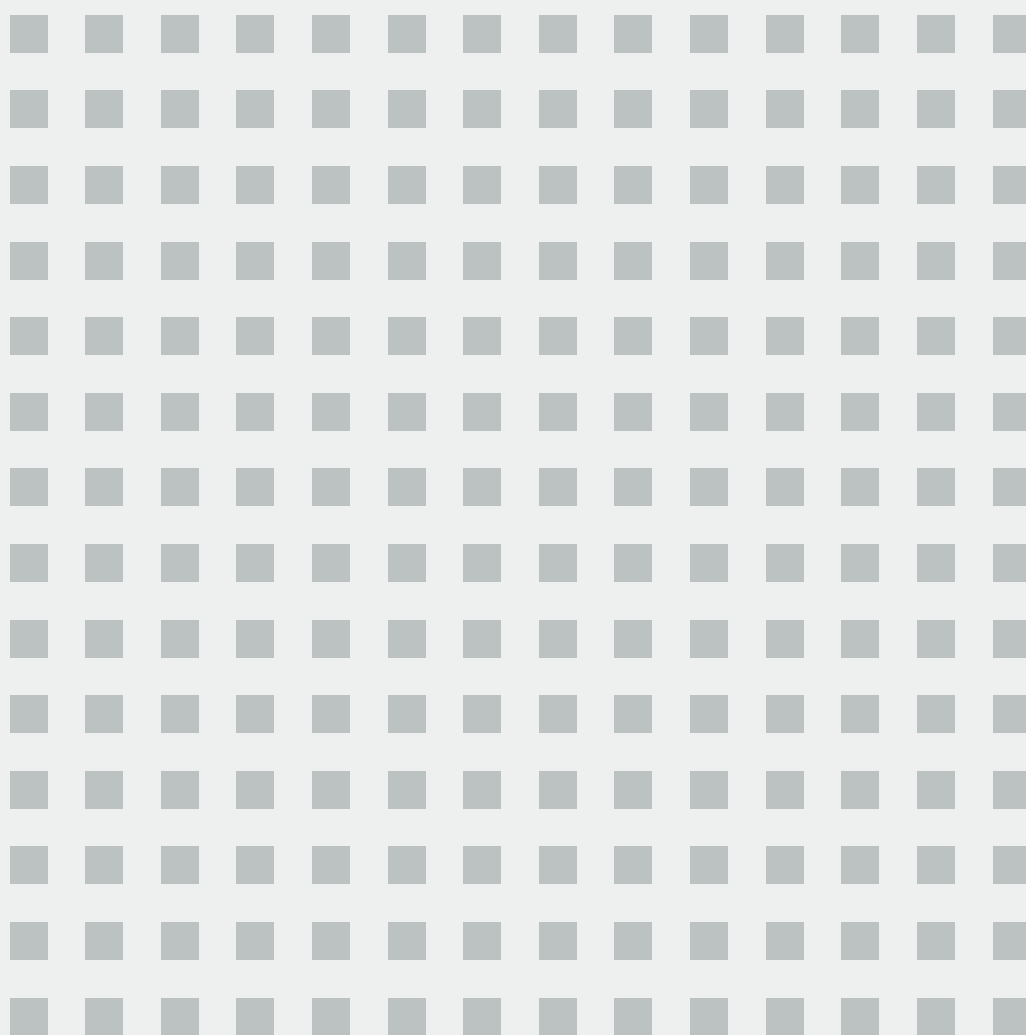


**ATTI DEL
CONGRESSO**
ATTUALITÀ IN SENOLOGIA
2005

FIRENZE 16-19 NOVEMBRE



ATTI DEL CONGRESSO
INDICE

109 Comunicazioni

124 Poster

C1

RUOLO DELL'ECOGRAFIA MAMMARIA NELLA DIAGNOSI DI CARCINOMA OCCULTO ALLA MAMMOGRAFIA IN DONNE CON SENO DI ELEVATA DENSITÀ RADIOLOGICA: ESPERIENZA IN UNA POPOLAZIONE A PRESENTAZIONE SPONTANEA

V. Corsetti, A. Amico, P.M. Boni, I. Tudor, A. Ferrari, M. Ghirardi, AM. Paris, O. Angelini, C. Bani, S. Bellarosa, R. Bergonzini, E. Galligioni, S. Ciatto*

*Ambulatori Raphael, Calcinato (BS); * Centro Studi Prevenzione Oncologica - Firenze*

Scopo. Verificare l'utilità dell'esecuzione sistematica dell'ecografia mammaria in soggetti con mammografia negativa e seno denso (BIRADS D3-4).

Materiale e metodi. In una serie consecutiva di donne presentatesi spontaneamente per un controllo senologico, è stato applicato un protocollo di ecografia sistematica nei casi con mammografia negativa e seno denso. Dopo rivalutazione da parte di revisori interni ed esterni dei casi di carcinoma diagnosticati alla sola ecografia, per confermare l'effettiva negatività della mammografia è stato valutato il tasso diagnostico aggiuntivo di carcinomi identificati all'ecografia e il costo dell'applicazione del protocollo.

Risultati. Su 17.883 mammografie totali sono stati diagnosticati 167 carcinomi (tasso diagnostico: 0,93%). Su 257 mammografie sospette sono stati diagnosticati 138 carcinomi. Su 17.626 mammografie negative, 6.449 (36,5%) sono state classificate come seno denso: in questi casi l'ecografia ha diagnosticato altri 29 carcinomi (tasso diagnostico: 0,44%), pari al 17,3% dei carcinomi totali. Su 25 casi rivalutati, 15 sono risultati effettivamente asintomatici e negativi alla mammografia (0,23%), pari al 8,9% dei carcinomi totali. Il tasso diagnostico è stato 0,11%, 0,22%, 0,32% e 0,14% nelle classi di età < 40, 40-49, 50-59 e > 59 anni. Il costo per ogni carcinoma aggiuntivo diagnosticato dalla sola ecografia è stato di euro 25.847,85, quello per donna esaminata di euro 21,68.

Conclusioni. Si conferma la possibilità che l'ecografia identifichi neoplasie maligne occulte alla mammografia in seni densi.

L'evidenza è ancora insufficiente per poter raccomandare l'introduzione di questa procedura nella corrente pratica di screening, in attesa dei risultati degli studi controllati in corso, ma suggerisce che, almeno nella pratica clinica corrente, l'integrazione ecografica nei seni densi può essere utile, sia pure associata a costi non trascurabili.

C2

TECNICHE PER OTTIMIZZARE LA SENSIBILITÀ DELLA MAMMOGRAFIA DI SCREENING

S. Ciatto, M. Rosselli del Turco

Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

La sensibilità dello screening mammografico è stimata non essere mediamente superiore al 75%. Il metodo principale messo in atto per aumentare la sensibilità è la doppia lettura che viene raccomandata come procedura di routine.

In una recente revisione di 177.631 casi consecutivi la seconda lettura ha aumentato il tasso diagnostico di carcinoma del 6,4% (43 su 713), ma anche il tasso di richiamo del 24% (da 2,89 a 3,59%). I carcinomi diagnosticati dal secondo lettore hanno stadio inferiore di quelli diagnosticati dal primo. Il costo aggiuntivo della seconda lettura è stato di euro 2,70 per donna esaminata. Il costo per carcinoma diagnosticato alla seconda lettura (euro 11.168) è di poco inferiore che alla prima lettura (euro 11.585).

Per ovviare all'aumento del tasso di richiamo conseguente alla doppia lettura indipendente sono state messe in atto diverse procedure (consenso dei lettori, arbitrato). Una recente revisione di 1.217 arbitrati di doppie letture discordanti ha dimostrato che l'arbitrato riduce il tasso di richiamo del 32,1% (da 3,82 a 2,59%)

ma, per falsa negatività dell'arbitrato stesso, comporta una riduzione di detection rate dell'1,7% (da 0,458 a 0,450%). Per ogni carcinoma perso dall'arbitrato si risparmiano 151 richiami inutili ed euro 21.248, o euro 1,72 per donna esaminata.

Analogamente alla doppia lettura, e più o meno con gli stessi risultati in termini di aumento di sensibilità e di tasso di richiamo, la lettura aiutata dal computer (CAD) si è dimostrata utile nel migliorare la sensibilità della lettura singola, al prezzo di un aumento del tasso di richiamo.

In una recente revisione di 33 carcinomi (visti solo dal secondo lettore) e 75 controlli negativi, CAD ha avuto solo una sensibilità del 51,1%, ma il beneficio di CAD si potrebbe esplicitare anche consentendo la diagnosi di carcinoma perso alla doppia lettura: peraltro non sono ancora noti gli effetti di CAD aggiunto alla doppia lettura.

CAD potrebbe essere un'alternativa alla doppia lettura, considerando che consentirebbe notevoli risparmi di costi relativi al personale, e che per carenza di personale la doppia lettura stenta a essere adottata ovunque, o è garantita con notevoli difficoltà. Purtroppo, mancando studi controllati comparativi delle due procedure, non è al momento possibile raccomandare l'uso corrente di CAD in alternativa alla doppia lettura.

C3

LA CLASSIFICAZIONE BIRADS. UNA PERDITA DI TEMPO?

S. Ciatto

Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

La proposta di un lessico internazionale (BIRADS) per la refertazione in diagnostica senologica da parte della American College of Radiologists data al 1999 è pare avere avuto un grande successo, almeno nel senso che viene comunemente impiegata sempre più diffusamente.

L'intento della classificazione, peraltro, era quello di arrivare a un linguaggio comune che, per ogni categoria, sottendesse lo stesso valore predittivo positivo (VPP) per carcinoma, ma tale intento non sembra essere raggiunto per vari motivi:

- a) la categorizzazione BIRADS è articolata per intervalli di VPP troppo stretti ($R1-R2 = 0\%$, $R3 < 2\%$) o troppo ampi ($R4 = 2-95\%$);
- b) la successiva divisione di R4 in R4a, R4b e R4c è inutile in quanto non sono precisati i VPP di riferimento ma a livelli di sospetto lieve, moderato, elevato (quindi la stessa terminologia che BIRADS vuole evitare);
- c) l'indicazione (R3) all'opzione del controllo nel tempo è molto discutibile: se veramente c'è un dubbio, anche modesto, una core biopsy risolve il dubbio subito e a costi minori;
- d) l'adozione di 5-7 categorie diagnostiche appare eccessiva per le possibili opzioni operative (nessuna azione, biopsia);
- e) la riproducibilità interoperatore, specie con 6 categorie, è verosimilmente bassa e quindi la classificazione perde di universalità.

Molti clinici, anziché addestrarsi nell'uso di BIRADS, hanno banalmente sostituito le categorie agli aggettivi che usavano prima (negativo = R1, benigno = R2, dubbio = R3, sospetto = R4, positivo = R5), mantenendo intatte le profonde differenze di VPP.

Abbiamo testato 12 radiologi senologi su un set di 50 lesioni (29 maligne, 21 benigne): la riproducibilità della classificazione BIRADS è risultata accettabile ($K > 0,40$) solo per 9 lettori (4 categorie: R2-3-4-5) o solo per 5 lettori (6 categorie: R2-3-4a-4b-4c-5).

Le categorie meno riproducibili sono risultate quelle intermedie (K di R3 = 0,12, R4 = 0,25, R4a = 0,08, R4b = 0,07, R4c = 0,10).

La riproducibilità di BIRADS tra senologi non specificamente addestrati è inaccettabile. È possibile che si possa aumentare la riproducibilità attraverso un addestramento specifico, necessario a verificare la rispondenza delle categorie a un determinato VPP. In assenza di tale verifica, l'uso di BIRADS è inutile e da sconsigliare. In ogni caso la classificazione BIRADS appare male articolata, non rispettosa delle reali istanze operative cliniche.

C4

CONTRIBUTO DELLA RM DINAMICA NELLE LESIONI PROLIFERATIVE DELLA MAMMELLA

F. Baldassarre, E. Cafaro

Azienda USL BA/4 Ospedale Di Venere UO Senologia

Gli autori hanno eseguito dal gennaio 2003 al dicembre 2004 (due anni) 216 RM con bobina bilaterale dedicata senza e con m.d.c. e.v. su donne in cui erano state individuate lesioni solide della mammella attraverso gli esami clinico, mammografico ed ecografico. Tra queste, 100 si sono sottoposte a prelievo citologico e/o biopsia: 53 donne erano portatrici di carcinoma (6 Cls, 30 CI, 11 CI multifocale, 6 Cr), 47 di patologia benigna (fibroadenoma, adenosi, iperplasia, papilloma, esame citologico benigno). Scopo dello studio è stato valutare il contributo diagnostico della RM con studio dinamico della mammella a completamento delle indagini clinico-strumentali non invasive eseguite nel nostro centro dallo stesso medico. La RM ha identificato tutte le lesioni, escluse 2 risultate essere benigne. Nelle lesioni correttamente classificate dalla tripletta diagnostica di base (esame clinico, mammografia, ecografia) come patologia benigna (29) l'esame RM in 23 casi ha confermato la benignità, in 5 casi ha posto dubbi infondati sulla benignità, in 1 caso non mostrava un'enhancement significativo. In quelle classificate dalla tripletta come sospette o maligne (71), 53 donne sono risultate essere portatrici di neoplasia maligna. In quest'ultima serie la RM invece ha classificato come maligni 49 casi. Dei 18 casi erroneamente interpretati come sospetti/maligni, la RM ne ha correttamente interpretati 4, risultando invece anch'essa falsamente positiva nei restanti 14. In conclusione la RM, anche con studio dinamico, da sola non può sostituire l'esame clinico, la mammografia e l'ecografia che in combinazione tra loro e condotti da un unico operatore continuano a rappresentare la migliore scelta per la diagnosi dei tumori della mammella, né sembra incrementare la capacità diagnostica delle metodiche di indagine non invasive.

C5

UTILIZZO DI UN MAGNETE APERTO PER ESEGUIRE RISONANZE MAGNETICHE DELLA MAMMELLA

D. Brizzi, C. Faedda, A. Garlaschi, F. Sardanelli*,

A. Fausto*, L. Bacigalupo, M. Calabrese

Università degli Studi di Genova, Ospedale San Martino; Centro di Senologia, Genova; * San Donato Milanese

Introduzione. Scopo di questo lavoro è presentare la possibilità di utilizzare un magnete aperto a basso campo con un m.d.c. paramagnetico ad alta rilassività.

Materiali e metodi. 20 pazienti (24-82 anni di età, media 48 anni) utilizzando un magnete aperto a 0,2 Tesla (Concerto, Siemens, Erlangen, Germania) con bobina del corpo in posizione prona (n = 2) e posizione supina (n = 18).

Abbiamo utilizzato sequenze 3D FLASH secondo piani coronali (n = 10), o assiali (n = 10) prima e dopo la somministrazione di 0,1 mmol/kg di m.d.c. Gd-BOPTA (MultiHance, Bracco, Italia) iniettato a circa 2 ml/sec manualmente seguito da un "flush" di fleboclisi veloce di soluzione fisiologica. 20\20 pazienti sottoposte a ecotomografia con valutazione BIRADS: E5 (n = 12), E4 (n = 1), E3 (n = 1), E2 (n = 6); 16\20 erano state sottoposte anche a mammografia con BIRADS: R5 (n = 11), R4 (n = 1), R3 (n = 1), R2 (n = 3). 20\20 pazienti sono state sottoposte a FNAC sotto guida ecografica. 14\18 pazienti sono state sottoposte a biopsia chirurgica a "cielo aperto". 6\18 pazienti (E2\R2\RM2) sono state inserite in un programma di follow-up post FNAC.

Risultati. All'istologia: 8 CDI, 5 CLI, 1 fibroadenoma. Alla RM tutti i CDI e 3/5 dei CLI sono stati classificati come BIRADS 5. I 2 rimanenti CLI presentavano caratteristiche compatibili con lesioni BIRADS 4. Il fibroadenoma presentava caratteristiche benigne (BIRADS 2). Nessun falso positivo o falso negativo è stato identificato in questo studio preliminare a oggi.

Discussione e conclusioni. Appare possibile eseguire RM mammarie su un apparecchio aperto a 0,2T a basso campo.

C6

LIVELLI DIAGNOSTICI DI DOSE E QUALITÀ PER IMMAGINI IN MAMMOGRAFIA DIGITALE E CONFRONTO CON MAMMOGRAFIA ANALOGICA

I. Andriani¹, G. Belli², L. Bernardi¹, F. Chionne³, B. Lazzari¹, V. Marchettoni⁴, S. Mazzocchi⁵, S. Piccardi³, L. Orlandini¹, M. Rosselli del Turco⁶, V. Ravaglia⁷, A. Taddeucci², G. Zatelli⁵

¹ Fisica Sanitaria, Azienda USL 3 di Pistoia; ² S.O.D. Fisica Sanitaria, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; ³ Fisica Sanitaria, Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁴ Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁵ S.S. Fisica Sanitaria, Azienda USL 10 di Firenze, Firenze; ⁶ Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze; ⁷ Università degli Studi di Firenze, Firenze

Nell'ambito dell'attività mammografica si sta diffondendo l'utilizzo di sistemi digitali, sia di Computed Radiography che di Digital Radiography. Scopo di questo lavoro è la caratterizzazione dosimetrica dei sistemi mammografici digitali già in funzione nell'area di Firenze e Perugia: 3 sistemi DR AGFA DM 1000, 2 sistemi General Electric Senographe 2000 D, un sistema CR Agfa (CR 75) e un sistema CR Fuji Profect. In particolare sono stati analizzati i protocolli di lavoro, il criterio di selezione dei fasci in tecnica automatica, l'ottimizzazione in termini di dose al paziente e dose ghiandola media, conformemente alle modalità previste dall'Addendum on Digital Mammography (versione 1.0, 2003) dell'European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening.

Per il campionamento dei dati di esecuzione delle indagini, i valori sono stati valutati sia dagli header DICOM delle immagini sia dalla compilazione di schede di analisi durante l'esecuzione degli esami.

La misura dei Livelli Diagnostici in termini di dose è accompagnata dalla valutazione della qualità dell'immagine da parte del medico radiologo e dall'analisi contrasto-dettaglio con fantoccio CDMAM 3.4.

È stato infine condotto un confronto sia in termini dosimetrici sia di qualità dell'immagine con due apparecchi analogici tradizionali che utilizzano sistemi schermo-pellicola (Kodak, Agfa).

C7

ELEVATA INCIDENZA DI METASTASI CEREBRALI IN PAZIENTI (PTS) CON CARCINOMA MAMMARIO METASTATICO HER2+

S. Gori¹, S. Rimondini², V. De Angelis¹, AM. Mosconi¹, A. Rulli³, C. Aristei¹, E. Perrucci¹, A. Sidoni⁴, E. Franceschi², M. Colozza¹, L. Crinò¹

¹ Dip. Oncologia Medica-Radioterapia Oncologica, Azienda Ospedaliera Perugia; ² Oncologia Medica, Ospedale Bellaria, Bologna; ³ Breast Unit, 4 Anatomia Patologica, Università degli Studi di Perugia

In questo studio è stata valutata l'incidenza di metastasi cerebrali in 91 pazienti con carcinoma mammario metastatico HER2+ trattate con chemioterapia e trastuzumab dall'aprile 1999 al dicembre 2004. L'età mediana era di 48 anni (range: 29-79). Le neoplasie erano G3 nel 60% dei casi, ER-PgR- nel 47%. L'intervallo libero da malattia è stato < 24 mesi nel 52% delle pts e ≥ 24 mesi nel 48%. Erano presenti metastasi viscerali nel 70% delle pts. Trastuzumab e chemioterapia rappresentavano la linea di trattamento nel 53% delle pts, la 2a linea nel 27% e ≥ 3a linea nel 25%. A un follow-up mediano di 55 mesi (range: 7-196) dalla diagnosi e di 28,5 mesi (range: 2-117) dalla comparsa di malattia metastatica, 36 pts (39,6%) hanno sviluppato metastasi cerebrali, confermate alla TC o alla Risonanza Magnetica. Erano presenti sintomi neurologici nell'89% di queste pts. Le metastasi cerebrali sono comparse nel 64% di queste pts durante il trattamento con trastuzumab. Delle 36 pts che hanno sviluppato metastasi cerebrali, il 47% era in risposta nelle altre sedi metastatiche e il cervello ha rappresentato l'unica sede di progressione.

Dopo la diagnosi di metastasi cerebrali, 28 delle 36 pts (78%) sono state trattate con radioterapia panencefalica, 11 pts (30%) hanno continuato il trastuzumab ± ulteriore chemioterapia e 16 pts (36%) sono state trattate con sola chemioterapia.

La sopravvivenza mediana globale (SG) è stata di 93,2 mesi (range: 5,6-194) nella popolazione globale; la

SG mediana è stata di 69 mesi (range: 6-168) nelle pts con metastasi cerebrali e di 112 mesi (range: 7-194) nelle pts senza metastasi cerebrali ($p = 0,08$).

Conclusioni. Le metastasi cerebrali rappresentano un evento comune nella storia naturale del carcinoma mammario metastatico HER2 sovraespresso. Sono pertanto necessari degli studi clinici per valutare: 1) se un follow-up stretto (con TC o RM) nelle pts con ca mammario HER2+ possa essere utile per la diagnosi precoce e il trattamento delle metastasi cerebrali; 2) se ci sia indicazione per una radioterapia profilattica encefalica in pts ad alto rischio di sviluppare metastasi cerebrali.

C8

TRATTAMENTO ONCO-PLASTICO CONSERVATIVO NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA A SEDE CENTRALE

F. Caruso, G. Trombetta, G. Castiglione, M. Ferrara, E. Petrolito, L. Demeo

Unità Funzionale di Chirurgia Oncologica. Centro Catanese di Oncologia - Catania

È relativamente recente l'affermazione della chirurgia conservativa anche per i carcinomi della mammella a sede centrale, tradizionalmente trattati mediante mastectomia, a causa della necessaria rimozione del complesso areola-capezzolo (C.A.C.).

Dal 01/07/94 al 30/06/05, 1.789 pazienti con carcinoma primitivo della mammella sono stati dagli Autori chirurgicamente trattate. Di queste, 367 (20,5%) con intervento ablativo + ricostruzione immediata e 1.422 (79,4%) con intervento conservativo. Fra le pazienti di questo gruppo, 128 (7,1% del numero totale, ovvero il 9% fra quelle conservativamente trattate) vennero sottoposte a quadrantectomia centrale, giacché la neoplasia era immediatamente retroposta al C.A.C. Relativamente a quest'ultimo gruppo, in 84 (65,6%) è stata attuata la tradizionale quadrantectomia con escissione della losanga trasversale centrale includente il C.A.C.; in 44 pazienti (34,4%) tale escissione è stata accompagnata da gesto plastico di rimodellamento del parenchima mammario. Per quanto riguarda questo sottogruppo di pazienti, in particolare, il gesto onco-plastico è stato eseguito secondo la tecnica di Grisotti in 21 pazienti (47,7%), secondo la tecnica di Strombeck modificata in 10 pazienti (22,7%), secondo quella di Ribeiro-Robbins modificata in 11 pazienti (25%) e infine secondo la tecnica di Benelli modificata nelle rimanenti 2 pazienti (4,6%).

Gli Autori riaffermano il valore del trattamento conservativo nei carcinomi della mammella centralmente localizzati. Essi sottolineano come, grazie all'impiego di un nuovo concetto chirurgico, l'oncoplastico, che mette insieme i più rigorosi dettami oncologici con l'impiego delle metodiche plastiche più adatte, si possano raggiungere dei risultati soddisfacenti anche nel trattamento di neoplasie poste in sedi difficili, come per l'appunto quelle situate posteriormente al C.A.C. che, se tradizionalmente affrontate, producono risultati estremamente deludenti.

C9

LA BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA NELLA ASL 12 VERSILIA

D. Francesconi, AG. Valchera, R. Giuliani, F. Erra, GP. Manca, P. Erba, D. Amoroso, P. Puccinelli, L. Martini, A. Bargellini, M. Organini, F. Medi

ASL 12 Versilia, Medicina Nucleare S. Chiara Pisa

La linfadenectomia ascellare (L.A.) è ormai sostituita dalla maggior parte delle aziende dalla biopsia del linfonodo sentinella (B.L.S.). Nella azienda ASL 12 Versilia, sede anche di programma di screening nel periodo dal 1/1/04 al 31/6/05 sono state effettuate 121 B.L.S. di cui 45 di paz. in screening (S.C.) e 76 di paz non in screening (N.S.C.). La tecnica è stata limitata alle pazienti in stadio T1 (102 paz.) e T2 fino a 3 cm (19 paz.) con ascella negativa (sia clinica sia ecografica); nel sospetto di interessamento linfonodale veniva effettuata una citologia ecoguidata. In due casi la B.L.S. è stata eseguita bilateralmente. La scintigrafia è stata eseguita il giorno prima somministrando tecnecio 99 in sede intradermica usando poi all'intervento la sonda di rilevazione; non abbiamo mai utilizzato coloranti vitali. La B.L.S. è sempre stata eseguita in contemporanea alla quadrantectomia e nella maggior parte dei

casi tutto l'intervento è stato eseguito in anestesia locale permettendo ricoveri in Day Surgery o One Day Surgery.

Risultati. Il L.S. è stato evidenziato in tutti i pazienti. In 67 casi è stato evidenziato un linfonodo, nei rimanenti da 2 a 4 L.S. La L.A. è stata eseguita in 38 pazienti, non eseguendola soltanto in coloro che dimostravano cellule neoplastiche isolate. Il numero delle L.A. è sceso nel periodo in esame del 69% (da 121 a 38). Dei 38 paz. con L.S. positivo 12 erano provenienti dallo screening (10%) e 26 non S.C. (21%). In un caso è stato evidenziato un linfonodo della catena mammaria interna. Sono state risparmiate 83 ascelle e asportati in tutto 152 linfonodi con una media di 1,8. Nello stesso periodo è stata effettuata la biopsia del L.S. anche a 23 paz. con carcinomi in situ non dimostrando positività ascellare. Dall'aprile viene applicata in contemporanea la tecnica ROLL per i noduli non palpabili e la brachiterapia mediante protocollo concordato.

Discussione. 1) il L.S. è un eccellente predittore dello stato linfonodale 2) la metodica ha ridotto la L.A. e di conseguenza le sequele di essa 3) l'intervento (Quadr./L.S./Brachit.) si può eseguire in anestesia locale con un buon grado di soddisfazione della paziente, più veloce nei tempi di esecuzione, meno traumatico 4) le pazienti con L.S. negativo (dove è applicata la tecnica di brachiterapia) hanno un trattamento della neoplasia in sette giorni lavorativi con diluizione dello stress e un ottimo grado soddisfazione.

C10

L'ANGIOSONOGRAFIA NELLE LESIONI MAMMARIE SOSPETTE CON FNAC NON DIAGNOSTICO: CONFRONTO CON ECO POWER DOPPLER

F. Caumo, G. Carbognin, A. Casarin, L. Pinali,
S. Vasori, R. Pozzi Mucelli

Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche; Sezione di Radiologia, Azienda ospedaliera policlinico G.B. Rossi

Scopo. Valutare l'accuratezza dell'angiosonografia rispetto all'eco Power Doppler nel discriminare lesioni mammarie sospette con FNAC (fine needle aspiration cytology) non diagnostico.

Materiali e metodi. Sono state studiate preoperatoriamente 20 lesioni mammarie sospette con FNAC non diagnostico con la metodica di eco Power Doppler e angiosonografia.

È stato utilizzato un mezzo di contrasto di II^a generazione, con trasduttore ad alta frequenza e tecnologia dedicata CnTI. Le caratteristiche contrastografiche di tutte le lesioni sono state analizzate utilizzando parametri qualitativi e quantitativi ottenuti con l'analisi delle curve tempo/intensità con le differenti metodiche di imaging. La diagnosi finale è stata effettuata in tutti i casi con l'analisi istologica del pezzo operatorio. Si è applicato il CD34 alle sezioni istologiche per ottenere la densità microvascolare (MVD).

Risultati. La valutazione del comportamento biologico è stata ottenuta con la metodica angiosonografica (sensibilità del 100%, specificità del 91%) e con la metodica eco Power Doppler (sensibilità 45%, specificità 78%). MVD correlava con il comportamento biologico.

Conclusioni. L'angiosonografia rispetto all'eco Power Doppler è una metodica più precisa e affidabile nella corretta valutazione del comportamento biologico delle lesioni mammarie sospette.

C11

LA PROGNOSI DEI TUMORI BRCA1/2. ANALISI DI 53 CASI DIAGNOSTICATI PRESSO IL CENTRO ONCOLOGICO MODENESE

L. Cortesi¹, F. Calista¹, G. Cavazzini², D. Turchetti³, I. Rashid¹, M. Federico¹

¹ Dipartimento di Oncologia ed Ematologia Università di Modena e Reggio Emilia; ² Oncologia Medica Ospedale C. Poma Mantova;

³ Cattedra di Genetica Medica Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna

Introduzione. Le caratteristiche istopatologiche dei carcinomi mammari (CM) con mutazione BRCA1 mostrano un carattere fenotipico aggressivo (CDI, GIII, RE/RPg 10%, Ki67 > 15%). Inoltre la prognosi sembrerebbe essere peggiore per le carriers BRCA1 rispetto alle BRCA2. Abbiamo confrontato la sopravvivenza

delle carriers con quella di pazienti affette da CM sporadico, della provincia di Modena e osservate al Registro Tumori di Modena (RTM).

Metodi. Nel periodo 1996-2004, 327 pazienti hanno effettuato l'analisi mutazionale per i geni BRCA1/2: 61 (19%) sono risultate positive per mutazione (53 CM e 8 CO), di cui 41 BRCA1 e 12 BRCA2. Per tutte le pazienti è stato valutato il profilo clinico-patologico e il trattamento. I secondi tumori e la sopravvivenza a 5 anni sono stati comparati con una serie di 1.540 CM sporadici registrati dal RTM nello stesso periodo.

Risultati. L'età mediana delle donne con mutazioni BRCA e di quelle con CM sporadico era di 38 e 61 anni rispettivamente ($p < 0,001$). L'istotipo più frequente era il CDI (72%) come nel gruppo di controllo (75%). L'istotipo midollare mostrava un'elevata incidenza nei carriers BRCA1, con uno standardized incidence ratio (SIR) = 18 ($p < 0,00001$). Il trattamento chirurgico più frequente è stata la quadrantectomia con dissezione ascellare (55%). Il 74% delle pazienti BRCA ha praticato chemioterapia, mentre il trattamento ormonale è stato effettuato solamente in 23 pazienti (43%). Lo schema di terapia più utilizzato è stato il CMF (24), 13 pazienti hanno ricevuto schemi contenenti antracicline e 3 chemioterapia ad alte dosi. Il trattamento ormonale più utilizzato è stato il tamoxifene. Dopo un follow-up mediano di 67 mesi, l'incidenza di CM controlaterale è stata del 30% (16) nelle carriers vs un 4% nel gruppo di controllo ($p < 0,0001$). La DFS mediana è di 79,3 mesi (6-196) con una sopravvivenza a 5 anni simile tra i due gruppi (92% vs 85%, $p = 0,199$).

Conclusioni. Il nostro studio ha confermato i dati biopatologici già noti relativi ai CM insorti in carriers BRCA. Abbiamo osservato una maggiore incidenza di tumori mammari controlaterali nel gruppo delle pazienti mutate rispetto a quelle sporadiche. Nonostante un profilo biologico sfavorevole, questi tumori sembrano mostrare una buona prognosi, almeno nei primi 5 anni, se comparati ai CM sporadici, anche se è necessario incrementare la casistica in studio.

C12

ANALISI DELLA STORIA FAMILIARE ESTESA A PIÙ GRADI DI PARENTELA ATTRAVERSO IL MODELLO DI GAIL

A. Crispo¹, G. D'Aiuto², MR. De Marco¹, M. Rinaldo², I. Capasso², A. Amore², M. Grimaldi¹, M. Montella¹

Unità di Epidemiologia, Unità di Chirurgia Senologica Istituto Tumori "Fondazione Pascale" - via M. Semmola, 80131 Napoli

¹ Unità di Epidemiologia, INT - Fondazione "G. Pascale" Napoli; ² Unità di Chirurgia Senologica, INT - Fondazione "G. Pascale" Napoli

Introduzione. Il modello di Gail è un primo approccio nella stima individuale del rischio di cancro della mammella. Questo modello oltre ai fattori per la stima del rischio già conosciuti include informazioni sulla familiarità esclusivamente di primo grado. Abbiamo pertanto inserito nel modello anche il secondo grado di familiarità valutandone l'interazione con il primo grado. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia del modello di Gail nella stima del rischio del cancro della mammella in una popolazione di donne mediterranee.

Materiali e Metodi. Tra il 1997 e il 2000 abbiamo reclutato 2.797 donne divise in tre gruppi. Il primo gruppo è formato da 558 donne che hanno subito un intervento di cancro della mammella; il secondo gruppo è costituito dalle donne arruolate nello studio sul tamoxifen ($n = 1.032$) del centro di Napoli; infine 1.207 sono donne controlli ospedalieri che fanno parte di uno studio caso-controllo. La familiarità è stata considerata secondo il numero di parenti di primo grado (madre, sorella, figlia) e di secondo grado (zia, cugina, nonna) e dell'età alla diagnosi. È stato calcolato l'odds ratio attraverso l'analisi della regressione logistica stratificata poi per stato menopausale.

Risultati. La media dell'età per le 2.797 è di 52 anni, l'età al menarca è 12,5 anni, l'età al primo figlio è di 24 anni. Nel totale delle donne il rischio di Gail stimato è di $1,83 \pm 0,7$ e varia, considerando i diversi gradi di familiarità, da 0,98 a 2,10. L'analisi della regressione logistica conferma in termini di OR il rischio per le donne che avevano già sviluppato il cancro (OR = 4,3; 95% CI 2,1-9,0). Infine questo risultato viene rafforzato nella stratificazione per stato menopausale dove le donne in postmenopausa e con un'alta familiarità risultano in assoluto quelle più a rischio (OR = 16,6; 95% CI 3,7-73,4).

Conclusioni. La valutazione dell'indice di Gail nei tre gruppi di donne selezionate conferma la validità di que-

sto modello nella stima del rischio anche in popolazioni di donne diverse dalle americane. L'aggiunta di informazioni riguardanti la familiarità di secondo grado e la relativa interazione col primo grado rafforza l'efficacia del modello nella stima del rischio. Infine il modello conferma che le donne in postmenopausa con un'anamnesi di familiarità positiva (primo grado e secondo grado) sono a più alto rischio.

C13

CITOLOGIA ECO-GUIDATA DEI LINFONODI ASCELLARI: RUOLO NELLA STADIAZIONE PRE-OPERATORIA DELLE PAZIENTI CON CANCRO DELLA MAMMELLA

S. Catarzi, B. Brancato, G. Risso, D. Bricolo*, R. Bonardi, S. Ciatto

*Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze; * Servizio di Radiologia, Ospedale Civile Maggiore, Verona*

Obiettivi. Valutare il ruolo della citologia eco-guidata dei linfonodi ascellari visualizzati con ecografia per la riduzione delle dissezioni ascellari inutili e delle procedure di linfonodo sentinella inutili nelle pazienti con carcinoma della mammella.

Materiali e metodi. 159 casi consecutivi di cancro operabile della mammella sono stati sottoposti a citologia dei linfonodi ascellari visibili con ecografia (nel caso di più linfonodi visibili è stato campionato il più sospetto). L'accuratezza diagnostica dell'esame clinico, dell'ecografia e della citologia sono stati calcolati in rapporto al risultato istologico linfonodale.

Risultati. La sensibilità e la specificità nella diagnosi del coinvolgimento linfonodale sono stati rispettivamente 51,4% e 93,3% per l'esame clinico; 64,3% e 86,5% per l'ecografia; 58,6% e 100% per la citologia eco-guidata.

Rispetto alle indicazioni attuali (dissezione ascellare in caso di linfonodi palpabili, linfonodo sentinella negli altri casi), ricorrendo alla dissezione ascellare solo in caso di citologia maligna, si risparmierebbero il 100% (6/6) delle dissezioni ascellari inutili (pN-) e il 14,7% (5/34) dei linfonodi sentinella inappropriati (pN+).

Conclusioni. L'impiego costante dell'ecografia ascellare e della citologia dei linfonodi visibili può far risparmiare un considerevole numero di procedure chirurgiche ascellari inappropriate.

C14

CARCINOMA IN SITU E LINFONODO SENTINELLA

S. Poma*, M. Giroda*, L. Runza*

*Fondazione Ospedale Maggiore, Milano; * Chirurgia Plastica, * Anatomia Patologica*

Scopo del lavoro è verificare l'opportunità di eseguire routinariamente la metodica Linfonodo sentinella (LNS) nel trattamento del Ca is della mammella.

L'applicazione dello screening mammografico e delle biopsie mininvasive ha condotto all'aumento di questa diagnosi, che a volte però può sottostimare la reale patologia.

Casistica: dal 1/1/2003 al 31/5/2005 in 40 pazienti con diagnosi preoperatoria di carcinoma is, ottenuta quasi sempre con biopsia mini invasiva (mammatome eco o mammografico), si è proceduto all'asportazione del LNS associata in 32 casi a Quad e 8 casi a mastectomia.

Metodica. Indicazione: diagnosi preoperatoria di carcinoma is di alto grado o comedocarcinoma.

Tecnica. Asportazione radioimmunoguidata con iniezione del tracciante sottocute sulla proiezione cutanea della lesione o periareolare in caso di patologia estesa. Esame istologico definitivo del LNS comprendente colorazioni immunoistochimiche.

Risultati. Es istologico LS: 38 negativi, 2 micrometastasi.

Ca is risultati infiltranti o microinvasivi al secondo intervento: 8.

Conclusioni. Il dato bruto delle positività del LNS nei Ca is sembrerebbe sconsigliare la ricerca del LNS stesso, tuttavia bisogna considerare che in 8 casi l'intervento definitivo ha evidenziato una variazione della lesione mammaria, da in situ a infiltrante, che avrebbe poi obbligato a un accertamento sui linfonodi ascellari. A

nostro parere è quindi giustificato, in relazione anche alla bassa morbilità della procedura, l'identificazione e asportazione del LNS nei Ca is di alto grado diagnosticati con biopsia miniinvasiva.

Non ci sembra giustificato, invece, procedere direttamente alla asportazione del LNS in lesioni dubbie senza esame istologico previo.

Infine nei casi di lesioni diffuse, che richiedono un intervento di mastectomia, non potendosi escludere focolai di invasione sembra prudente procedere almeno all'asportazione del LNS.

C15

SPECIALIZZAZIONE E ADESIONE ALLE LINEE GUIDA: STUDIO DI POPOLAZIONE IN PIEMONTE

A. Ponti, C. Sacerdote, R. Bordon, S. Pitarella, A. Vigna Suria, G. Ciccone, N. Segnan, MP. Mano

CPO-Piemonte, Torino

Il grado di specializzazione delle Unità cliniche di diagnosi e terapia è uno dei probabili determinanti della qualità delle cure e della sopravvivenza per il carcinoma della mammella. In Piemonte, analogamente a documenti nazionali e internazionali, le linee guida clinico organizzative regionali (LGR) raccomandano che i casi afferiscano a servizi che trattano almeno 150 nuovi casi all'anno e siano dotati dei necessari collegamenti multidisciplinari.

Obiettivo dello studio è stabilire se il risultato degli indicatori di processo definiti dalle LGR sia correlato al volume di attività dei servizi chirurgici che hanno effettuato l'intervento. La ricerca fa parte del Progetto Qualità finanziato dalla Fondazione San Paolo.

Degli indicatori adottati dalle LGR nei capitoli su diagnosi, chirurgia e anatomia patologica sono stati inclusi nello studio quelli dotati di un obiettivo numerico. Un campione casuale semplice è stato estratto dall'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera. Sono stati considerati eleggibili i ricoveri di donne 50-69enni residenti e operate per carcinoma mammario in Piemonte nel primo semestre 2002 (n = 866). Per le 600 donne del campione sono state ricercate le cartelle di tutti i ricoveri e sono stati raccolti i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali di RT contenute nell'archivio automatizzato regionale. Il calcolo degli indicatori è stato effettuato tramite il database SQT. I servizi chirurgici sono stati suddivisi in tre categorie: < 50 nuovi casi / anno, 50-149 casi e 150 o più.

Per 8 dei 10 indicatori la classe di volume più bassa ha ottenuto il risultato peggiore: fanno eccezione la percentuale di interventi conservativi e l'effettuazione di CT nei carcinomi non endocrino-responsivi. Avendo controllato in un modello multivariato per età, stadio e provenienza (screening vs altro) il risultato è significativo (p < 0,05) a favore dei servizi specialistici per 4 indicatori: l'adozione del triplo esame, la disponibilità della diagnosi preoperatoria, l'uso appropriato dell'esame estemporaneo al congelatore e la somministrazione di radioterapia (RT) dopo chirurgia conservativa. I risultati depongono per un effetto positivo della specializzazione su alcuni importanti indicatori di qualità delle cure. Per dotare lo studio di maggiore potenza statistica e consentire confronti prima / dopo le LGR è in corso l'estensione ai dati 2004.

C16

CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLA MAMMELLA IN DAY SURGERY: UNA REALTÀ

G. Macellari, G. Foletti, G. Gasparini, R. Lampugnani

Centro di senologia, UO chirurgia; ospedale di Fiorenzuola d'Arda (ASL PC)

Introduzione. Scopo di questa comunicazione è raccomandare un trattamento chirurgico del cancro mammario in regime di Day Surgery. Molte le ragioni di questa verifica. Impatto dei chirurghi senologi che lavorano in Unità di Senologia dedicate e intercollegate; ruolo degli psicologi dedicati; perfezionamento delle tecniche di anestesia; domanda dei pazienti di ricoveri brevi; sorveglianza postoperatoria extraospedaliera; pressione aziendale per una riduzione dei costi.

Pazienti e metodi. Negli ultimi 6 anni sono state sottoposte a intervento per cancro mammario 696 pazienti

(9 maschi), incluse le ricostruzioni con espansore, protesi definitiva o lembo autologo. 251 (36% del totale) ebbero una ampia exeresi mammaria (AEM) e biopsia del linfonodo sentinella (LS); 188 (27%) AEM e dissezione ascellare (DA); 111 (16%) mastectomia radicale (MR) con DA; 125 (18%) MR con DA e ricostruzione; 21 (3%) mastectomia semplice (MS).

Risultati. Dimesse in 1ª giornata: 98% delle 251 pazienti con AEM e LS; 94% delle 188 con AEM e DA; 82% delle 111 con MR e DA; 53% delle 125 con MR; 100% delle 21 con MR. In conclusione: l'86% delle operate è stata dimessa in 1ª giornata. Se si escludono le ricostruzioni il valore sale al 93%.

Discussione. Il valore conclusivo testimonia il significato delle tecniche conservative e mini-invasive, ma anche il ruolo formativo e informativo della moderna cultura senologica. Il valore, inoltre, segna un vero traguardo, visto che la degenza media nazionale è di 8 giorni (Emilia Romagna 6, pari a quella raccomandata dalle linee-guida Eusoma), mentre la nostra non supera i 2. Ciò conferma l'importanza di Centri di Senologia con personale dedicato a tutti i livelli. Il traguardo indicato sembra peraltro un limite ragionevole, ma difficilmente superabile se si vogliono garantire ideali condizioni di sicurezza. Ciò significa: accurata selezione delle pazienti; adeguato consenso informato; presenza dello psicologo; disponibilità dell'équipe a contatti postoperatori; suggerimenti tecnici appropriati per la convalescenza; esclusione delle pazienti che abitano lontano dal Centro o non autosufficienti; assenza di forzature. Diversamente, la scelta di una dimissione precoce rischia di trasformarsi in una pericolosa fuga in avanti.

C17

IL SUPPORTO PSICO-ONCOLOGICO NELLA PATOLOGIA MAMMARIA

S. Manai, A. Valchera, G. Giuliani, F. Erra,
D. Amoroso, P. Puccinelli, F. Medi, D. Francesconi

ASL 12 Versilia

In un recente studio osservazionale compiuto presso la NHS Breast Clinic di Londra gli autori hanno riscontrato una prevalenza del 33% per ansia e/o depressione al momento della diagnosi di ETP mammario. Tale valore scende al 24% dopo tre mesi passando al 15% dopo un anno. La prevalenza annuale da uno a cinque anni dopo la diagnosi passa dal 48% rispettivamente al 25%, 23%, 22% e 15%. Nello stesso studio il 40% di tutte le donne ha riportato un episodio d'ansia e/o di depressione dopo 90 giorni dalla diagnosi, il 20% entro i primi 90 giorni e il 40% non ha riportato alcun episodio secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Gli autori concludono che le pazienti operate per ETP mammario presentano sintomatologia ansiosa e/o depressiva con frequenza doppia rispetto alla popolazione femminile in generale. Dopo il primo anno dalla diagnosi nelle pazienti in remissione la sintomatologia è sovrapponibile a quello della popolazione generale. I fattori di rischio per ansia e depressione nei cinque anni dalla diagnosi sembrerebbero più correlati alle caratteristiche psicologiche delle pazienti che alla patologia o ai tipi di trattamento adottati. Partendo da considerazioni simili a quelle descritte, presso l'U.O.S. Chirurgia generale - Senologia è stata attivata nel 2004 la consulenza psicologica proponendola a tutte le donne operate al seno. Di norma la prima visita è effettuata entro due settimane dall'intervento e comprende, oltre al colloquio clinico di valutazione, la somministrazione di test per la misurazione del livello d'ansia e di depressione. In dodici mesi sono state valutate 70 pazienti riscontrando sintomatologia ansiosa e/o depressiva con rilevanza psicopatologica nel 45% dei casi. Dopo la prima valutazione sono stati attivati 32 interventi psicoterapici individuali con sedute settimanali per le situazioni che presentavano un livello di disagio emotivo medio-grave (psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia espressiva, training di rilassamento psico-fisico). Tali interventi hanno avuto una durata compresa tra le 6 e le 24 settimane. In questo periodo è allo studio un protocollo di valutazione psicodiagnostica standardizzata da utilizzare nell'assessment iniziale, nel corso dei trattamenti e nei follow-up programmati.

Tale strumento consentirà nel tempo di acquisire maggiori informazioni sull'impiego di strategie psicoterapiche efficaci tese a ridurre l'entità dei disturbi da adattamento come angoscia e depressione che si manifestano nelle nostre pazienti.

C18

MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA E RICOSTRUZIONE MAMMARIA IMMEDIATA IN DUE TEMPI PER CA CANNARIO

F. Caruso, M. Ferrara, G. Castiglione, G. Trombetta,
A. Tudisco, L. De Meo

Unità Funzionale di Chirurgia Oncologica; Centro Catanese di Oncologia - Catania

La ricostruzione mammaria dopo gesto ablativo costituisce da diversi decenni un presidio terapeutico di grande importanza per la risoluzione del problema cosmetico che, per molte pazienti, assume dei connotati psicologici di estremo disagio. Fra le varie opzioni tecniche, la mastectomia sottocutanea, con risparmio del complesso areola-capezzolo, seguita da ricostruzione mammaria immediata in due tempi, rappresenta senza dubbio un approccio molto valido sia dal punto di vista oncologico (consentendo la contemporanea realizzazione di una biopsia del linfonodo sentinella o di una dissezione ascellare completa) sia cosmetico in pazienti selezionate, con neoplasie infiltranti multicentriche o con neoplasie in situ diffuse e comunque con mammelle di dimensioni medio-piccole.

Dal gennaio 1994 al dicembre 2004, gli autori hanno sottoposto 58 pazienti affette da carcinoma mammario a mastectomia sottocutanea con ricostruzione immediata in due tempi. L'età media di questa serie è stata di 48 anni. La maggioranza delle pazienti ha presentato neoplasie T2 (34%) o T1c (28%). Dal punto di vista tecnico, in tutti i casi la mastectomia sottocutanea è stata immediatamente seguita dal posizionamento di un espansore all'interno in sede retropettorale (I tempo ricostruttivo); in una successiva procedura, a distanza di un tempo medio di 7 mesi dalla prima (range: 3-13 mesi), si è provveduto alla rimozione dell'espansore e all'impianto definitivo di una protesi retropettorale (II tempo ricostruttivo), con gesto di simmetrizzazione della mammella controlaterale in 48 pazienti (82,7%). Il follow-up, condotto su 56 pazienti della presente serie per un tempo medio di sei anni, ha permesso di registrare un caso di recidiva locale (1,7%), cinque casi di metastasi a distanza (8,9%), un caso di carcinoma metacrono della mammella controlaterale. In due casi (3,6%) si è verificata necrosi cutanea parziale. Il risultato cosmetico della procedura è stato giudicato, nella maggior parte dei casi, buono o eccellente sia dalle pazienti sia dal chirurgo.

I dati presentati dagli autori non si discostano da quelli di altre serie riportate in letteratura e confermano la validità della mastectomia sottocutanea con ricostruzione immediata in due tempi sul piano oncologico e cosmetico.

C19

IRRADIAZIONE PARZIALE DELLA MAMMELLA CON BRACHICURIETERAPIA HDR. STUDIO MULTICENTRICO: DATI INIZIALI

M. Mignogna, L. Paladini, R. Baldocchi, A. Marconi,
*D. Francesconi, E. Pagani, G. Testa, L. Peroni,
F. Ducci, *F. Medi

*Azienda Usl n° 2 - Lucca; *Azienda Usl n° 12 - Versilia*

La combinazione fra tumorectomia allargata con dissezione ascellare e irradiazione dell'intera mammella, per la bassa tossicità e incidenza di ricorrenze locali (2-4%), rappresenta una valida alternativa all'intervento di mastectomia radicale. Con l'obiettivo di ridurre il tempo complessivo del trattamento, che ha una durata minima di 45 giorni con la metodica standard, è stata recentemente proposta l'irradiazione parziale accelerata della mammella (APBI) con brachicurieterapia interstiziale. Presentiamo i preliminari risultati di uno studio clinico multicentrico che prevede l'APBI con brachicurieterapia interstiziale HDR e posizionamento degli applicatori durante l'intervento chirurgico, in pazienti con tumore in stadio iniziale e in postmenopausale. *Metodi.* Dal gennaio al maggio 2005 sono state arruolate 21 pazienti, l'impianto è stato effettuato durante l'intervento di tumorectomia allargata dopo suturazione della ferita e asportazione del linfonodo sentinella. In 17 pazienti l'intervento è stato eseguito in anestesia locale in regime di day hospital, nelle rimanenti quattro in anestesia generale (un giorno di ricovero). Le pazienti avevano un ca duttale inferiore < 2 cm con eventuale com-

ponente intraduttale < 25%, margini chirurgici liberi ed età media di 69,3 anni (range 50-79). Il linfonodo sentinella è risultato positivo in due pazienti, 16 pazienti avevano i recettori ormonali positivi. La geometria dell'impianto è stata ricostruita su scansioni TAC, e la dose è stata calcolata secondo il sistema di Parigi che prevede come dose di riferimento l'85% della dose basale media (media delle dosi rilevate nei punti di mezzo fra tre adiacenti cateteri situati sul piano trasverso centrale all'impianto o su più piani trasversi). È stata somministrata una dose di riferimento di 35Gy (3,5 Gy 2fr./d) in 20 pazienti e di 31.150 Gy in una paziente, con durata media dei trattamenti di 6,27 g (range 6-9). I cateteri sono stati impiantati su due piani in 17 pazienti, su tre piani in tre pazienti e su di un piano in una paziente. La media dei volumi compresi entro l'isodose di riferimento è stata di 60,6 cc (range 20-105). L'irradiazione è stata effettuata con il Microselectron HDR della nucletron.

Risultati. La tecnica si è dimostrata facilmente attuabile, l'impianto è effettuato in regime di day hospital, il trattamento può essere iniziato e completato entro una settimana dall'intervento chirurgico. La tossicità acuta è stata modesta: reazione cutanea di II grado in 2 pazienti, e una deiscenza della sutura in una paziente. Nei pazienti con sufficiente follow-up abbiamo rilevato una modesta fibrosi sottocutanea e un buon risultato cosmetico.

C20

SOTTOSTIMA DEL CARCINOMA IN SITU O INVASIVO IN BIOPSIE PERCUTANEE

D. Morrone, S. Ciatto

Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

Lo studio ha analizzato al giugno 2005 1.660 casi consecutivi di biopsia percutanea (core biopsy classica 14 G = 1.008, Mammotome 11 G = 652) su masse (n = 636), calcificazioni (n = 988) o distorsioni (n = 36), palpabili (n = 362) e non (n = 1.298), guidate con ecografia (n = 597) o stereotassi (n = 1.063).

I casi con esito bioptico di lesione precancerosa (iperplasia atipica) o lesione dubbia (B3), o più severa, sono stati sistematicamente avviati a biopsia chirurgica. Alcuni casi con forte sospetto clinico-strumentale sono stati avviati a chirurgia anche con biopsia negativa. Al momento sono disponibili i dati chirurgici in 558 casi. La sensibilità della core biopsy (per ca in situ o invasivo) è stata complessivamente del 92%, 89% con 14 G e 95% con 11 G (p = 0,02), senza differenze significative tra stereo- ed ecoguida, o tra masse e calcificazioni, o tra lesioni palpabili e non.

La probabilità di sottostima su 65 casi di lesione precancerosa/B3 alla biopsia è stata del 47% (14 in situ, 17 invasivi), senza differenze significative in funzione delle diverse variabili.

La probabilità di sottostima su 198 casi di carcinoma in situ alla biopsia è stata del 18% (37 invasivi), 17% in stereo e 50% in ecoguida (p=0.02), senza differenze in funzione del calibro dell'ago o del tipo di lesione. Anche se pochi, i casi palpabili hanno registrato una sottostima nel 75% (3/4).

Esistono associazioni che possono agire da confondenti: a) le microcalcificazioni sono state prevalentemente biopsiate in stereotassi con 11-14 G, le masse in ecoguida con 14 G, b) le lesioni palpabili prevalentemente in ecoguida, c) l'ecoguida ha impiegato solo core biopsy classica e solo aghi 14 G. Lo studio sarà completato con analisi multivariata. In particolare per la biopsia stereotassica di microcalcificazioni con aghi 11 G e retroaspirazione o 14 G e core biopsy classica, la seconda mostra una sensibilità lievemente inferiore (87% vs 95%, al limite della significatività: p = 0,057), senza differenze significative in termini di sottostima.

C21

LA MORTE E LE DONNE OPERATE PER CANCRO AL SENO: UN APPROCCIO PSICO-ONCOLOGICO

S. Tabloni, G. Macellari, R. Lampugnani, G. Foletti

Centro di senologia, unità di chirurgia, ospedale di Fiorenzuola d'Arda (AUSL, PC)

Razionale. La morte e il morire sono temi attualmente occultati, specie tra i giovani (la generazione "senza morte") con due maggiori conseguenze negative: sentirsi inadeguati vicino ai morenti e impreparati ad af-

frontare la propria morte; disperdere la memoria di valori filosofici e spirituali intorno all'argomento. Il cancro al seno amplifica questi problemi poiché mette di fronte a una reale prospettiva di morte. La diagnosi di cancro riflette non l'idea di una morte immediata, ma di un lento processo che obbliga a pensare al soffrire. I principali vissuti nella donna sono: paura di ciò che non si conosce; impotenza nel controllare l'evento; rabbia; negazione; rassegnazione. Inizialmente l'idea della morte è ossessiva, toglie la voglia di fare e produce angoscia per il futuro; le donne si sentono sole, come fossero già morte. Tutto ciò si ripercuote sulla qualità della vita. Tutto questo va considerato da chi lavora in una Breast Unit (BU).

Metodo. Nella nostra BU le donne operate per cancro sono seguite da uno psico-oncologo dedicato che sfrutta un modello interattivo-cognitivo articolato in colloqui di gruppo in cui il problema della morte è affrontato direttamente. Le donne parlano di morte fin dai primi incontri, assecondando un loro profondo bisogno. È importante rispettare i tempi individuali di elaborazione psicologica del problema e il contesto emotivo-culturale, evitando giudizi e forzature. Accettare la morte come parte integrante del ciclo naturale della vita porta grandi benefici.

Scopi. Creare un clima speciale di complicità, fiducia e condivisione. Liberare ansia e depressione senza la paura di ferire qualcuno. Creare empatia e identificazione nel gruppo. Rassicurare e proteggere. Tornare ad apprezzare la vita e ridarle un senso. La morte è "addomesticata" abbastanza da essere guardata in faccia senza paura.

Conclusioni. 1. C'è ancora molto da fare per migliorare il rapporto con la morte. 2. Ogni modello grippale sembra funzionare, purché guidato con esperienza, capacità e saggezza. 3. I gruppi aiutano a: liberarsi del tabù della morte; immaginarsi la propria morte; renderne tollerabile l'idea; trasformarne l'ossessione in risorsa; migliorare la qualità di vita; dare un senso pieno all'esistenza. 4. Ogni BU dovrebbe dotarsi di un sostegno di tipo psico-oncologico personalizzato.

C22

IDENTIFICAZIONE DELLE DONNE AD ALTO RISCHIO FAMILIARE DI AMMALARE DI TUMORE DELLA MAMMELLA

GM. Baratelli, R. Barbone, L. Buzzetti, F. Valenti, L. Casalvieri*,
A. Sala*, L. Zucchello*, M. Burzio*, A. Gioiosi*, S. Guanella*

*Centro di Senologia delle Delegazioni Alto Lario di Gravedona (Como) e Cinque Valli di Porlezza (Como), della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; * Medici di Medicina Generale*

La valutazione del rischio familiare, condotta mediante un questionario anamnestico compilato dalle donne stesse, presenta un tasso di errore dell'ordine del 20%.

Proprio con l'obiettivo di diminuire questa percentuale di errore si è progettato uno studio, nel quale la raccolta dell'anamnesi familiare è stata delegata al medico di medicina generale (MMG) e allo specialista.

Sono state contattate 5.200 donne e sono state valutate le notizie anamnestiche fornite, utilizzando diversi criteri di rischio familiare, per individuare le donne ad alto rischio familiare di ammalare di tumore maligno della mammella. Questo ha reso possibile definire in modo più preciso il rischio familiare, spesso sovrastimato dalla donna e dal MMG, con un conseguente vantaggio economico importante, in quanto permette di razionalizzare le risorse, risparmiando i controlli delle donne con familiarità poco significativa (dovuta cioè alla presenza di un tumore sporadico in un familiare) e intensificando invece i controlli delle donne a rischio elevato. Infine sono stati comparati i risultati ottenuti valutando i dati mediante l'utilizzo di criteri diversi nella definizione dei soggetti a rischio.

C23

RUOLO DIAGNOSTICO DELLA DUTTOGRAFIA IN CASO DI SECREZIONE MAMMARIA

G. Riso, B. Brancato, S. Ciatto

Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

La secrezione mammaria non è un sintomo frequente (2,0% su 38.339 soggetti consecutivi, 6,8% su 11.420 sintomatici). Dal 2001 al 2004 sono stati eseguiti 328 esami duttografici (0,3% dei soggetti totali, 19,2% del-

le secrezioni), secondo protocollo e tecnica meglio definiti rispetto al passato. Il valore predittivo positivo (VPP) per carcinoma mammario (CM) è stato dell'11,5% per il difetto singolo (0,5% precedente), 23,5% per la distorsione dei dotti, 25,9% per il difetto multiplo (9,6% precedente), 30,7% per l'arresto del m.d.c. Solo il 60% dei secreti selezionati per la duttografia erano ematici (74% precedente). Il VPP per CM del secreto ematico è stato del 19,1%, quello del secreto non ematico del 17,9%. Nella casistica in esame la sensibilità relativa per CM è stata 30,2% per la clinica, 47,0% per la mammografia, 48,4% per l'ecografia, 47,7% per la citologia, 82,9% per la duttografia. L'accuratezza delle indicazioni alla galattografia e della tecnica d'esame ha incrementato la percentuale di casi dubbi/sospetti, con aumento dell'indicazione chirurgica (69,9% vs 38,8% precedente); nonostante il maggior numero di galatoforectomie, si è registrato un netto aumento del VPP per CM dei casi inviati a chirurgia (26,8% vs 13,2% precedente), e della detection rate (DR) di CM (18,7% vs 5,1% precedente).

La duttografia è risultata essere l'unico esame sospetto (altri test negativi) nel 17,7% dei CM (15,3% in precedenza). Il contributo indipendente della duttografia alla diagnosi di CM si è associato a un basso VPP (difetto singolo 8,7%, difetto multiplo 9,3%) e quindi a un elevato costo biottico (rapporto biopsie chirurgiche benigne/maligne = 13,8:1). È in atto una revisione dei dettagli semeiologici di questi casi per identificare possibilmente segni che consentano una riduzione del costo biottico e un aumento del VPP.

La secrezione mammaria è sintomo poco frequente e poco predittivo di CM. Precise indicazioni all'esame e una tecnica accurata possono aumentare VPP e DR per CM. La secrezione (ematica, siero-ematica, siero-giallastra) può essere l'unico segno di carcinoma e la galattografia l'unico esame capace di fare diagnosi, anche se con costo biottico elevato. La galattografia dovrebbe essere sempre disponibile in un centro senologico; è invece presente solo nel 60% dei centri toscani (censimento 2004 dell'Istituto Toscano Tumori).

C24

VALUTAZIONE DEI COSTI DIFFERENZIALI DELLA MAMMOGRAFIA DIGITALE A FRONTE DELLA MAMMOGRAFIA ANALOGICA IN AMBITO CLINICO

R. Taschini, S. Ciatto, R. Baglioni, M. Turci, B. Brancato

Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze

Obiettivi. L'introduzione della mammografia digitale (MD) in alternativa alla mammografia analogica (MA) nella pratica clinica è rallentata dai costi elevati d'acquisto.

Scopo di questo studio, condotto nell'ambito del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze, che impiega correntemente sia la MD che la MA, è la stima dell'impatto che la nuova tecnica ha sui costi complessivi di esercizio.

Materiale e metodi. Sulla base dei costi reali forniti dall'amministrazione, del calcolo dei tempi di lavoro dei medici, dei tecnici di radiologia e di altro personale addetto alle due metodiche, di due diversi livelli di carico di lavoro (5.000 e 10.000 esami/anno per apparecchiatura), sono stati stimati i costi differenziali delle due metodiche, non considerando i costi comuni alle stesse.

Risultati. Oltre alle differenze sui costi di acquisto e sui canoni di affitto/leasing delle attrezzature, la MD comporta un maggiore impegno per il radiologo (tempo di lettura pressoché doppio). La MA comporta un maggiore impegno di personale d'archivio per la gestione dello stesso e per il montaggio/smontaggio delle pellicole sul visore rotante, mentre non risulta sostanzialmente diverso l'impegno dei tecnici di radiologia (TSRM). Complessivamente, la MD è risultata più costosa della MA in ragione di + euro 24,22-26,46 per esame nello scenario di 5.000 esami/anno e di + euro 9,91-12,15 nello scenario di 10.000 esami/anno.

Discussione. Anche se le presenti stime non sono facilmente generalizzabili ai diversi scenari locali, il modello di calcolo è relativamente facile da esportare in altro contesto, applicando i diversi parametri locali. L'utilizzo dei vantaggi offerti dalla MD (archiviazione dei dati, teletrasmissione dei dati, telerefertazione, teleconsulto, richiamo automatico a monitor dei precedenti, uso del CAD) potrebbe già valere il maggior costo della MD, ma una modesta diminuzione dei costi delle apparecchiature potrebbe facilmente invertire la situazione e rendere la MD più conveniente anche sul piano economico.

C25

CONTROLLI DI QUALITÀ SU APPARECCHIATURE CR E DR IN MAMMOGRAFIA DIGITALE: APPLICAZIONE DELL'ADDENDUM ON DIGITAL MAMMOGRAPHY

I. Andriani¹, G. Belli², L. Bernardi¹, F. Chionne³, B. Lazzari¹, V. Marchettoni⁴, S. Mazzocchi⁵, S. Piccardi³, L. Orlandini¹, M. Rosselli del Turco⁶, V. Ravaglia⁷, A. Taddeucci², G. Zatelli⁵

¹ Fisica Sanitaria, Azienda USL 3 di Pistoia; ² S.O.D. Fisica Sanitaria, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; ³ Fisica Sanitaria, Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁴ Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁵ S.S. Fisica Sanitaria, Azienda USL 10 di Firenze, Firenze; ⁶ Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze; ⁷ Università degli Studi di Firenze, Firenze

La diffusione di sistemi di Computed Radiography e di Digital Radiography in mammografia ha portato alla necessità di sviluppare dei protocolli ad hoc per i controlli di qualità dei sistemi digitali a causa delle diverse problematiche fisiche e tecnologiche connesse all'utilizzo di rivelatori digitali.

In questo lavoro sono riportati i risultati dell'applicazione dell'Addendum on Digital Mammography (versione 1.0, 2003) dell'European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening a differenti tecnologie digitali: 3 sistemi DR AGFA DM 1000, 2 sistemi General Electric Senographe 2000 D, un sistema CR Agfa (CR 75) e un sistema CR Fuji Profect. L'analisi dei dati sperimentali è stata focalizzata sia sulla reale applicabilità del protocollo in termini di tempo e strumentazione necessaria, sia sul significato dei limiti, peraltro provvisori, previsti dal protocollo. Sono stati inoltre analizzati i requisiti relativi alle prestazioni del recettore di immagine e la correlazione tra i valori dei parametri misurati e la qualità effettiva dell'immagine prodotta valutata con analisi contrasto-dettaglio, mediante fantoccio CD MAM.

C26

CONTROLLI DI QUALITÀ SU MONITOR E STAMPANTI PER MAMMOGRAFIA DIGITALE

I. Andriani¹, G. Belli², L. Bernardi¹, F. Chionne³, B. Lazzari¹, V. Marchettoni⁴, S. Mazzocchi⁵, S. Piccardi³, L. Orlandini¹, M. Rosselli del Turco⁶, V. Ravaglia⁷, A. Taddeucci², G. Zatelli⁵

¹ Fisica Sanitaria, Azienda USL 3 di Pistoia; ² S.O.D. Fisica Sanitaria, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; ³ Fisica Sanitaria, Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁴ Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia; ⁵ S.S. Fisica Sanitaria, Azienda USL 10 di Firenze, Firenze; ⁶ Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze; ⁷ Università degli Studi di Firenze, Firenze

L'introduzione di sistemi di Computed Radiography e di Digital Radiography in mammografia, ha fornito i presupposti per la refertazione soft-copy delle immagini cliniche. Nell'ottica di eseguire un'accurata analisi di tutto il processo di formazione e visualizzazione dell'immagine, particolare attenzione deve essere posta alle caratteristiche qualitative dei monitor per refertazione e alla stabilità delle loro prestazioni nel tempo. Scopo di questo lavoro è una analisi dei sistemi per refertazione connessi alle macchine digitali presenti in area fiorentina e umbra e una valutazione delle problematiche operative inerenti i controlli di qualità di monitor e stampanti, conformemente alle specifiche previste dall'Addendum on Digital Mammography (versione 1.0, 2003) dell'European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening e dal report AAPM Assessment of display performance for medical imaging systems (2005).

P1**VALUTAZIONE MICROISTOLOGICA MEDIANTE SISTEMA VABB DI "CLUSTER" DI MICROCALCIFICAZIONI: ESPERIENZA GENOVESE**

A. Garlaschi, C. Oddone, P. Baccini, M. Chiaramondia, D. Bellardi, M. Calabrese

Università degli Studi di Genova, Ospedale San Martino, Centro di Senologia, Genova

Introduzione. La Vacuum Assisted Breast Biopsy (VABB) mediante apparecchiatura Mammotome ha attualmente un ampio numero di indicazioni per la biopsia di lesioni mammarie sia sotto guida stereotassica sia sotto guida ecografica. Nel nostro centro utilizziamo il Mammotome quasi esclusivamente sotto guida stereotassica per il campionamento di cluster di microcalcificazioni.

Materiali e metodi. Abbiamo raccolto e rivalutato dalla nostra casistica 234 procedure eseguite su cluster di microcalcificazioni BR3 e BR4 (categorie radiologiche BIRADS) di meno di 2 cm di diametro. Abbiamo utilizzato un ago da 11 gauge e un sistema di stereotassi digitale prona. Nella nostra procedura standard preleviamo solitamente 12 campioni per ogni lesione. Tutti i risultati delle VABB sono stati confrontati con i risultati alla chirurgia o sono in follow-up.

Risultati. I risultati delle VABB sono risultati i seguenti: 5 B1-inadeguati (2%), 146 B2, 34 B3, 5 B4, 43 B5. In particolare delle 48 lesioni BR3 poi 7 sono risultate maligne (14,5%), mentre delle 117 lesioni BR4 43 sono poi risultate maligne (36,7%). In 5\239 (2%) pazienti non è stato possibile eseguire la procedura per la posizione profonda delle microcalcificazioni. In 5 pazienti la procedura è stata interrotta per sanguinamento. In nessun caso abbiamo osservato complicazioni significative.

Discussione e conclusioni. Dalla nostra esperienza appare che per le lesioni mammarie BR3 e BR4 la VABB risulta una metodica di campionamento appropriata e accurata.

P2**IL TRATTAMENTO DELLA MASTALGIA UTILIZZANDO UN REGGISENO SPORTIVO**

G. M. Baratelli

Centro di Senologia - Delegazione Alto Lario della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Gravedona (Como)

Sono state studiate 70 donne: 39 affette da mastalgia moderata (18 con mastalgia ciclica e 21 con mastalgia non ciclica) e 31 affette da mastalgia intensa (22 con mastalgia ciclica e 9 con mastalgia non ciclica).

A esse è stato consigliato di indossare un reggiseno sportivo, che è progettato per immobilizzare il seno sul torace durante l'attività fisica e in questo modo proteggerlo dai microtraumi causati dai movimenti, nell'ipotesi che l'immobilizzazione del seno possa essere utile per il controllo del sintomo dolore.

Nello studio è stato utilizzato il reggiseno sportivo, modello Starter - O'Glam, della ditta Gios, di Carpi, Modena (I), confezionato con un tessuto sintetico caratterizzato da una particolare elasticità e morbidezza e dalla capacità di assorbire e sospingere le molecole d'acqua verso l'esterno (cosiddetto tessuto traspirante) in modo da assicurare un adeguato microclima ed evitare macerazioni, soprattutto nei solchi sottomammari. Inoltre le coppe sono confezionate senza cuciture. Particolare attenzione è stata posta nella scelta della misura più idonea: ogni donna ha avuto la possibilità di provare taglie differenti, assistita da una infermiera dedicata.

Dopo tre mesi, le pazienti sono state contattate telefonicamente per valutare il sintomo dolore, la comparsa di effetti collaterali e la loro esperienza con il reggiseno sportivo consigliato.

Conclusioni. Al controllo effettuato al terzo mese la mastalgia è migliorata nel 30% e scomparsa nel 70% dei casi, a dimostrazione dell'efficacia dell'immobilizzazione del seno nel trattamento di questo sintomo. I risultati più importanti sono stati ottenuti nelle donne con mastalgia intensa e con seno abbondante. Non si sono registrate dermatiti o lesioni da attrito, in relazione alle caratteristiche del tessuto utilizzato e all'assenza di cuciture a contatto con la cute. In conclusione, i risultati di questo lavoro suggeriscono di raccomandare alle donne affette da mastalgia moderata e intensa l'uso di un reggiseno sportivo di buona qualità.

P3

LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA IMMEDIATA DOPO MASTECTOMIA IN AMBIENTE DI CHIRURGIA GENERALE

A. Verzelli, R. Piazzai, A. Bruni, G. Cerbone, LF Marasco, M. Vinciguerra

UO Chirurgia Generale, Ospedale di Pergola (PU) ASUR 3 Marche

Introduzione. Nonostante l'approccio sempre più conservativo al cancro mammario, la mastectomia con risparmio dei muscoli si rende necessaria in un numero non esiguo di pazienti in relazione a fattori oncologici ed estetici. La ricostruzione immediata è parte integrante del trattamento nell'ottica di ripristinare l'integrità anatomico-funzionale e rendere maggiormente accettabile il proseguo terapeutico.

Materiali e metodi. Presentiamo l'esperienza di un reparto di chirurgia generale dove la ricostruzione mammaria è praticata dall'équipe chirurgica.

Risultati. La lettura dei risultati è finalizzata alla estrapolazione dei dati per standardizzare la selezione delle pazienti e la fattibilità della ricostruzione immediata in ambiente non specialistico in riferimento al risultato estetico e alla soddisfazione delle pazienti.

Conclusioni. Ogni paziente sottoposta a mastectomia può essere sottoposta a ricostruzione immediata anche in ambito chirurgico generale, inviando i casi risultati non idonei in fase di selezione ai centri specializzati.

P4

TECNICHE CHIRURGICHE ESTETICO-FUNZIONALI STANDARDIZZATE NELLE QUADRANTECTOMIE

S. Veneroso, M. Amabile, V. Pasta, M. Monti

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, UOC Chirurgia Generale e Ricostruttiva (Titolare: Prof. M. Monti) – Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

La quadrantectomia o mastectomia segmentaria prevede l'asportazione di un esteso segmento ghiandolare che comprenda la cute sovrastante e in profondità la fascia, con associata la dissezione dei linfonodi ascellari fino al 3° livello. I due tempi dell'intervento prevedono generalmente due incisioni separate, una per l'asportazione ghiandolare e l'altra per lo svuotamento ascellare, quest'ultima condotta dietro al margine laterale del muscolo grande pettorale e che risulterà quindi invisibile con l'arto addotto. Nelle localizzazioni del QSE preferiamo invece utilizzare un'unica incisione obliqua o "a mazza da golf" attraverso la quale eseguire sia la resezione ghiandolare sia la linfectomia. Nelle localizzazioni centrali, la resezione ghiandolare verrà eseguita seguendo una linea di incisione cosiddetta ad "ala di gabbiano" che prevede anche l'asportazione del complesso areola-capezzolo. In tutti i casi, la mammella sarà poi ricostruita mediante ampia mobilizzazione della ghiandola sul piano muscolo aponeurotico con scollamento retroghiandolare. Ciò permette alle due superfici cruentate di ruotare agevolmente l'una verso l'altra, assicurando inoltre che al termine dell'intervento non risulti alcuna depressione. La sutura intradermica con filo a rapido riassorbimento completa la procedura chirurgica.

P5

IL MAMMOTOME NELL'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLE LESIONI ECOGRAFICHE DELLA MAMMELLA

M. Giroda*, S. Poma*, F. Campagna*, E. Rognoni*, M. Millafiori*, G. Spinelli*

Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore, Milano-Chirurgia Plastica*, Radiologia Senologica*

Gli autori analizzando i dati della loro esperienza dal 6/02 al 12/04 fanno il punto su indicazioni, vantaggi e limiti della metodica.

Casistica. 731 biopsie Mammotome, di cui 325 (45%) sotto guida ecografica.

Metodo. Si è utilizzato il sistema Mammotome HH con aghi 11G (295 casi) e 8G (30 casi).

Risultati. Maligni, 80 (25%) di cui 25 (8%) in situ; benigni, 226 (69%); ADH, 19 (6%); sottostime: 7/325 (2,1%) di cui da benigno a Ca is: 2; da ADH a Ca is: 1; da Ca is a infiltrante: 4.

È stato effettuato un confronto economico e di efficacia con la biopsia escissionale su repere (carbone vegetale) e una comparazione con dati da letteratura con la Core biopsy.

I dati emersi dallo studio dimostrano un costo del Mammotome inferiore rispetto alla biopsia su repere (differenza legata al numero di esami annui, significativa sopra le 100 procedure annue), un costo superiore rispetto alla Core biopsy.

Per quanto riguarda l'efficacia, essa risulta paragonabile tra Mammotome e biopsia chirurgica (< 10% di sottostime), mentre le sottostime della Core biopsy salgono al 50% circa.

La nostra esperienza, confermando la semplicità e buona accettazione della metodica, l'alta sensibilità e specificità, il vantaggio economico su una casistica elevata, la non interferenza con successive procedure chirurgiche (linfonodo sentinella), la possibilità di posizionamento di repere (clip), la possibilità di asportazione totale di piccole lesioni benigne (RLB), ci ha orientato a introdurre routinariamente il Mammotome ecografico nell'iter diagnostico terapeutico delle lesioni subcliniche ecografiche con esame citologico non dirimente. Questo atteggiamento ha ridotto gli esami istologici intraoperatori e ci ha consentito una corretta programmazione preoperatoria.

P6

CAMBIAMENTI POSITIVI NEL RITARDO DIAGNOSTICO DEL CANCRO DELLA MAMMELLA NEL SUD ITALIA

M. Montella¹, A. Crispo¹, MR. De Marco¹, I. Capasso², M. Rinaldo², M. Grimaldi¹, A. Marzano¹, G. D'Aiuto²

¹Unità di Epidemiologia, INT - Fondazione "G. Pascale", Napoli; ²Unità di Chirurgia Senologica, INT - Fondazione "G. Pascale", Napoli

Introduzione. Per ritardo della diagnosi del cancro della mammella si intende una posticipazione dell'individuazione del tumore (e quindi del trattamento opportuno) di almeno sei mesi. La diagnosi tardiva del cancro della mammella è molto più frequente nelle donne che con termine anglosassone vengono definite "medically underserved", vale a dire che presentano un livello sociale e di istruzione basso e/o residenza in zone rurale e decentrate. Le donne con diagnosi tardiva del cancro della mammella hanno una sopravvivenza più corta rispetto alle donne con diagnosi tempestiva. Il ritardo alla diagnosi dipende da una serie di variabili in parte legate alla donna, in parte dovute al medico che effettua i controlli, e in parte dovute all'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso. La diffusione e la partecipazione alle campagne di screening assume inoltre notevole rilevanza.

Materiali e Metodi. Come indicatore del ritardo può essere considerato il TNM delle donne sottoposte a intervento chirurgico. Per avere un'idea sull'evoluzione del fenomeno abbiamo valutato l'andamento del TNM nelle donne ricoverate dal 1986 al 2003 dell'Istituto Tumori di Napoli che ricovera circa 500 casi di nuovi tumori della mammella l'anno.

Risultati. Il numero dei casi T3-T4 è passato dal 15,5% del periodo 1989-1991 al 3% del periodo 1996-1999. Inoltre anche i casi in T2 sono passati nello stesso periodo dal 29% al 26%. Viceversa i tumori di piccole dimensioni diagnosticati in T1 e in situ sono aumentati passando dal 55% al 70% nello stesso periodo. Dal 2000 al 2003 i dati evidenziano un ulteriore miglioramento con i tumori in T3-T4 che scendono al 2%, mentre i T2 si stabilizzano al 27% e i T1 aumentano al 71%.

Discussione. Tali risultati confermano la sensazione diffusa che in Italia ci sia stato un forte incremento dell'anticipazione diagnostica per il cancro della mammella. Al Nord l'incremento è dovuto principalmente all'efficacia dello screening mammografico, mentre al Sud è principalmente dovuto a un diverso atteggiamento delle donne nella classe di età anziane e socialmente svantaggiate nei confronti del tumore al seno che viene, finalmente anche da loro, considerato una malattia prevenibile e curabile. Vi sono ancora probabilmente aree marginali ove il tumore è ancora diagnosticato in fase relativamente avanzata e quindi si configura un ritardo nella diagnosi; ma in sostanza possiamo affermare che le campagne di educazione hanno avuto in parte successo anche in carenza di screening efficaci come nel Sud Italia.

P7

RUOLO DELLA MRM NEL CA MULTIFOCALE E MULTICENTRICO: BILANCIO DI ESTENSIONE

F. Svegliati, LM. Fabi, A. Chichiarelli, MH. Colavito e A. Vella (TRSM R. Sebastianelli)

Centro di Senologia e screening Ausl RMH Albano Laziale

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare l'efficacia del MRM nello stabilire l'esatta estensione loco-regionale della malattia in pazienti con ca mammario; con precisa identificazione di eventuali focalità vicine (multifocalità) o localizzate in altri quadranti (multicentricità) o bilateralità al fine di stabilire correttamente il planning preoperatorio (chirurgia conservativa versus mastectomia).

Materiale e metodi. La casistica del nostro centro, raccolta nel periodo dal gennaio 2003 al marzo 2005, è composta da 64 donne con diagnosi mammografica e cito o microistologica di ca mammario uni o multifocale.

Le donne sono state selezionate in base a un sospetto mammografico e/o ecografico di multifocalità, o per la presenza di neoplasie che per la loro caratteristica istologica si contraddistinguono per l'elevata frequenza di presentazione multifocale nei seni a elevata densità ghiandolare.

Gli esami sono stati eseguiti con apparecchiatura Philips INTERA, magneti 1T, gradienti 30mT/s, bobina dedicata, con studio dinamico T1W-3D-FFE in condizioni basali e dopo somministrazione del m.d.c. paramagnetico chelato del gadolinio per via e.v. a mezzo di iniettore automatico. Tutte le pazienti sono state sottoposte a intervento chirurgico con esame istologico di conferma.

Risultati. L'esame di MRM ha documentato un sospetto di multifocalità in 19 pazienti di cui 11 bifocalità e 7 trifocalità e un caso di bilateralità peraltro non evidenziato all'esame mammografico.

In 13 casi la multifocalità sospettata all'esame mammografico è stata confermata dalla MRM; in 6 casi si è avuto la dimostrazione MRM di lesione sospetta, confermata successivamente dall'esame citologico eseguito in corso di second look ecografico mirato (C5).

In 4 pazienti, con sospetto mammo-eco di bifocalità la MRM ha dimostrato una trifocalità; in due casi questa ha modificato il planning preoperatorio (mastectomia).

L'analisi dei risultati conferma l'alta sensibilità della MRM nel definire la multifocalità e multicentricità e quindi il bilancio di estensione della malattia neoplastica mammaria e consente quindi di elaborare la migliore strategia terapeutica per la paziente.

P8

RUOLO DELLA MRM NELLA VALUTAZIONE DEL QUADRANTE OPERATO PER CA MAMMARIO: UNA CERTEZZA IN PIÙ

LM. Fabi, F. Svegliati, MH. Colavito, A. Chichiarelli, A. Vella (TRSM R. Sebastianelli)

Centro Senologia e Screening AUSL RMH Albano Laziale

Scopo del lavoro è stato valutare la predittività della RM mammaria con gadolinio nella valutazione del quadrante operato per carcinoma mammario e sottoposto a radioterapia (QUART) per escludere o confermare eventuale ripresa di malattia su cicatrice chirurgica.

Materiali e metodi. La casistica del nostro centro fa riferimento a 83 pazienti, operati di quadrantectomia per ca mammario, sottoposte a risonanza magnetica nel periodo dal gennaio 2003 al gennaio 2005.

Gli esami sono stati eseguiti con apparecchiatura Philips INTERA, magneti 1T, gradienti 30 mT/s, bobina dedicata, con studio dinamico T1W-3D-FFE in condizioni basali e dopo somministrazione del m.d.c. paramagnetico chelato del gadolinio per via e.v. a mezzo di iniettore automatico.

Le pazienti sono state selezionate per cicatrice mammograficamente dubbia o per sospetto ecografico.

Risultati. L'esame ha identificato 4 lesioni sospette alla MRM di cui 3 inviate all'intervento e una sottoposta a follow-up stretto in assenza di significativo reperto ecografico.

Delle 3 pazienti inviate alla biopsia escissionale 2 sono risultate affette da recidiva locoregionale e una è risultata affetta da patologia benigna. La paziente con lesione sospetta alla MRM non sottoposta a biopsia chirurgica ai successivi controlli è risultata essere negativa per ripresa di malattia.

Tutte le pazienti negative per MRM sono state sottoposte a un follow-up minimo di 6 mesi e sono risultate essere realmente negative in termini di ripresa di malattia al successivo controllo mammografico ed ecografico.

La nostra esperienza preliminare indica che la MRM, così come riportato in letteratura, è altamente sensibile e specifica nell'evidenziare o escludere la presenza di recidiva loco-regionale nelle pazienti operate per carcinoma mammario con QUART.

P9

TRATTAMENTO DEL CARCINOMA IN SITU DELLA MAMMELLA: PROBLEMATICHE DECISIONALI

Aurelio Storace

UO Ostetricia e Ginecologia E.O. Ospedali Galliera, Genova

Il carcinoma in situ è una proliferazione di cellule epiteliali con caratteristiche citologiche neoplastiche che può interessare i dotti o i lobuli ghiandolari senza oltrepassare la membrana basale e senza invasione dello stroma.

La lesione di solito non è palpabile ma viene evidenziata nel corso di mammografie preventive con il rilievo di caratteristiche microcalcificazioni che possono essere unifocali, multifocali o pluricentriche. Il carcinoma duttale in situ (molto più frequente del lobulare), se trattato con chirurgia conservativa, può avere una prognosi differente a seconda del grado nucleare e della presenza o meno della comedonecrosi, ma devono essere rispettate alcune condizioni che, se non seguite, potrebbero favorire l'insorgenza di recidive. La lesione non deve essere multicentrica, l'estensione non deve essere tale da impedire un buon risultato estetico, mentre se il carcinoma è centrale è preferibile eseguire una mastectomia totale semplice con inserimento di protesi.

L'intervento conservatore comporta un rischio di recidive che a seconda dei vari autori può variare dal 6 al 20%, mentre con la mastectomia la percentuale è bassissima. Le cause di recidiva nei casi di chirurgia conservativa possono essere dovute:

- 1) alla positività dei margini di resezione;
- 2) alla presenza di comedonecrosi;
- 3) alla presenza di microcalcificazioni nella Mx di controllo a breve distanza dall'intervento;
- 4) all'età giovane (< 50 anni);
- 5) alla estensione della lesione neoplastica.

Per questi motivi il carcinoma duttale in situ può comportare problemi decisionali quando è molto esteso o i margini di resezione appaiono infiltrati o non sicuri (< 1 mm dalla neoplasia), mentre se le condizioni appaiono favorevoli la terapia chirurgica conservativa seguita da radioterapia e somministrazione di 5 mg die di tamoxifene per 5 anni può ottenere una bassa percentuale di recidive. In una nostra casistica di 34 carcinomi duttali in situ abbiamo avuto 3 casi di recidiva (8,82%) e la comparsa in un caso di ca infiltrante nella mammella controlaterale.

Tutti questi casi richiedono una stretta sorveglianza clinica e strumentale con mammografia annuale.

P10

CORRELAZIONE TRA INADEGUATI CITOLOGICI E QUADRO ECOGRAFICO: POSSIBILE RUOLO IN PRIMA ISTANZA DELLA VABB ECOGUIDATA?

M. Calabrese, A. Garlaschi, D. Brizzi, T. Mignatti, M. Chiaramondia, P. Baccini

Università degli Studi di Genova, Ospedale San Martino, Centro di Senologia, Genova

Introduzione. Negli ultimi anni le metodiche di microistologia stereotassi ed ecoguidata, soprattutto con i sistemi VABB (vacuum assisted breast biopsy), hanno rivoluzionato la diagnostica senologica preoperatoria. Pur tuttavia, l'esame citologico ecoguidato rimane di prima istanza.

Scopo di tale lavoro è capire se esistono reperti ecografici che aprioristicamente hanno alte probabilità di risultare inadeguati all'esame citologico.

Materiali e metodi. Da marzo 2002 a giugno 2005 abbiamo rivalutato consecutivamente gli ultimi 100 inadeguati (C1) all'esame citologico.

Tutti i prelievi sono stati effettuati con ago da 23G e sonda ecografica da 13 Mhz in lesioni ecovisibili, con range di sospetto mammo e/o ecografico (BIRADS 3 e 4). Tutti i citologici sono stati valutati da 2 anatomopatologi esperti di citologia mammaria. Di tutti i reperti in oggetto sono state retrospettivamente valutati: aspetto ecografico, aspetto mammografico e dimensioni della lesione.

Risultati. Le dimensioni medie delle lesioni sono state di 6,05 mm (3-22 mm std) di cui 83 reperti ecografici nodulari, 15 reperti nodulari di distorsioni visibili mammograficamente e 2 aree di addensamento asimmetrico.

Discussione e conclusioni. Dall'analisi dei nostri risultati si evince che le lesioni che più facilmente possono dare risultato di inadeguatezza all'esame citologico sono i noduli ecovisibili di diametro uguale o inferiore a 6 mm. Si noti l'alto numero di distorsioni nella nostra casistica a dimostrazione dell'intrinseca scarsa cellularità di tali reperti. Concludiamo quindi che per le distorsioni ecovisibili e i noduli di diametro uguale o inferiore ai 6 mm potrebbe essere proponibile una valutazione microistologica mediante VABB ecoguidata in prima istanza.

P11

ANALISI DEI POLIMORFISMI DI PPAR GAMMA NEI PAZIENTI CON TUMORE DELLA MAMMELLA

I. Capasso¹, A. Casamassimi², M. Capone², P. Bonelli¹, A. De Rosa¹, D. Esposito¹, M. D'Aiuto¹, G. D'Aiuto¹, A. Ciccodicola².

¹ Istituto Nazionale Tumori - Fondazione G. Pascale, Napoli; ² Istituto di Genetica e Biofisica-ABT (CNR), Napoli

Secondo i dati provenienti dalla letteratura, è stato stimato che a livello internazionale circa il 30% delle donne con carcinoma mammario ha una storia familiare positiva per patologie neoplastiche; una frazione più limitata (5-12%) ha invece una familiarità specifica per ca mammario.

Studi basati sull'analisi mutazionale di ampie popolazioni indicano che le mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 giustificano non più del 20% di tutti i casi familiari dei tumori della mammella. Il rimanente 80% dei casi è probabilmente una combinazione di un piccolo numero di geni ad alta penetranza e un elevato numero di geni a bassa penetranza.

Un gene che potrebbe avere un ruolo nella suscettibilità ai tumori con alleli a bassa penetranza è il gene PPARG che codifica per le due isoforme del recettore nucleare PPAR gamma.

I recettori PPAR (peroxisome proliferator-activated receptors), dopo attivazione mediante legame con il ligando, mediano la trascrizione di diversi geni coinvolti nella regolazione del metabolismo lipidico e glucidico, nella differenziazione degli adipociti, nella risposta antinfiammatoria e nel controllo della proliferazione cellulare.

Il recettore nucleare PPAR-gamma è il più studiato dei tre sottotipi della famiglia PPAR e gioca un ruolo chiave in molti meccanismi cellulari di grande interesse biologico e clinico, come il differenziamento, la sensibilità all'insulina, l'angiogenesi, il diabete di tipo 2, l'arteriosclerosi e il cancro.

È stata condotta un'analisi dei polimorfismi Pro12Ala e C1431T mediante sequenziamento diretto degli esoni del gene PPARG su un campione di pazienti con carcinoma mammario, contenente sia casi sporadici sia familiari provenienti dalla Regione Campania. I dati sono stati correlati con quelli ottenuti da un campione di soggetti sani provenienti dalla stessa Regione.

Dai dati ottenuti sui primi 53 casi studiati è stato possibile confermare i risultati ottenuti su altre popolazioni che indicano che le singole frequenze alleliche non mostrano differenze significative tra il campione di soggetti con carcinoma mammario rispetto alla popolazione generale. Analizzando invece i diversi possibili genotipi è stato possibile osservare la presenza di un particolare genotipo con una frequenza più elevata nel campione in esame rispetto al controllo.

P12**“PROGETTO SCUOLA”: ESPERIENZA DELL’ISTITUTO TUMORI DI NAPOLI”**

I. Capasso¹, A. Tripodi¹, M. Montella¹, A. Crispo¹, M. D’Aiuto¹, A. Amore¹, A. Casamassimi², A. Ciccodicola², G. Olivieri¹, E. Di Salvo¹, G. D’Aiuto¹.

¹Istituto Nazionale Tumori - Fondazione G. Pascale, Napoli; ²Istituto di Genetica e Biofisica-ABT (CNR), Napoli

Il Tumore del seno è considerato una malattia sociale per la frequenza con cui colpisce la popolazione femminile in tutte le fasce d’età, ma è anche uno dei tumori più curabili se diagnosticato in fase precoce. Alla diagnosi precoce si giunge soprattutto attraverso un’adeguata e sistematica informazione, che deve incominciare in età scolare. A tale scopo presso l’Istituto Tumori di Napoli è stato avviato un Programma Informativo-educativo, denominato Progetto Scuola, rivolto alle studentesse delle ultime due classi degli Istituti Superiori di Napoli e Provincia, accompagnate dai loro docenti. Gli obiettivi principali che si è inteso perseguire sono stati:

- a) verificare il grado di conoscenza, di comprensione e di accettazione di una serie di informazioni sul carcinoma mammario nelle giovani generazioni;
- b) incoraggiare le giovani donne a conoscere e controllare regolarmente il proprio seno mediante l’insegnamento della metodica dell’autopalpazione;
- c) insistere sull’opportunità di sottoporsi a controlli clinico-strumentali periodici per garantirsi, nel futuro, una diagnosi precoce dell’eventuale malattia;
- d) sfatare il tabù cancro, cercando di eliminare pregiudizi e timori, e quindi modificare nelle persone l’atteggiamento negativo anche mediante la diffusione di un documento informativo-divulgativo;
- e) promuovere la Cultura della Prevenzione ai tumori del seno nelle giovani generazioni e quindi favorire l’anticipazione diagnostica di un eventuale futuro carcinoma mammario;
- f) verificare, mediante un’indagine conoscitiva, la volontà e la propensione di ulteriori informazioni su tale patologia, il livello di apprendimento dei giovani dopo tali corsi e valutarne l’impatto psicologico mediante questionari somministrati prima e dopo gli “incontri” di educazione sanitaria.

Nell’ultimo triennio, in collaborazione con la Direzione Generale Scolastica della Campania hanno partecipato a tali corsi 3.108 ragazzi e da tale indagine conoscitiva sulla metodica dell’autopalpazione è emerso che circa il 50% (42,76%) delle ragazze conosceva la metodica dell’autopalpazione ma non l’attuava perché non conosceva come si facesse. Ma il dato più interessante è stata l’esigenza di una informazione e di un bisogno di maggior conoscenza continuativa nel tempo da parte di circa il 70% dei giovani.

P13**“IL COUNSELLING GENETICO NEL CARCINOMA MAMMARIO. ESPERIENZA DELL’ISTITUTO TUMORI DI NAPOLI”**

I. Capasso¹, A. Casamassimi², G. Chiappetta¹, A. Ciccodicola², A. Crispo¹, M. D’Aiuto¹, M. Montella¹, G. Viglietto¹, G. D’Aiuto¹.

¹Istituto Nazionale Tumori - Fondazione G. Pascale, Napoli; ²Istituto di Genetica e Biofisica-ABT (CNR), Napoli

Le più recenti informazioni di biologia molecolare portano oggi a considerare nuove prospettive di ricerca sul carcinoma mammario. Circa il 30% delle donne con carcinoma mammario ha una storia familiare positiva per patologie neoplastiche; una frazione più limitata (5-12%) ha invece una familiarità specifica per carcinoma mammario.

Presso l’Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli, il gruppo di studio di Patologia Mammaria ha attivato un programma prospettico di “Counselling genetico” denominato Progetto Famiglia.

Lo studio iniziato nel gennaio 1994, ha esaminato 90 famiglie a elevata incidenza di carcinoma mammario con circa 70 donne. Tale popolazione è studiata con un protocollo clinico diagnostico comprendente indagini anamnestiche orientate al rischio familiare, la ricostruzione di un pedigree familiare e controlli clinico stru-

mentali (mammografia, ecografia e FNAB quando necessario). Tale approccio ha consentito di scoprire in fase di arruolamento e/o durante i successivi controlli, nei gruppi familiari in studio, la slatentizzazione di lesioni precliniche nel 9% dei casi.

Da una prima analisi risulta che i casi di tumore mammario con componente ereditaria rappresentano il 13% di tutti i casi studiati e presentano alcune caratteristiche: anticipazione dell'età di insorgenza, frequente bilateralità e associazione con altri tumori nello stesso individuo o nella stessa famiglia. Il follow-up si avvale di un protocollo che prevede come fondamentale l'approccio psicologico del team medico e delle donne in controllo.

P14

IL DAY-SURGERY: MODELLO IMPIEGABILE NEL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA MAMMARIA

M. Roncella, L. Fustaino, M. Ghilli, E. Rossetti

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. UO Chirurgia e Terapie integrate dei tumori Femminili

Il carcinoma della mammella rappresenta una patologia di grande impatto sociale sia in termini epidemiologici sia organizzativi (tabella 1).

Il trattamento richiede infatti la convergenza di professionalità diverse (chirurgo senologo, oncologo, chirurgo plastico, radiologo, patologo) in un modello multidisciplinare integrato nel quale la paziente completa tutto il percorso dalla diagnosi al trattamento al follow-up.

Tra le molteplici novità in campo di terapia del tumore della mammella si deve a nostro avviso annoverare anche la possibilità di impiegare il modello del day-surgery (DS) per l'accesso ospedaliero delle pazienti con patologia mammaria sia benigna sia maligna.

La nostra esperienza nel settore senologico con trattamento in DS e one-DS comprende tutti gli interventi di chirurgia mammaria compresi la mastectomia semplice e radicale, anche associate a tempo ricostruttivo contestuale.

Il criterio fondamentale è una selezione accurata delle pazienti (valutazione di tutti gli elementi che influenzano il rischio anestesilogico) come raccomandato nelle linee guida nazionali.

L'attività ha subito il seguente trend negli anni (fino al 06/05): il consolidamento dell'attività di day-surgery presso la nostra UO ha consentito il raggiungimento di un buon livello quali-quantitativo, con scarsissimo riscontro di complicanze (nuovo ricovero/intervento per ematoma in 3 casi).

Sono stati raggiunti i seguenti risultati; riduzione dei tempi di attesa tra la diagnosi e l'intervento grazie all'elevato turn-over dei pazienti; conseguente beneficio anche per le pazienti che necessitano di ricovero ordinario; migliore impatto psicologico grazie al veloce stazionamento in ospedale e alla presenza di strutture e percorsi dedicati con personale specificamente formato; conseguente soddisfazione delle pazienti come dimostrato anche dalle risposte a specifici questionari anonimi; razionalizzazione della spesa sanitaria.

TAB. 1 - Nuove categorie di rischio

	<i>Tot interventi</i>	<i>Patologia benigna</i>	<i>Patologia maligna</i>	<i>Conservativa/demolitiva</i>	<i>Chirurgia plastica</i>
2002	437	217	220	186/34	23/34
2003	423	174	249	209/40	28/40
2004	602	249	353	306/47	28/47
2005	283	104	179	146/33	24/33
totale	1.745	744	1.001	847/154	103/154

P15**ANALISI DEI CARCINOMI MAMMARI RICONTRATI NELLA NOSTRA UNITÀ OPERATIVA**

GC. Monti*, FM. Loprete*, R. Pruni*, P. Marabini**, L. Andreini***, M. Trerè*, G. Ferrari*.

Unità Operativa di Radiologia Azienda USL Imola (BO); * Unità Operativa Radiologia AUSL Imola; ** Unità Operativa di Chirurgia AUSL Imola; *** Unità Operativa di Anatomia Patologica AUSL Imola

Scopo. Confrontare i principali indicatori prognostici predittivi nei carcinomi di screening rispetto ai carcinomi non di screening.

Materiali e metodi. Nel periodo dal 1/1/1998 al 31/12/2004 sono state eseguite 65.818 mammografie, 26.744 non di screening (41%) e 39.074 di screening (59%). I carcinomi riscontrati sono stati 693, di cui 433 non di screening (62%) e 260 di screening (38%). Gli indicatori prognostici confrontati sono stati: il TNM, l'istotipo, il grading istopatologico, la proliferazione cellulare tumorale (Ki67), l'espressione della proteina di membrana HER2 (C-erb2).

Risultati. I carcinomi di screening sono risultati dei Tis nel 22%, dei T1 nel 61%, dei T2 nel 10%, dei T3 nel 2% e nel 5% delle neoplasie lobulari in situ. I carcinomi non di screening sono risultati dei Tis nel 12%, dei T1 nel 51%, dei T2 nel 30%, dei T3 nel 3%, dei T4 nel 2% e nel 2% delle neoplasie lobulari in situ. Nei carcinomi di screening lo stato linfonodale è risultato N0 nel 66%, N1 nel 20%, N2 nel 1% e NX nel 13% mentre nei carcinomi non di screening è risultato N0 nel 61%, N1 nel 28%, N2 nel 2% e NX nel 9%. Nei carcinomi di screening il grading è risultato G1 nel 20%, G2 nel 39% e G3 nel 41% mentre nei carcinomi non di screening è risultato G1 nel 15%, G2 nel 45% e G3 nel 40%. Percentuali sostanzialmente sovrapponibili nei due gruppi per quanto riguarda istotipo, Ki67 e C-erb2.

Conclusioni. Il confronto tra gli indicatori prognostici predittivi evidenzia percentuali elevate di carcinomi di piccole dimensioni in entrambi i gruppi, prevalenti (risultato atteso) nei carcinomi di screening. In questo gruppo sono risultati significativamente più favorevoli anche il parametro N e il grading, possibile espressione di una minore aggressività che tuttavia non sembra trovare conferma nei restanti indicatori considerati. Le lesioni di grosse dimensioni, seppure in percentuali molto contenute, esprimono una persistente difficoltà nell'assicurare una diagnosi precoce in entrambi i gruppi ma in particolare nei carcinomi non di screening. Sul versante delle piccole lesioni emerge la necessità, in particolare nel gruppo screening, di agire sulle forme in situ, separando ulteriormente in fase diagnostica le forme duttali dalle forme lobulari escludendo queste ultime dal trattamento.

P16**IL CANCRO DELLA MAMMELLA NELLE DONNE ANZIANE UMBRE**

T. Casseti², F. Stracci², E. Falsetti², D. D'Alò², C. Romagnoli², F. La Rosa^{1,2}

¹ Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Università di Perugia, ² Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP)

Introduzione. Il cancro della mammella nella donna anziana assume sempre più rilevanza come problema di sanità pubblica. L'Umbria, con un indice di vecchiaia pari a 186,3% nel 2001, rappresenta una delle Regioni italiane con una quota di anziani tra le più elevate. Obiettivo: fornire un quadro epidemiologico di incidenza, mortalità e sopravvivenza regionale, analizzando i fattori prognostici e il trattamento per il triennio 1994-96.

Casi e metodi. Sono stati analizzati i dati di incidenza e sopravvivenza del RTUP relativi al periodo 1994-2002. I dati di mortalità relativi allo stesso periodo provengono dal Registro di Mortalità Regionale. Per il periodo 1994-96 sono inoltre disponibili dati ad alta risoluzione (1.452 casi, 654 >65 anni).

Risultati. L'incidenza del cancro della mammella in Umbria è in aumento nella classe d'età 65-74 anni (EAPC 7,2) come effetto dell'introduzione dello screening di popolazione. Nelle donne > 75 anni l'aumento dell'incidenza non è significativo (EAPC 0,6). La mortalità è in riduzione per la classe 65-74 (EAPC -1,9) e in crescita nella classe > 75 anni (EAPC 2,4). La sopravvivenza a 5 anni per i casi del 1994-98 è prossima al valore complessivo regionale (85%) fino agli 80 anni, nelle ultraottantenni invece il valore risulta < 75%. Tra i casi rilevati nel periodo 1994-96, nelle donne anziane si è osservata una maggior frequenza di tumori di diame-

tro elevato e una valutazione prognostica incompleta, infatti nelle donne > 80 anni la dissezione ascellare non è stata eseguita nel 55% dei casi e il diametro è ignoto nel 17% dei casi non operati. Nell'anziana è più frequente la mastectomia e meno frequente la radio e chemioterapia, mentre il trattamento ormonale è indipendente dall'età. Nelle ultraottantenni si osserva una riduzione della sopravvivenza causa specifica.

Discussione. I dati relativi al 1994-96 confermano che l'atteggiamento terapeutico per il cancro della mammella differisce in rapporto all'età soprattutto nelle donne > 80 anni con una peggiore prognosi dovuta a un approccio diagnostico-terapeutico migliorabile. In particolare utilizzare uno strumento di controllo più efficace come lo screening mammografico oltre i 70 anni significherebbe probabilmente una riduzione di mortalità, come già osservato negli Stati Uniti dove si identificano neoplasie maligne a minore estensione al momento della diagnosi. Tutto ciò potrebbe ridurre la prevalenza e la severità delle patologie concomitanti legate all'età.

P17

EFFETTO CATALIZZATORE DELLO SCREENING DELLA MAMMELLA SULL'ATTIVITÀ SENOLOGICA DELL'AZIENDA SANITARIA: L'ESPERIENZA DELL'ASL 12 VERSILIA

AG. Valchera, F. Erra, R. Giuliani, C. Gentili,
A. Scarfanti, J. Bruno, F. De Luca, L. Martini, D. Francesconi
ASL 12 Versilia

Lo screening mammografico nell'azienda ASL 12 Versilia ha preso avvio nel giugno del 2000. Scopo di questo intervento è dimostrare come in 5 anni di attività sia stato possibile aumentare sia il volume sia qualità del lavoro diagnostico e di conseguenza, con un meccanismo a cascata, quello delle branche chirurgica e oncologica. Oltre all'innegabile positiva ricaduta sul territorio in termini sociosanitari, si punterà l'attenzione sulla valutazione del rapporto costo-beneficio apportato dallo screening nell'economia aziendale.

P18

ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DI UN SISTEMA COMPUTERIZZATO (CADX) IN AUSILIO ALLA REFERTAZIONE DELLA MAMMOGRAFIA

S. Menna, MR. Di Virgilio, L. Garretti
Radiodiagnostica 7, presidio ospedaliero San Giovanni antica sede ASO San Giovanni Battista di Torino

La sensibilità diagnostica del sistema Second Look (CADx) è stata valutata con uno studio retrospettivo su 98 casi consecutivi di carcinoma identificati allo screening con doppia lettura indipendente. La sensibilità complessiva è risultata 81,6%, in particolare è stata 89,3% per le calcificazioni, 83,9% per gli addensamenti e solo 37,5% per le distorsioni. La specificità e il valore predittivo positivo (VPP) per carcinoma sono stati valutati con uno studio prospettico su un secondo gruppo di 560 mammografie consecutive, su donne asintomatiche. La specificità è risultata 13,7% e il VPP per carcinoma della segnalazione CADx dello 0,55% contro il 13,7% del richiamo della lettura convenzionale. Le segnalazioni CADx hanno indotto un incremento dell'1,96% dei richiami.

P19

IL LEMBO TORACO-DORSALE LATERALE SECONDO HOLMSTROM NELLA CHIRURGIA DEL CA MAMMARIO

F. Caruso, E. Petrolito, M. Ferrara, G. Castiglione, A. Tudisco, R. Giuliano
Unità Funzionale di Chirurgia Oncologica; Centro Catanese di Oncologia - Catania

Nel corso degli ultimi 25 anni si è assistito a un progressivo incremento nell'utilizzo dei lembi miocutanei peduncolati e liberi nella chirurgia ricostruttiva e oncologica della mammella. Nel 1982 Holmstrom descriveva

per la prima volta l'impiego del lembo fascio-cutaneo toraco-dorsale laterale, oggetto del presente contributo scientifico.

Dal 01/07/94 al 30/06/05, 27 pazienti affette da carcinoma della mammella sono state sottoposte a trattamenti chirurgici comunque includenti la realizzazione di un lembo toracodorsale secondo Holmstrom. Più in dettaglio, in 15 pazienti (55,5%) il lembo è stato impiegato in corso di ricostruzione della mammella, immediata in 4 casi (14,8%), differita nei rimanenti 11 casi (40,7%); in 5 pazienti (18,5%) è stato utilizzato in corso di mastectomia "di salvataggio"; in ulteriori 5 pazienti l'impiego del lembo è avvenuto in corso di trattamento chirurgico conservativo effettuato per neoplasie localizzate ai quadranti esterni; in 1 paziente (3,7%) il lembo è stato realizzato per colmare l'ampia perdita di sostanza determinatasi in seguito all'exeresi di una recidiva cutanea post-mastectomia; in un caso, infine, il lembo è stato confezionato in corso di mastectomia sottocutanea, effettuata per il trattamento di un secondo tumore primitivo.

Gli autori sottolineano i vantaggi dell'impiego del lembo di Holmstrom nei confronti dei lembi miocutanei, costituiti, essenzialmente, dalla rapidità e dalla relativa semplicità di confezionamento, dal bassissimo tasso di complicanze e dal ridotto impatto estetico.

Il lembo toracodorsale rappresenta pertanto, secondo l'opinione degli autori, una soluzione tecnica estremamente duttile ed efficace in grado di risolvere alcuni problemi, talora complessi, che si manifestano nella chirurgia del cancro della mammella.

P20

CARCINOMA INFIAMMATORIO OCCULTO DELLA MAMMELLA: REVISIONE DEI REPERTI MAMMOGRAFICI, ECOGRAFICI, CLINICI E ANATOMO-PATOLOGICI

F. Caumo, MB. Gaioni, F. Sonetti, E. Manfrin, A. Remo, C. Pattaro

Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche. Istituto di Radiologia. Azienda Ospedaliera Policlinico G. B. Rossi

Scopo. Esaminare i reperti clinici, radiologici e anatomopatologici del carcinoma infiammatorio occulto della mammella (IBCO) al fine di identificare alcune caratteristiche utili alla diagnosi.

Materiali e metodi. È stato effettuato uno studio retrospettivo di 19 donne affette da IBCO giunte all'osservazione del nostro Istituto dal 1993 al 2002. Sono stati analizzati i dati clinico anamnestici, mammografici, ecografici e anatomopatologici e, successivamente, sono stati valutati i fattori prognostici, la sopravvivenza totale (OS) e le associazioni radiopatologiche.

Risultati. I reperti mammografici più comuni sono stati: aumento diffuso di densità (52,63%), ispessimento trabecolare (42,1%), massa (36,84%).

I reperti ecografici più frequenti sono stati: linfadenopatia ascellare (68,75%), ispessimento cutaneo (43,75%) e massa (56,25%).

Almeno uno dei reperti riscontrati nelle forme più comuni di carcinoma infiammatorio primitivo (IBC comune e clinico), in corso di mammografia (ispessimento del sottocute, ispessimento trabecolare, diffuso aumento della densità) o ecografia (ispessimento del sottocute, aumento diffuso dell'ecogenicità parenchimale da edema, dilatazione dei canali linfatici) è stato riscontrato in 14 donne (74%). Nel 63,2% era presente positività recettoriale per gli estrogeni (ER), nel 36,8% per il progesterone. Fattori prognostici significativi sono risultati ER e Ki67.

Conclusioni. Nell'IBCO il pattern radiologico dell'IBC comune e clinico viene ritrovato con frequenza inferiore; tuttavia il radiologo deve prestare attenzione a questi segni perché spesso solo uno di essi è presente in caso di IBCO e ciò rende possibile l'orientamento verso la diagnosi corretta. Inoltre, l'assenza di segni clinici e radiologici di infiammazione non esclude la possibilità di IBC poiché l'IBCO può anche manifestarsi all'imaging come massa o calcificazioni isolate.

La positività recettoriale per estrogeni e progesterone, risultando abbastanza elevata, conferma la prognosi migliore delle forme occulte rispetto a quelle clinicamente manifeste e rende opportuno un approfondimento conoscitivo delle sue caratteristiche cliniche, anatomopatologiche e radiologiche al fine di agevolare la diagnosi precoce e ottimizzare l'approccio terapeutico.

P21

LA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA DI UN SERVIZIO DI ONCOLOGIA TERRITORIALE

F. Mastrogiacomo¹, A. Mengano², MA. Di Palma³, E. Agozzino³

¹Servizio di Oncologia e ²Direzione Sanitaria DS46 ASL NA1; ³Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, II Università di Napoli

Già dal 1999, presso il Servizio di Oncologia del DS 46 ASL NA1, è attivo il "Progetto di approccio globale alle neoplasie mammarie" a opera di una équipe di sanitari che ha messo a disposizione delle donne affette da carcinoma mammario un percorso integrato che consente di effettuare visite specialistiche, indagini diagnostiche, trattamenti riabilitativi e fornisce un costante supporto psicoterapeutico. Con la presente indagine si è valutato il gradimento delle donne afferenti al servizio di oncologia in relazione alla qualità dei servizi e dell'informazione/comunicazione. Dal giugno 2004 all'aprile 2005, a 151 donne delle 451 che hanno usufruito delle prestazioni sanitarie, è stato somministrato un questionario di soddisfazione, anonimo, strutturato in: informazioni generali, modalità di ingresso al servizio, aspetti relativi all'accoglienza e all'informazione, valutazione complessiva dell'esperienza di visita e cura. Il 100% valuta soddisfacente l'accoglienza nell'insieme. Per quanto attiene gli ambienti, l'accessibilità e il comfort personale, rispettivamente l'86,8%, l'81,6% e il 94,7% ha ritenuto di attribuire un giudizio soddisfacente. Rispetto all'accessibilità il 15% dichiara tempi di attesa superiori a un mese. L'86,8% ritiene esaurienti le informazioni fornite dai medici sugli accertamenti necessari a diagnosticare e a controllare la malattia, sulle condizioni di salute, su eventuali rischi legati agli interventi chirurgici e/o alle cure e alle eventuali alternative terapeutiche, anche se il 13,2% delle utenti ritiene solo sufficiente la frequenza delle visite mediche. L'89,5% ritiene soddisfacenti le indicazioni fornite dagli operatori sanitari sul come comportarsi dopo la dimissione. I dati sulla valutazione del personale inerenti la competenza professionale e la disponibilità all'ascolto indicano un soddisfacente gradimento, migliore per i fisioterapisti (97,4%) rispetto ai medici e infermieri. Il 78,9% ritiene soddisfacente l'organizzazione del Centro e il 100% vi ritornerebbe. Gli aspetti del Servizio giudicati migliori sono stati nell'ordine, attenzione al paziente, professionalità e qualità delle cure. Lo studio ha dimostrato gradimento dei servizi offerti e buon livello di risposta alle utenti in termini anche di qualità dell'informazione e di comunicazione. Un aspetto migliorabile è la riduzione dei tempi di attesa per le visite. La richiesta della presenza più assidua del medico non sembra dovuta tanto a un reale bisogno clinico quanto al riconoscimento dello stesso come principale figura rassicurante di riferimento.

P22

DOPPIA LOCALIZZAZIONE (C-ROLL) DELLE LESIONI NON PALPABILI DELLA MAMMELLA (NPBL)

C. Mariotti, G. Bianchelli, E. Lenti, F. Braccioni, M. Nonni, G. Biscontini, G. Ascoli, A. Santinelli, E. Pisa

Unità Chirurgia Senologica. Responsabile: Carlo Mariotti, Ospedali Riuniti, Ancona

Premessa. In questi ultimi anni il progressivo incremento del numero delle lesioni non palpabili della mammella (NPBL) meritevoli di trattamento chirurgico (micro o macrobiopsia non conclusiva, lesioni atipiche o maligne) ha portato a incrementare il settore della chirurgia radioguidata. Lo scopo di questo studio è valutare sia l'efficacia di localizzazione preoperatoria percutanea doppia (isotopi radioattivi e carbone) nelle NPBL e sia il numero di reinterventi per margini di resezione non liberi.

Metodi. Abbiamo usato una doppia localizzazione delle NPBL (C-ROLL): isotopi radioattivi e colorante (carbone vegetale) iniettati usando un supporto per il driver del tavolo stereotassico di nostra realizzazione. Tale supporto con un rubinetto a 3 vie, due siringhe da 1 ml e un ago da 22G viene connesso al driver del tavolo stereotassico (FISHER, LORAD).

Risultati. Dal febbraio 2004 abbiamo eseguito 149 C-ROLL: 83 procedure diagnostiche, 66 resezioni radioguidate. La corretta localizzazione è stata confermata in 147 su 149 casi. La concentricità della lesione prin-

ATTI DEL CONGRESSO

POSTER

cipale è stata 3,3 mm (range 1-11 mm), il margine minore nelle resezioni radioguidate: 25 carcinomi infiltranti < 1mm; 1/25 (4,0%); 1-10 mm 8/25 (32,0%); e > 10 mm 16/25 (64,0%); 32 DCIS: < 1 mm 5/32 (15,6%), 1-10 mm 15/32 (46,9%), > 10 mm 12/32 (37,5%).

Conclusioni. L'uso della ROLL nelle NPBL è standardizzato e diffuso. La combinazione del colorante (4% carbone vegetale in soluzione salina) e del radioisotopo (C-ROLL) offre dei vantaggi aggiuntivi rispetto alla sola ROLL: per il radiologo l'uso del colorante riduce il dosaggio del radioisotopo e della radiocontaminazione della pelle; per il chirurgo, il controllo visivo intraoperatorio della lesione e infine per il patologo una campionatura del pezzo più accurata.

La C-ROLL nelle NPBL è indicata in: biopsia chirurgica dopo non conclusiva micro o macro biopsia; resezione radioguidata in caso di lesioni atipiche o maligne accertate.

P23

ANALISI DEI CARCINOMI DI INTERVALLO DEL 1° PASSAGGIO DI SCREENING MAMMOGRAFICO, BIENNIO 1999-2001, ASL RM/H

A. Chichiarelli, LM. Fabi, F. Svegliati, MH. Colavito, R. Sacco, A. Vella

Centro Screening Mammografico ASL Roma H (Albano Laziale)

Obiettivi. Si revisionano criticamente i cancri comparsi nell'intervallo (CI) tra 1° e 2° passaggio di screening (2001-2003) in rapporto al numero delle donne sottoposte all'esame mammografico al numero dei cancri attesi nel biennio in esame, procedendo, inoltre, alla classificazione intralaboratorio degli stessi.

Materiali e metodi. Nell'intervallo tra il controllo negativo e quello successivamente programmato sono stati rilevati 28 cancri in parte con presentazione clinica spontanea presso il nostro centro, alcuni sulla base di indagine mammografica intermedia eseguita spontaneamente, altri trattati altrove e rintracciati sulla base delle schede di dimissione ospedaliera dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP). L'analisi dei mammogrammi, ove possibile, è stata effettuata in cieco, senza conoscenza della sede e delle caratteristiche della lesione poi comparsa, da radiologi interni e ha portato alla classificazione in "vero negativo", "segni minimi", "falso negativo".

Risultati. Il 1° passaggio si è concluso con l'esecuzione di 32.329 mammografie e l'identificazione di 227 cancri (tasso diagnostico 7,02‰). Il tasso di CI è stato dello 0,86‰ e aggirandosi il numero dei cancri attesi nella nostra ASL, nel biennio in esame, intorno ai 70-80 casi il tasso proporzionale di CI osservati/attesi è stato del 35-40%. La revisione radiologica dei casi disponibili (18) ha portato alla classificazione di 6 come veri, 9 come segni minimi e 3 come falsi negativi, con un tasso di falsi negativi rispetto ai CI revisionati del 16%. La percentuale d'errore tra i lettori, peraltro di pari esperienza, è uniformemente distribuita.

Conclusioni. Pur con le note difficoltà di raccolta delle lesioni tumorali comparse nell'intervallo di screening, in parte rintracciate tardivamente sulla base delle schede di dimissione ospedaliera, il nostro tasso proporzionale di carcinomi intervallo osservati/attesi risulta accettabile e all'interno del valore raccomandato nelle linee guida della Comunità Europea (< 40%). In particolare rientra nei limiti delle raccomandazioni il tasso relativo di falsi negativi, cioè dei casi imputabili a errore diagnostico (< 20%).

P24

EVOLUZIONE DEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO IN SUD ITALIA: ESPERIENZA DELLA BREAST UNIT A CATANZARO

F. Leone *, M. Facchini**, AM. Lavecchia***

* UO di Chirurgia; ** UO di Radiologia; *** UO di Anatomia Patologica Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro.

I progressi nella diagnosi e nel trattamento del carcinoma mammario devono essere estesi anche ai centri periferici, se si vuole dare alle donne pari opportunità di cure adeguate, a prescindere dalla loro ubicazione geografica.

Questo è un obiettivo prioritario perseguito da organizzazioni come la F.O.N.Ca.M. e la Scuola Italiana di Senologia.

L'esperienza dalla Breast Unit di Catanzaro è emblematica di come attraverso l'adesione alle linee guida di tali organizzazioni scientifiche e il lavoro interdisciplinare si siano raggiunti in pochi anni risultati significativi. Nel presente lavoro descriviamo l'evoluzione nella diagnosi (con tassi crescenti di forme precliniche, pari al 15% nell'ultimo anno) e nel trattamento chirurgico (con percentuali di chirurgia conservativa pari al 60% circa dei casi operati) osservata negli ultimi anni presso l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro. I risultati ottenuti sembrano ancora più significativi se si tiene conto del fatto che nel nostro ambito territoriale il primo mammografo è diventato operativo nell'ottobre del 1991 e la radioterapia è disponibile solo dal febbraio 1999.

P25

CARCINOMA INFIAMMATORIO DELLA MAMMELLA: ESPERIENZA DELLA BREAST UNIT A CATANZARO

F. Leone*, M. Facchini**, AM. Lavecchia***

* UO di Chirurgia; ** UO di Radiologia; *** UO di Anatomia Patologica Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro

Il carcinoma infiammatorio della mammella è un'entità clinicopatologica distinta e peculiare di carcinoma mammario invasivo a prognosi severa che si manifesta con i segni clinici della flogosi.

La frequenza riportata in letteratura varia dall'1 al 10% nelle diverse casistiche, in relazione ai diversi criteri di diagnosi utilizzati.

Negli ultimi due anni abbiamo diagnosticato e trattato 4 donne affette da carcinoma infiammatorio su 260 (1,7%) carcinomi mammari operati.

La diagnosi è stata clinica e istologica su biopsia chirurgica incisionale in sede paraareolare. In tutti i casi si è trattato di carcinomi scarsamente differenziati con alto grado istologico di malignità e con fattori prognostico predittivi sfavorevoli (RE negativi, elevato fattore di proliferazione e overespressione di ErbB2).

In tre casi la terapia medica primaria ha consentito un recupero chirurgico con mastectomia e dissezione ascellare, seguito da ulteriori fasi di cura sistemica e radioterapia.

Una donna è deceduta dopo 2 mesi dalla diagnosi per metastasi multiorgano rapidamente evolutesi.

Nello stesso arco di tempo abbiamo registrato un solo caso di carcinoma infiammatorio ricorrente dopo QUART, manifestatosi 18 mesi dopo il trattamento chirurgico primario.

P26

RUOLO DELLA RM NELLA MAMMELLA SECERNENTE: STUDIO PRELIMINARE

A. Cilotti, D. Mazzotta, C. Marini, M. Moretti,

C. Iacconi, C. Giaconi, C. Bartolozzi

Istituto di Radiologia Diagnostica e Interventistica, Università di Pisa

Scopo. Valutare il ruolo della RM nella mammella secernente.

Materiali e metodi. Studio prospettico su 50 pazienti (30-70 anni) con mammella secernente aventi citologia del secreto dubbia/sospetta.

Esami eseguiti: mammografia, ecografia ed esame RM con tecnica standard in 50 pazienti; galattografia in 47 pazienti. La RM e la galattografia sono state classificate in 5 classi BIRADS. Il gold standard è stato l'istologia in tutti i casi.

Risultati. L'istologia ha rivelato 22 lesioni maligne (15 carcinomi in situ e 7 carcinomi infiltranti) e 28 lesioni benigne (6 papillomi solitari, 7 papillomi multipli, 14 displasie, 1 galattoforite). L'incidenza di cancro è in progressiva crescita con l'età: 18% tra 30 e 40 anni, 23% tra 40 e 50 anni, 27% tra 50 e 60 anni, 32% tra 60 e 70 anni. La sensibilità delle metodiche nella diagnosi di cancro è stata la seguente: galattografia 52%, RM

70%. I falsi positivi della RM erano rappresentati da papillomi multipli e galattoforite. I falsi negativi della RM erano rappresentati da cancri in situ. Relativamente al grading la RM ha identificato tutti i G3, il 75% dei G2 e il 66% dei G1. Per quanto riguarda la diagnosi di patologia (benigno/maligno) la sensibilità è risultata 92% per la RM, 86% per la galattografia. Esisteva corrispondenza tra dimensioni RM e istologia in tutti i pazienti in cui era stata eseguita (36). Invece era presente una sottostima della galattografia nel 27% del totale dei casi e in 18 su 22 cancri.

Discussione. La galattografia, l'ecografia e la citologia del secreto sono utili quando positive e comunque sono scarsamente indicative della diagnosi di natura.

Ancora oggi le pazienti con mammella secernente vengono sottoposte a intervento chirurgico a scopo diagnostico. La sensibilità della RM è maggiore rispetto a quella della galattografia nella diagnosi di natura (100% nei G3) e soprattutto di estensione.

Conclusioni. La RM può avere le seguenti indicazioni: pazienti anziane soprattutto con imaging tradizionale negativo; pazienti in cui la galattografia dimostri un arresto di progressione retroareolare del m.d.c. per la valutazione dell'albero distale; guida al second-look ecografico, guida alla biopsia ecoguidata quando l'ecografia riveli reperti multipli; planning preoperatorio delle pazienti con galattografia sospetta (G4-G5); valutazione delle pazienti a rischio genetico/familiare.

P27

PUÒ LA RM AIUTARE NELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLE MICROCALCIFICAZIONI MAMMARIE?

A. Cilotti, C. Marini, D. Mazzotta, M. Moretti, C. Iacconi, C. Giaconi, A. Vaccaro, C. Bartolozzi.

Istituto di Radiologia Diagnostica e Interventistica, Università di Pisa

Scopo. Valutare il ruolo della RM nell'inquadramento diagnostico delle microcalcificazioni.

Materiale e metodi. 55 pazienti con microcalcificazioni BIRADS 3,4,5 sono state sottoposte a esame RM e a biopsia stereotassica mediante vacuum-assisted technique. Gold standard è stata la microistologia in tutti i casi e l'istologia in 26 casi.

Il grading dei carcinomi duttali in situ (CDIS) è stato: 4 G1, 11 G2 e 11 G3. La RM è stata eseguita utilizzando un magnete da 1,5 T con la tecnica standard per lo studio della mammella. La RM è stata classificata in accordo allo Score di Fisher in 5 classi BIRADS.

Risultati. Le curve intensità/tempo sono risultate tipo I in 10 lesioni benigne (B) e una maligna (M), tipo II in 9 B e 9 M, tipo III in 4 B e 15 M. In 7 pazienti (6 B e 1 M) non si è avuto enhancement. Nell'ambito dei CDIS la morfologia dell'enhancement è stata nodulare in 8 pazienti, dendritica in 3 e mista nodulare e dendritica in 14; in 25 si è osservata asimmetria per maggior rappresentazione vascolare dal lato affetto. Relativamente al grading la RM ha identificato tutti i G3, il 70% dei G2 e il 50% dei G1. La RM è stata classificata RM1-2 in 18 casi, RM 3 in 10 casi, RM 4 in 12 casi, RM 5 in 13 casi. La sensibilità è risultata 73%, la specificità 76%, valore predittivo positivo 73%, valore predittivo negativo 76%, accuratezza diagnostica 74,5%.

Discussione. I dati salienti di questo studio sono stati:

- 1) la classe RM 1 è altamente suggestiva di benignità: il solo CDIS osservato era peraltro ben differenziato (G1);
- 2) l'asimmetria vascolare deve essere considerata come sospetta di malignità e necessita di ulteriori studi ai fini di una standardizzazione dei parametri di valutazione;
- 3) l'enhancement misto nodulare e dendritico è il più frequentemente osservato nel CDIS;
- 4) le possibilità RM di rilevare le forme di DCIS più indifferenziate è elevata (100% dei G3).

Conclusioni. Nonostante il basso numero di pazienti studiati, possiamo concludere che: la RM può essere proposta quando esistono più clusters di microcalcificazioni o quando l'estensione è maggiore di 3 cm sia quando la microistologia è indicativa di malignità, sia quando al contrario è indicativa di benignità. Nel primo caso per il planning preoperatorio, nel secondo per una valutazione RM delle zone limitrofe o relativamente distanti dal punto di biopsia.

P28

CORRELAZIONE TRA RM E GRADING ISTOLOGICO DELLE NEOPLASIE IN SITU DELLA MAMMELLA

A. Cilotti, C. Marini, M. Moretti, D. Mazzotta, C. Iacconi, C. Giaconi, A. Vaccaro, C. Bartolozzi

Istituto di Radiologia Diagnostica e Interventistica, Università di Pisa

Scopo. Valutare l'accuratezza diagnostica della RM nella diagnosi del carcinoma duttale in situ (CDIS) della mammella.

Materiali e metodi. 37 pazienti con diagnosi istologica di CDIS erano state sottoposte a esame RM per secrezione mammaria o per microcalcificazioni. L'esame RM, eseguito con tecnica standard, è stato successivamente correlato con il grading istologico.

Risultati. Il grading era G1 in 7 casi, G2 in 19 e G3 in 11. Nei G1 il BIRADS RM era 1-2 in 3 pazienti, 3 in 1, e 4-5 in 3. Nei G2 il BIRADS RM era 2 in un caso, 3 in 3 casi e 4-5 in 15 casi.

Nei G3 il BIRADS RM era 3 in 2, 4-5 in 9 pazienti. La sensibilità della RM è stata del 73% se la classe BIRADS RM 3 è considerata benigna e dell'89% se la classe BIRADS RM 3 è considerata maligna. Analizzando separatamente le 3 categorie di grading, considerando la classe BIRADS RM 3 come benigna la RM permette una corretta diagnosi nell'81% dei G3, nel 79% dei G2 e nel 43% dei G1. Al contrario se consideriamo la classe BIRADS RM 3 come maligna la RM permette la diagnosi nel 100% dei G3, nel 94,7% dei G2 e nel 57,1% dei G1.

Conclusioni. Nelsospetto di forma in situ il reperto BIRADSRM3 merita una più attenta valutazione. L'evidente correlazione con il grading istologico ci consente di prevedere un futuro indispensabile ruolo della RM nella diagnostica senologica delle forme in situ per il planning pre chirurgico o per la valutazione di eventuale malattia residua dopo chirurgia. A tal fine risulta fondamentale una riclassificazione dei criteri RM da considerare e quindi dei criteri di Fisher finora applicati: quindi le classi RM BIRADS 2 e 3 devono essere attentamente valutate per quanto riguarda la percentuale di incremento del segnale RM e il comportamento nel tempo. Merita inoltre ricordare che i falsi negativi della RM sono essenzialmente rappresentati da forme meno aggressive di CDIS che in accordo ai dati della letteratura anche più recente presentano un minore-nullo rischio di evolvere in forme infiltranti ad alto grado di differenziazione.

P29

CARCINOMA DELLA MAMMELLA E GRAVIDANZA: A COLLOQUIO CON LA PAZIENTE DOPO DIAGNOSI DI CA MAMMARIO

*M. Di Millo, *L. Cinqesanti, *MG. Di Corcia, *G. Di Gioia,***G. Lo Storto,*R. Melino, *F. Montini, **M. Salsapariglia, *M. Olivieri,*F. Tricarico

* Chirurgia Generale II Ospedaliera. Azienda mista Ospedaliero-Universitaria. Ospedali Riuniti Foggia; ** Medico di Medicina Generale Palliativista; *** Specializzando in Chirurgia Generale Università La Sapienza di Roma

Il cancro mammario in gravidanza è molto raro; l'incidenza varia dallo 0,07% allo 0,1%. Le modificazioni del seno durante la gravidanza che rendono più difficile l'esame clinico, e la sospensione o il rinvio della mammografia per evitare irradiazioni del feto, fanno sì che la diagnosi di ca mammario purtroppo è più tardiva e quindi spesso si osservano lesioni in stadi più avanzati. Pertanto il riconoscimento di lesioni clinicamente-ecograficamente sospette deve essere aggressivo, non fermarsi cioè a un FNA negativo, ma far seguire una eventuale biopsia sino alla nodulectomia o biopsia escissionale. Fatta diagnosi di ca mammario il colloquio informativo con la paziente risulta essere cosa difficile e dolorosa. Difficile perché diventa il momento cardine dove si decide tutta la strategia terapeutica in relazione alla paziente-mamma e al feto, pertanto è necessario che il bagaglio culturale del curante e le sue possibilità di interazione con i colleghi coinvolti nel trattamento multidisciplinare del carcinoma della mammella sia davvero notevole. Dolorosa per il coinvolgimento psicologico-morale della paziente, della famiglia e del curante in considerazione proprio dello stato di gravidanza.

P30**EARLY RECALL E CARCINOMI: VALUTAZIONE CRITICA DELLA CASISTICA PERSONALE 2000-2004**

G. Marinoni¹, A. Marinoni¹, L. Lazzati¹, E. Cossa¹, R. Burani², E. Pirola²

¹ UO Radiologia AO Civile Legnano; ² ASL 1, Milano Provincia

Obiettivi. Valutare i cancri, i cancri intervallo e i carcinomi emersi nel successivo round di screening nell'ambito degli early recall per ottenere un miglioramento complessivo della performance dell'intero programma di screening.

Materiale e metodi. Nel gruppo degli early recall (477/31.440 = 1,5%) si sono manifestati complessivamente 18 carcinomi. L'intera documentazione è stata valutata separatamente da tre radiologi, considerando pattern mammografico, BIRADS, sede della lesione, sia della prima mammografia sia delle successive, approfondimenti effettuati, intervallo di tempo intercorso.

Risultati. La rivalutazione dell'iconografia dei carcinomi emersi ha documentato: diagnosi di tumore al richiamo anticipato in 4 casi; presenza di tumore in sede differente da quella sottoposta ad approfondimenti in 5 casi (1 nell'early recall e 4 al round successivo); in 9 casi c'è stato un ritardo diagnostico per errore, con conseguenti 6 carcinomi intervallo e 3 diagnosi di carcinoma al round successivo. I 9 errori diagnostici possono essere, così, suddivisi: in 2 casi, correttamente indicati come sospette alla mammografia, il reperto citologico è stato negativo con rinvio al controllo a un anno. Alla biopsia è stata posta diagnosi di carcinoma lobulare infiltrante in un caso e di carcinoma duttale in situ nell'altro. L'analisi del pezzo ha documentato presenza di marker di carbone, in sede. In un caso la sede delle microcalcificazioni, correttamente interpretate come sospette, era tale da non permettere l'approccio in stereotassi, con conseguente rinvio al controllo a un anno. Alla biopsia a cielo aperto fu posta diagnosi di carcinoma duttale in situ. Nei rimanenti 6 casi c'è stata un'errata valutazione del reperto mammografico. 12 dei 18 casi valutati si riferiscono al primo round di screening (2000-2001).

Conclusioni. I dati emersi impongono una differente gestione degli approfondimenti con: maggiore impiego dell'ecografia; ricorso all'esame istologico tutte le volte che c'è un sospetto radiologico; esecuzione di esame microistologico su tutte le microcalcificazioni. Il miglioramento emerso nel periodo 2002-2004 sottolinea l'importanza della formazione dei radiologi, sia attraverso corsi sia attraverso rivalutazione periodica collegiale della casistica.

P31**CARCINOMA DUTTALE CISTICO IPERSECRETORIO DELLA MAMMELLA, PRESENTAZIONE DI UN CASO**

C. D'aloia, A. Frattaruolo, P. Mastellari, A. Ingegnoli, V. Tallarigo, C. Branchi, P. Bresciani, E. Martella

Centro Senologico Azienda Ospedaliera di Parma UO Mammografia

Una signora di 78 anni, è giunta alla nostra osservazione per comparsa di formazione al quadrante supero-esterno di sinistra, già indagata tramite FNAC presso altra sede e interpretata come ematoma correlato a precedente trauma. All'esame clinico, si apprezza formazione nodulare, duro-elastica, senza alterazioni cutanee. L'esame mammografico, evidenzia la presenza di formazione nodulare di elevata densità, polilobata a limiti sfumati, in assenza di microcalcificazioni. Il completamento ecografico presenta formazione pluriconcamerata, anecogena a limiti ben definiti, senza attenuazione posteriore, del diametro di circa 4,8 cm, con vascolarizzazione periferica e setti scarsamente vascolarizzati al color-doppler. Nel cavo ascellare omolaterale, si rileva la presenza di una formazione linfonodale a ecostruttura conservata. In relazione a questi dati ripetiamo FNAC sottoguida ecografica, da noi preferito alla core biopsy per la natura prevalentemente liquida della lesione. La citologia risulta positiva per lesione maligna; la diagnosi istologica sul pezzo operatorio (quadrantectomia) pone diagnosi di carcinoma cistico ipersecretorio in situ. Il carcinoma cistico ipersecretorio della mammella, descritto per la prima volta nel 1984 da Rosen e Scott, è una rara variante di carcinoma intraduttale, caratteriz-

zato da dilatazione dei dotti, cisti di varie dimensioni a contenuto gelatinoso e aree focali di carcinoma micro-papillare. Fino a ora in letteratura sono stati riportati circa 40 casi, con età compresa tra 34-79 anni. Il decorso clinico è frequentemente indolente con basso grado di attività e aggressività che si manifesta come massa palpabile; solo raramente si associa sanguinamento del capezzolo. Mammograficamente appare come una lesione singola, asimmetrica di elevata densità a contorni finemente irregolari, occasionalmente si associano microcalcificazioni. L'ecografia presenta multipli aggregati di cisti anecogene. Istologicamente è caratterizzato dalla presenza di multiple cisti contenenti materiale eosinofilo simile alla colloide. La diagnosi differenziale include: lesioni benigne proliferative intraduttali, papillomatosi giovanile, cistoadenocarcinoma mucinoso, lesioni simili al mucocele e al carcinoma a cellule colonnari, simile al papillare tiroideo.

P32

CARCINOMA MIDOLLARE INFILTRANTE DELLA MAMMELLA: CASO CLINICO E DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICA

F. Magnoni*, A. Sgarella*, E. Zitelli*, M. Podetta*, P. Dionigi*

*Istituto di Chirurgia Epato-Pancreatica – Servizio di Senologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli Studi Pavia

Il carcinoma midollare della mammella costituisce una varietà rara di carcinoma mammario infiltrante, definito da Moore e Foote nel 1949 e quindi classificato da Ridolfi nel 1977. Rispetto al carcinoma mammario tradizionale compare generalmente in età più precoce, è associato a un maggiore tasso di mutazione dei geni BRCA1/2 e presenta una percentuale di accumulo del tumor suppressor gene p53 più elevata. La sopravvivenza libera da malattia a lungo termine è significativamente migliore rispetto al carcinoma duttale infiltrante. Una percentuale di metastasi linfonodali sincrone minore (circa il 20%) e di recidiva locale paragonabile al carcinoma duttale infiltrante rendono la chirurgia mammaria conservativa, in associazione alla biopsia del linfonodo sentinella – quando indicata – la migliore opzione terapeutica e stadiante per questa forma di tumore mammario. Se da una parte il carcinoma midollare presenta caratteristiche morfologiche e biologiche ben distinte dal comune carcinoma mammario duttale (infiltrazione stromale linfoide, cellularità anaplastica, prognosi più favorevole e minore tasso di metastatizzazione), d'altra parte non esistono caratteri di imaging specifici o probanti per tale neoplasia. Riferiamo il caso di una paziente di 54 anni portatrice di un nodulo al QSE della mammella destra con caratteri ecografici di benignità (fibroadenoma addossato a cisti semplice) e mammografici negativi per neoplasia. In considerazione dell'età della paziente e del quadro clinico viene effettuato agoaspirato il cui esito citologico risulta non diagnostico. Si procede quindi a escissione chirurgica del nodulo che pone diagnosi istologica di carcinoma midollare infiltrante pT1c, G1. Di necessità viene pertanto eseguito il trattamento chirurgico radicale: quadrantectomia supero-esterna destra e asportazione di linfonodo sentinella ascellare omolaterale. Il quadro istologico e recettoriale definitivo è il seguente: carcinoma midollare pT1c, senza micro o macrometastasi al linfonodo sentinella, Ki67 pari al 60%, ER 0%, PR 0%, C-erb B2 negativo. Il nostro caso di carcinoma midollare presenta le peculiarità istologiche e biologiche tipiche di tale istotipo ma confermiamo, coerentemente con la letteratura, la difficoltà a ottenere dati iconografici preoperatori che orientino verso questa patologia tumorale.

P33

CHIRURGIA RADIOGUIDATA PER LESIONI NON PALPABILI DELLA MAMMELLA (R.O.L.L.): 5 ANNI DI ESPERIENZA

A. Marassi¹, G. Pagani¹, E. Fiacco¹, V. Zuber¹, S. Squillante¹, A. Basa¹, A. Bolognesi², D. Aldrighetti², I. Sassi³, C. Canevari⁴, L. Gianolli⁴, P. Panizza⁵

¹Breast Unit, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, ²Oncologia, ³Anatomia Patologica, ⁴Medicina Nucleare e ⁵Radiologia – IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione. L'asportazione di lesioni non palpabili della mammella rappresenta una delle problematiche attuali in chirurgia senologica in quanto lo sviluppo della diagnostica strumentale e l'adesione ai programmi di

screening da parte delle donne hanno aumentato la percentuale di diagnosi precoci di carcinoma della mammella con conseguente aumento delle lesioni non palpabili.

Pazienti e metodi. Dal mese di luglio 2000 al mese di luglio 2005 147 pazienti con diagnosi di lesione mammaria non palpabile sono state sottoposte a centratura preoperatoria sotto guida stereotassica mammografica o ecografica, con inoculo peritumorale di albumina umana marcata con Tc 99m con una piccola quantità di mezzo di contrasto per il controllo della sede di inoculo del tracciante. 67 (46%) dei casi presentavano diagnosi preoperatoria di lesione non palpabile meritevole di accertamento bioptico per tipizzazione istologica (gruppo A) e 80 (54%) presentavano lesioni non palpabili C4-C5 all'esame citologico preoperatorio (gruppo B). In questo secondo gruppo di pazienti è stata eseguita, contestualmente alla R.O.L.L., anche una linfoscintigrafia per la ricerca del LS.

Risultati. Nel gruppo A (67 pazienti) l'esame istologico ha documentato 31 (46%) lesioni benigne e 36 (54%) lesioni maligne: 33 di queste non hanno richiesto ulteriori procedure sul cavo ascellare (92%); in 3 pazienti (8%) la biopsia del linfonodo sentinella è stata eseguita in un secondo tempo: un caso è risultato positivo per metastasi e sottoposto a dissezione ascellare. In tutti gli 80 pazienti del gruppo B sottoposti a biopsia del linfonodo sentinella la diagnosi di neoplasia maligna è stata confermata. In 8 casi positivi per metastasi si è proceduto a dissezione ascellare completa al III livello (10%).

In 141 (96%) casi la procedura R.O.L.L. è stata eseguita con successo. In 6 (4%) casi la procedura R.O.L.L. è risultata inefficace: 1 caso per decadimento del Tc 99m prima della procedura chirurgica (18 ore); 3 casi per radioattività intraoperatoria diffusa e non limitata all'area della lesione; 2 casi per mancato riscontro della lesione nel pezzo chirurgico asportato.

Conclusioni. La R.O.L.L. nella nostra esperienza si è dimostrata una procedura sicura in termini di radioprotezione e affidabile nel consentire la localizzazione della lesione non palpabile.

P34

SCREENING MAMMOGRAFICO: VPP DEL SOSPETTO CITOLOGICO (C4) SU AGOASPIRATO DI LESIONI MAMMARIE

R. Bonardi*, D. Ambrogetti*, S. Bianchi**, P. Bulgaresi*, P. Cariaggi*, G. Collini***, M. Di Paolo*, V. Vezzosi**, M. Rosselli Del Turco*

* Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze; ** Istituto di Anatomia patologica - Università di Firenze; *** UO Radiologia - Azienda Sanitaria di Firenze

L'esame citologico, nei casi selezionati dallo screening, consente un aumento della specificità, con una drastica riduzione del ricorso a biopsie chirurgiche inutili in presenza di lesioni benigne. Una citologia positiva (C5), in particolare in presenza di reperti clinici e/o strumentali suggestivi per neoplasia, consente una diagnosi sicura di malignità. Più discutibile appare l'indicazione alla chirurgia definitiva in caso di sospetto citologico (C4), per la possibile presenza di casi falsi positivi.

Obiettivo dello studio è la valutazione, in una casistica di screening di lesioni mammarie sottoposte ad agoaspirazione, della frequenza della diagnosi citologica di sospetto (C4) e della predittività di questa categoria citologica, in correlazione con il grado di sospetto clinico e strumentale. Tra il gennaio 2000 e il dicembre 2003 sono state effettuate 163.860 mammografie di screening con richiamo per accertamento diagnostico in 7.964 casi (4,8%). In questi casi, sono stati eseguiti 1.599 esami citologici su agoaspirato con risultato C1 in 572 casi (35,7%), C2 in 283 casi (17,6%), C3 in 120 casi (7,5%), C4 in 210 casi (13,1%), C5 in 414 (25,8%). Tra i 210 casi con diagnosi di C4 sono risultati eligibili per lo studio 197 casi (93,8%), in quanto disponibile un esame istologico mediante incrocio dei casi con l'archivio istologico del CSPO e il registro tumori toscano (RTT). L'istologia definitiva documenta la presenza di un carcinoma infiltrante o in situ in 190 casi e di una lesione benigna nei restanti 7 casi con un valore predittivo positivo per carcinoma (VPP) della categoria C4 del 96,4%. La presenza di cellule da carcinoma segnalata in 120 di queste citologie (61%) non modifica significativamente il VPP.

È stato valutato il VPP di C4 in sottogruppi caratterizzati da un diverso grado di giudizio clinico e strumenta-

le. In nessuno di questi sottogruppi è stato possibile documentare un aumento significativo della predittività. Tra i casi C4 associati a giudizio mammografico, clinico ed ecografico positivo (20 casi) è documentato all'exeresi chirurgica (resezione ampia) un caso di istologia benigna (adenosi sclerosante) per un VPP del 95,0%.

In conclusione il sospetto citologico su ago-aspirato (C4) di lesioni mammarie si conferma associato a un elevato VPP per malignità (96,4%) ma richiede in ogni caso la verifica istologica della lesione tramite micro-biopsia o biopsia chirurgica.

P35

COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN UN PROGETTO SENOLOGICO

G. M. Baratelli, R. Barbone, L. Buzzetti, F. Valenti, L. Casalvieri*, A. Sala*, L. Zucchello*, M. Burzio*, A. Giossi*, S. Guanella*

*Centro di Senologia delle Delegazioni Alto Lario di Gravedona (Como) e Cinque Valli di Porlezza (Como), della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; * Medici di Medicina Generale*

Un gruppo di medici di medicina generale (MMG) ha partecipato a uno studio coordinato da uno specialista senologo per individuare le donne ad alto rischio familiare di ammalare di tumore maligno della mammella. Si è osservato che il coinvolgimento dei MMG ha contribuito ad aumentare la loro sensibilità nei riguardi di un problema importante quale quello della prevenzione senologica.

Le donne inoltre hanno particolarmente gradito questo inconsueto interesse, di solito delegato allo specialista, da parte del loro medico di fiducia.

Un particolare importante è stata l'opportunità per la donna di ricevere un'informazione uniforme da parte del proprio MMG e dello specialista senologo.

Infine la partecipazione dei MMG a uno studio interdisciplinare ha contribuito a una maggiore e più proficua collaborazione professionale tra MMG e specialista, indicando che questa modalità potrebbe essere applicata anche per studi riguardanti altre patologie.

P36

LA CHIRURGIA SENOLOGICA IN ANESTESIA LOCO-REGIONALE: STUDIO PILOTA

Vittorio Altomare¹, Gabriella Guerriero², Annamaria Altomare¹, Fabio Costa¹, Benedetta Galli¹, Gabriella Giarratano¹, Felice Agrò¹

¹ Università CBM, Roma; ² Università La Sapienza, Roma

In chirurgia senologica è possibile utilizzare diverse tecniche di anestesia locoregionale tra cui il blocco paravertebrale che, con l'utilizzo dell'elettro-neurostimolatore (ENS) consente di obiettivare la corretta posizione dell'ago nello spazio paravertebrale. La maggior parte degli studi presenti in letteratura prevede l'utilizzo di iniezioni multiple con prevedibile aumento della possibilità di complicanze (puntura vascolare, puntura pleurica).

Scopo del presente studio è il confronto, in chirurgia senologica, tra l'anestesia generale e il blocco paravertebrale toracico ENS-guidato con singola iniezione, in termini di nausea, vomito, dolore e tempo di ripresa della normale attività nel postoperatorio.

Materiali e metodi. Sono state inserite nello studio 30 pazienti, candidate a intervento chirurgico per neoplasia mammaria e divise in due gruppi omogenei, per età e tipo di intervento chirurgico, di 15 pazienti: il gruppo 1 è stato operato con anestesia generale mentre il gruppo 2 è stato sottoposto al blocco paravertebrale (che è sempre stato eseguito con successo senza necessità di conversione in anestesia generale).

Risultati. Tra i parametri presi in considerazione nel confronto fra le due metodiche di anestesia, il blocco paravertebrale è risultato gravato da una minore incidenza, statisticamente significativa ($p < 0,031$), di nausea e vomito postoperatori (6% versus 40%); anche il dolore postoperatorio è risultato significativamente inferio-

re nelle pazienti del gruppo 2, sia a riposo sia con i movimenti, ($p < 0,005$) con minore consumo di analgesici (6% versus 73%). Anche il tempo di ripresa delle normali attività della vita quotidiana è risultato significativamente inferiore nel gruppo 2 ($p < 0,005$) con maggior grado di soddisfazione da parte delle pazienti. Non si sono verificate complicanze associate alle tecniche anestesologiche in esame.

Conclusioni. Il blocco paravertebrale toracico ENS-guidato, con singola iniezione, rappresenta una valida alternativa all'anestesia generale in chirurgia senologica. Questa metodica consente una migliore analgesia postoperatoria ed è gravata da una minore incidenza di nausea e vomito, oltre a consentire una più rapida ripresa delle attività della vita quotidiana. L'utilizzo della guida con ENS rende la tecnica più semplice e sicura e consente di effettuare una singola iniezione senza il rischio di aumentare l'incidenza delle possibili complicanze.

P37

FNAC ECOGUIDATA NELLA STADIAZIONE DEI LINFONODI ASCELLARI.

ESPERIENZA PRELIMINARE

V. Altomare¹, G. Guerriero², R. Carino¹, C. Battista¹, A. Primavera¹, A. Altomare¹, D. Vaccaro¹, L. Giacomelli², C. Rabitti¹

¹ Università CBM, Roma; ² Università La sapienza, Roma

È stato dimostrato che la procedura del linfonodo sentinella (LS) può efficacemente sostituire la linfodectomia ascellare (LNA) per la stadiazione dell'ascella. Tuttavia il LS risulta positivo nel 26-50% dei casi. Sarebbe, quindi, di grande utilità l'individuazione di una semplice tecnica preoperatoria in grado di poter permettere la selezione delle pazienti con linfonodi metastatici che potrebbero essere sottoposte direttamente alla dissezione ascellare.

Scopo di questo studio è presentare i risultati preliminari di un lavoro prospettico sull'analisi delle FNAC ecoguidate di pazienti con cancro della mammella.

Materiali e metodi. Cinquanta pazienti con carcinoma della mammella e con ascella clinicamente negativa (cT1-2 cN0) sono state incluse nello studio. L'aspirato ecoguidato è stato eseguito, contestualmente alla ecografia, in tutti i casi con linfonodi visualizzati. I pazienti con citologia positiva sono stati sottoposti direttamente alla LNA, mentre quelli con citologia benigna sono stati sottoposti al linfonodo sentinella e, nel caso di un risultato positivo, a un secondo intervento di LNA. È stata valutata l'accuratezza diagnostica (sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (VPP), valore predittivo negativo (VPN) per le metastasi ascellari.

Risultati. Il confronto fra la diagnosi citologica e quella istologica ha mostrato una alta sensibilità e una specificità del 100% della metodica in esame. Non includendo le FNAC con risultato inadeguato, la sensibilità è stata del 68%, la specificità del 100% con VPP della metodica pari al 100% e VPN del 65%. Con il solo esame ecografico la sensibilità sarebbe stata del 44%, la specificità del 90%, il VPP del 86% e il VPN del 54%.

Discussione. Quanto osservato nella nostra esperienza preliminare è in concordanza a quello già osservato in letteratura; il FNAC con guida ecografica dei linfonodi ascellari dovrebbe essere incluso fra le procedure di stadiazione preoperatorie. Tramite tale metodica, semplice, poco costosa e poco invasiva, si può evitare un considerevole numero di biopsie del LS selezionando quelle pazienti da sottoporre direttamente alla dissezione ascellare, risparmiando all'Azienda costi aggiuntivi e, non meno importante, risparmiando alla paziente lo stress di un secondo intervento chirurgico.