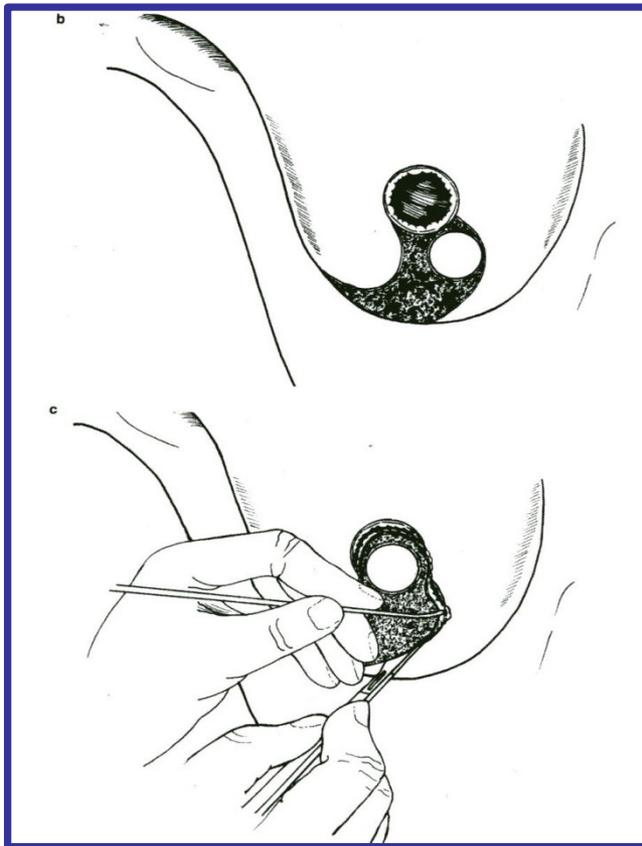
Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento mastoplastica a "V"



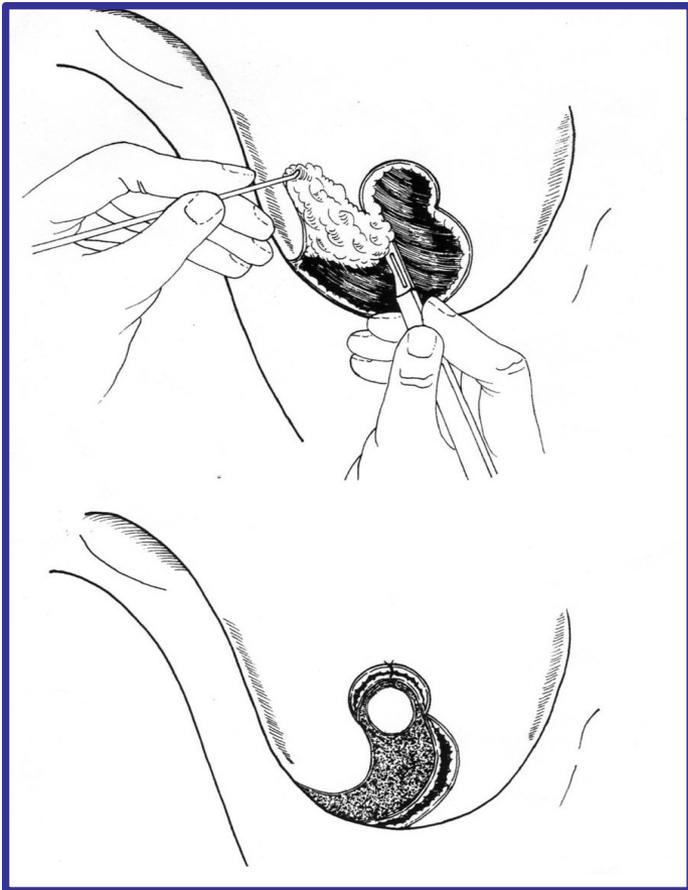
Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento della mammella lembo di avanzamento e rotazione (Grisotti)



oncoplastica di II livello

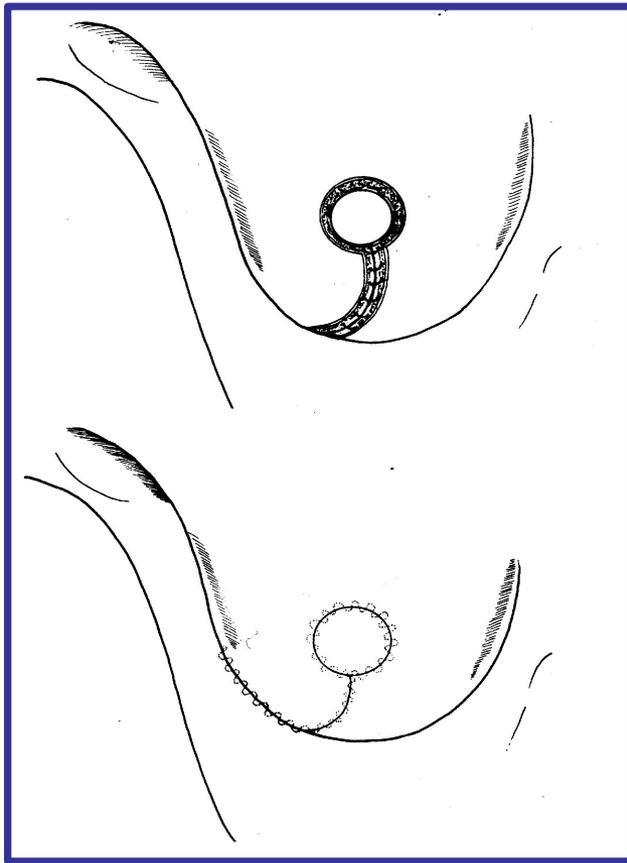
Tecniche di rimodellamento della mammella lembo di avanzamento e rotazione (Grisotti)



oncoplastica di II livello

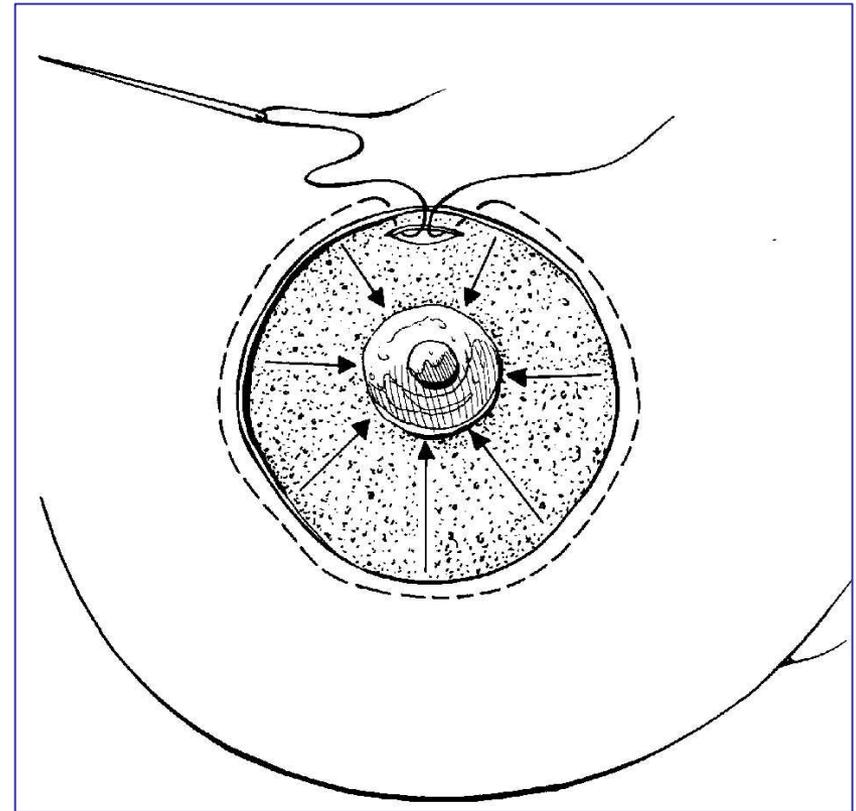
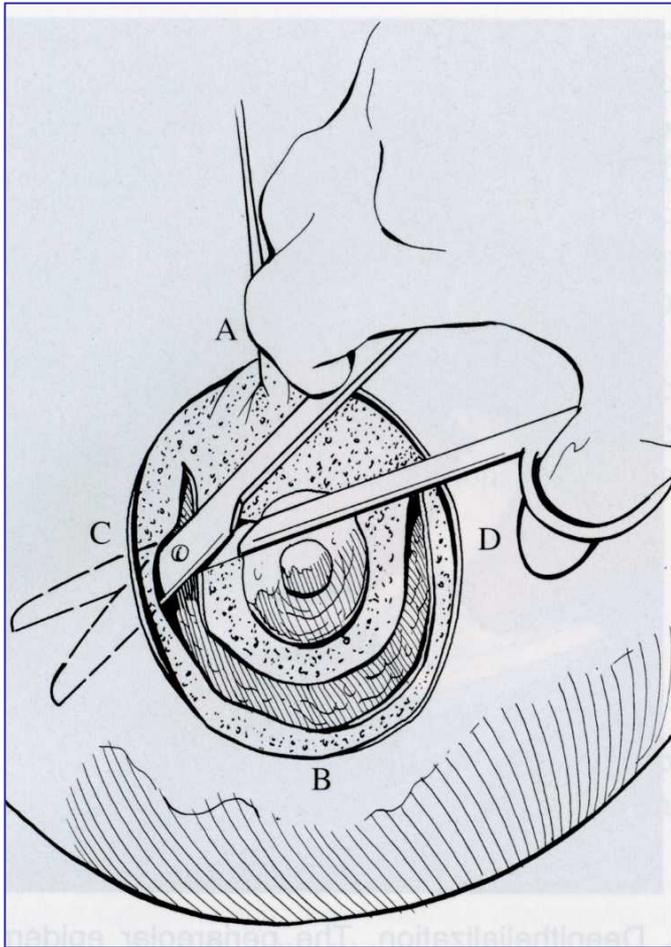
Tecniche di rimodellamento

lembo di avanzamento e rotazione

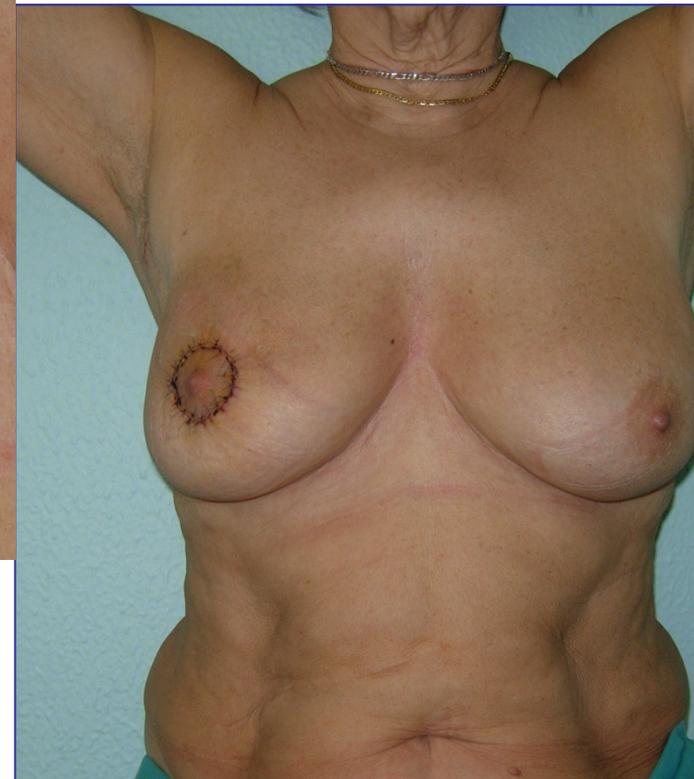
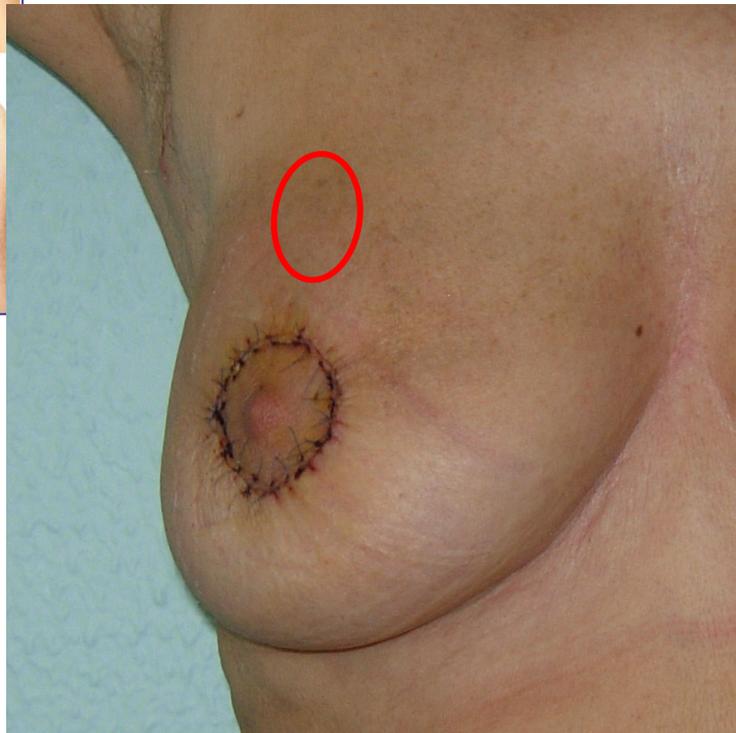
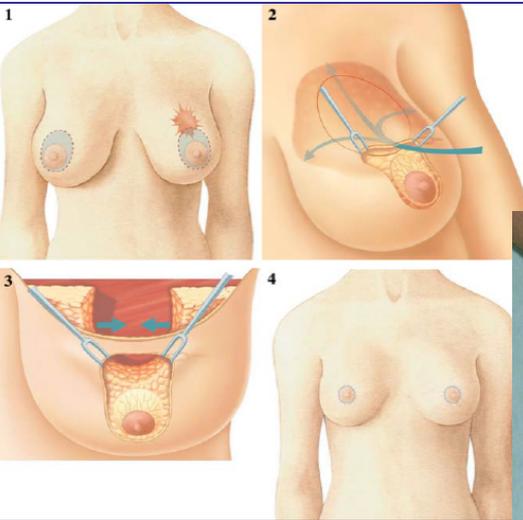


Oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento mastopessi round-block sec. Benelli

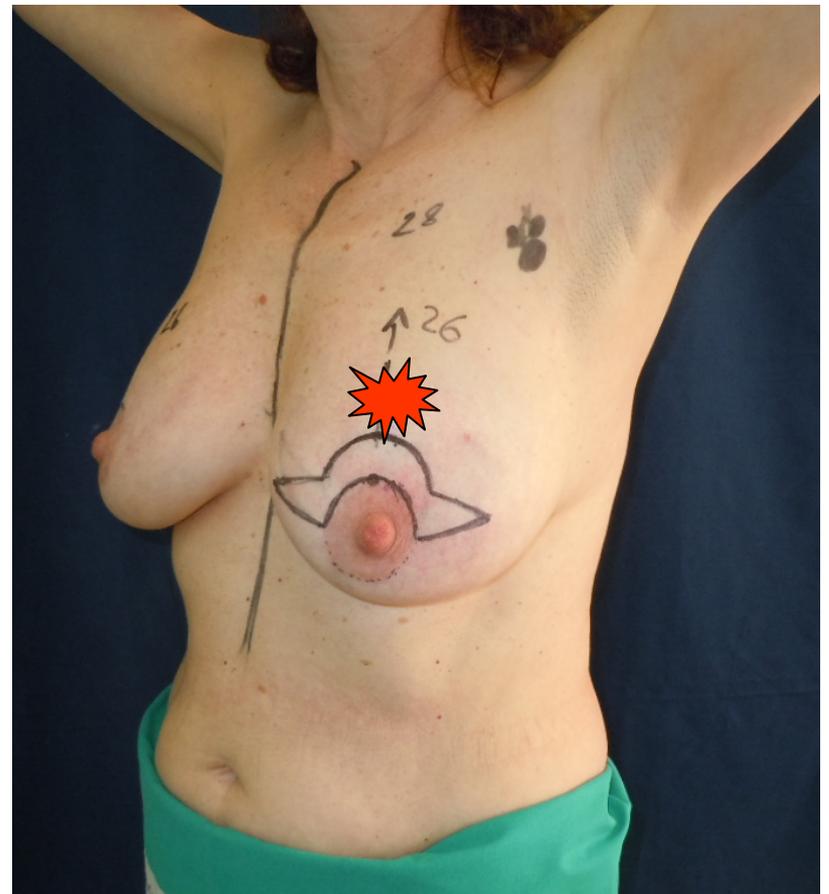
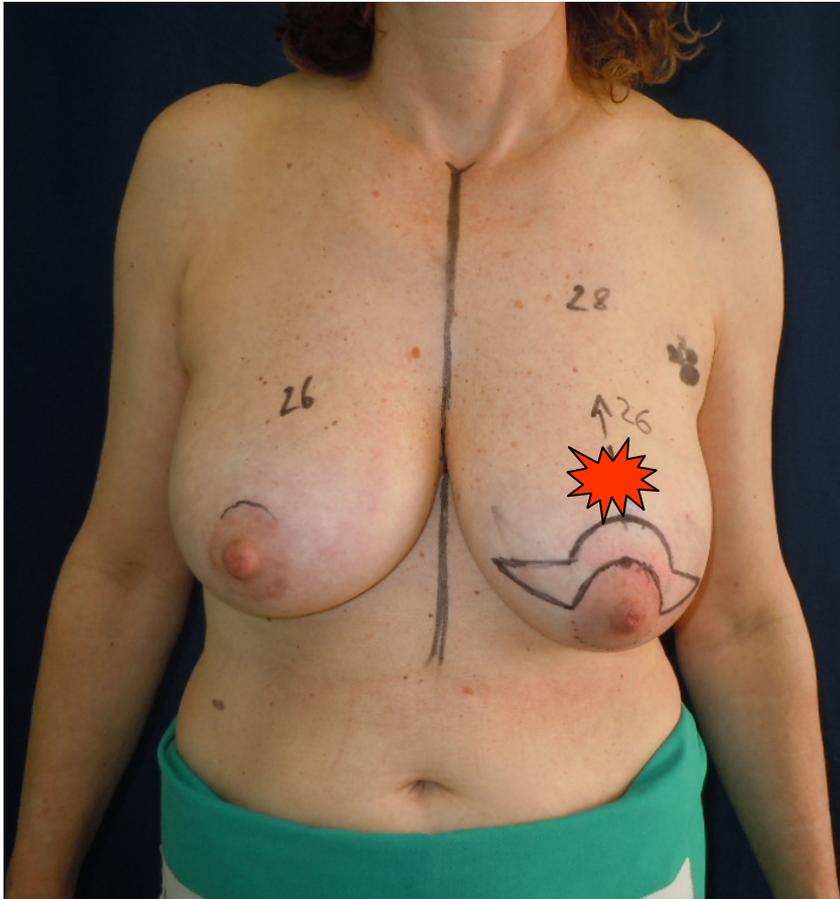


Tecniche di rimodellamento mastopessi round-block sec. Benelli



oncoplastica di II livello

Tecniche di rimodellamento Batwing / emi-batwing



Chemioterapia neoadiuvante

Tecniche Oncoplastiche

**NSABP B18
EORTC 10902
(27 – 23%)**

**Expert
opinion**

Riduzione delle mastectomie



R M N mammaria

SYSTEMATIC REVIEW

A Systematic Review of Oncoplastic Breast-Conserving Surgery *Current Weaknesses and Future Prospects*

Max H. Haloua, MD,* Nicole M.A. Krekel, MD, PhD,* Henri A.H. Winters, MD, PhD,† Derek H.F. Rietveld, MD,‡
Sybren Meijer, MD, PhD,* Frank W. Bloemers, MD, PhD,§ and Monique P. van den Tol, MD, PhD*

(*Ann Surg* 2013;257: 609–620)

Tumor-free margins	78% - 93%
Conversion to mastectomy	3% - 16%

Postoperative complications	20%
<i>Fat necrosis</i>	
<i>Abscess</i>	
<i>Breast Seroma</i>	
<i>Delayed wound healing</i>	

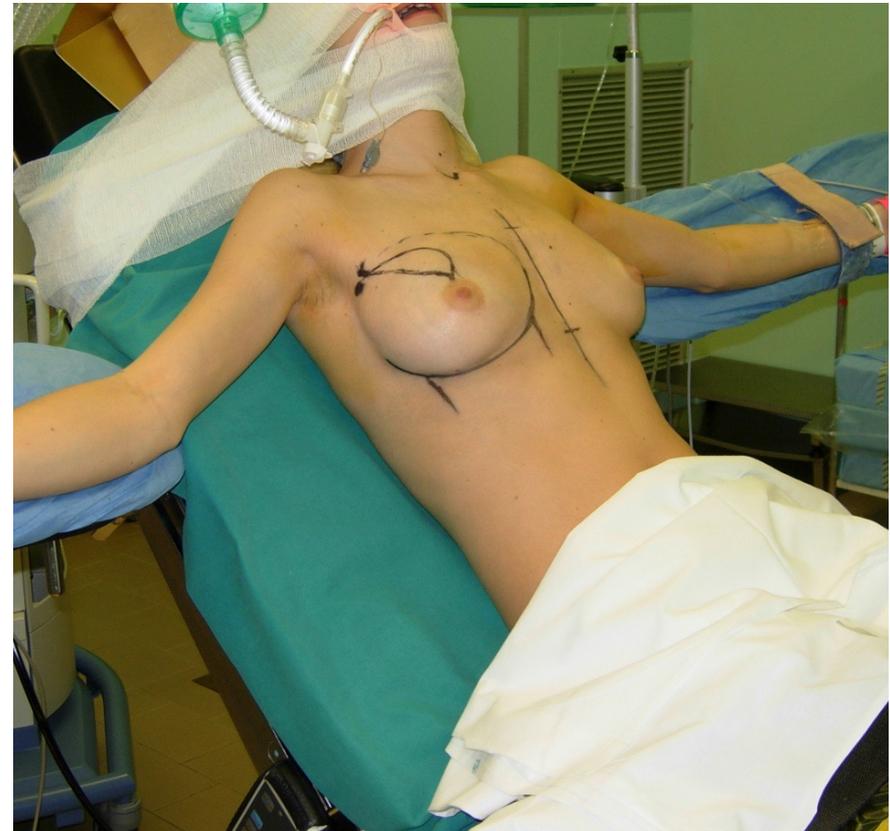
Good Cosmetic outcomes	84% - 89%
------------------------	-----------



Raccomandazioni

Fase intraoperatoria

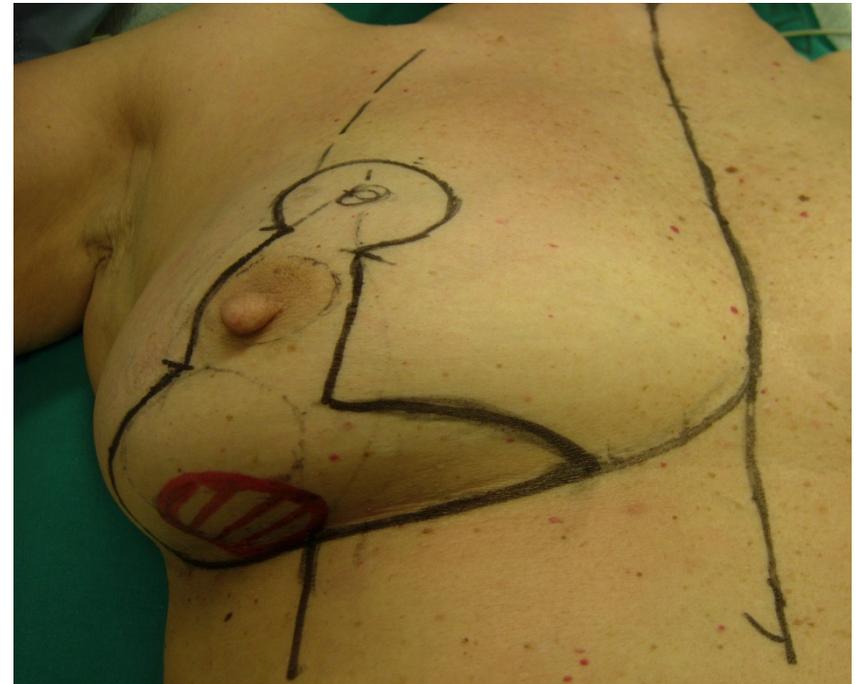
- *Paziente in posizione seduta*
- *Campo operatorio a tutto torace*
- *Valutazione macro dei margini (patologo)*
- *Riparare sempre il difetto ghiandolare*
- *Controllo finale della simmetria*





Raccomandazioni Fase post operatoria

- *Documentazione fotografica preoperatoria del progetto operatorio post operatoria immediata e a distanza*
- *Discussione collegiale dei risultati non soddisfacenti*
- *Compilazione di questionari per la valutazione della soddisfazione delle pazienti*



Multidisciplinarietà,
multiprofessionalità
e screening:

LA MODERNIZZAZIONE DELLA SENOLOGIA

Hotel Villa Diodoro
Taormina
21-22 marzo 2016

Multidisciplinarietà,
multiprofessionalità
e screening:

Topics

L'avanzamento dello screening
mammografico in Sicilia

Coordinamento scientifico:
L. Giordano, C. Fedato

Il confronto tra Anatomia
Patologica e diagnostica
per immagini nella patologia
mammaria preclinica

Coordinamento scientifico:
A. Rizzo, D. Morrone

Le strategie di chirurgia
mammaria in ambito
di diagnosi precoce

Coordinamento scientifico:
A. Paduos, M. Taffurelli, O. Pennisi

SEDE

Hotel Villa Diodoro
Via Bagnoli Croci, 75
98039 Taormina (ME)
Tel. 0942 23312
www.gaishotels.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

WE DRIVE YOUR EDUCATION

PLANNING

Planning Congressi Srl
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051 300100 int. 140
Fax 051 309477
Cell. 346 5014727
Alessandra Landuzzi
a.landuzzi@planning.it
www.planning.it

Hotel Villa Diodoro
Taormina
21-22 marzo 2016



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*



**Breast Unit
Biella**



Grazie per l'attenzione!