



Casa di Cura Torina

SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI MASTECTOMIA

La chirurgia dei tumori della mammella rappresenta ancora oggi il principale momento terapeutico della malattia. La maggiore anticipazione diagnostica consente l'attuazione di interventi per lo più conservativi. La chirurgia mammaria conservativa ha ormai ricevuto definitiva conferma grazie ai 20 anni di follow-up dello studio Milano I (New England Journal of Medicine, ottobre 2002). Le principali controindicazioni alla chirurgia conservativa sono: fattori che aumentino il rischio di recidiva locale, fattori che impediscano un buon risultato estetico nella conservazione dell'organo, fattori che impediscano la somministrazione della radio-terapia.

Non sono considerate controindicazioni: tumore localizzato nei quadranti centrali, coinvolgimento dei linfonodi ascellari, presenza di protesi mammarie.

Il rapporto tra volume della neoplasia e volume ghiandolare rappresenta un elemento importante per la decisione sulla tecnica chirurgica da adottare: in alcuni casi nei quali tale rapporto sia al limite può essere opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare una chemioterapia preoperatoria neoadiuvante.

INTERVENTO CHIRURGICO:

Mastectomia sottocutanea

L'intervento prevede l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria preservando la cute della mammella e il complesso areola-capezzolo. Le incisioni cutanee di solito praticate sono la sottomammaria o la trasversale equatoriale passando attraverso areola e capezzolo per via periareolare superiore. Si inizia a isolare la ghiandola mammaria dalla cute preparando i lembi lungo il piano della fascia superficialis che è relativamente avascolare. Lo spessore dipende dalla corporatura della paziente: in una paziente magra può essere di soli 2-3 mm, in una obesa può essere di 5-10 mm. La dissezione deve raggiungere i confini della ghiandola mammaria e cioè superiormente i fasci sottoclaveari del muscolo grande pettorale, medialmente la linea parasternale, lateralmente il muscolo grande dorsale.

Mastectomia con risparmio cutaneo (skin sparing mastectomy)

Questo intervento prevede l'asportazione della ghiandola mammaria con il complesso areola-capezzolo rispettando completamente o in parte la cute soprastante. È importante disegnare sulla cute della mammella le incisioni cutanee che verranno impiegate e il solco sottomammario. Il complesso areola-capezzolo, la cute soprastante, neoplasie superficiali o incisioni pregresse a scopo biotico vengono escissi. L'incisione periareolare è estesa lateralmente verso il quadrante supero-esterno per avere una buona esposizione della ghiandola mammaria. Se necessario, un'incisione ascellare consentirà l'esecuzione della linfadenectomia. In pazienti con mammelle particolarmente ptosiche l'incisione cutanea può riprodurre quella impiegata per le mastopessi. In questo caso successivamente una mastopessi verrà attuata anche nel seno controlaterale.

Si inizia ad isolare la ghiandola mammaria dalla cute preparando i lembi lungo il piano della fascia superficialis che è relativamente avascolare. Lo spessore dipende dalla corporatura della paziente: in una paziente magra può essere di soli 2-3 mm, in una obesa può essere di



Casa di Cura Torina

SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI MASTECTOMIA

5-10 mm.

La preparazione dei lembi, che devono essere sollevati con delicatezza, può anche essere effettuata con il bisturi elettrico che coagula facilmente i piccoli vasi perforanti.

Mastectomia nipple-sparing

Un'evoluzione recente della mastectomia è la nipple-sparing, che prevede la conservazione dell'areola e del capezzolo con l'irradiazione di questo complesso anatomico con elettroni. La radioterapia può essere erogata intraoperatoriamente oppure nei giorni successivi all'intervento.

È in corso uno studio che valuta l'impatto di questa tecnica chirurgica sulla qualità di vita delle pazienti e sulla ricaduta locale di malattia. Requisito importante per la conservazione del complesso areola-capezzolo è la negatività microscopica intraoperatoria per neoplasia del tessuto retro-areolare. Possono beneficiare di questo tipo di intervento pazienti affette da neoplasie non infiltranti estese oppure tumori infiltranti estesi, situati in sedi non prossime alla zona centrale della mammella. (intervento di Halsted)

Mastectomia totale

Il termine definisce l'asportazione della ghiandola mammaria e di una losanga di cute soprastante comprendente areola e capezzolo (mastectomia semplice).

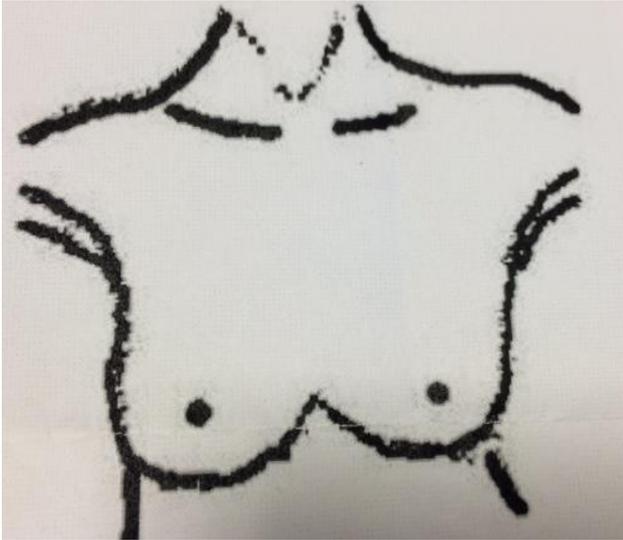
L'incisione cutanea, a losanga, può avere l'asse maggiore orientato nella direzione più conveniente alla corretta exeresi della neoplasia; sono tuttavia da preferire le incisioni orizzontali (di Stewart) oppure oblique. Qualunque sia l'incisione chirurgica scelta per l'intervento, bisogna fare attenzione, ai fini del mantenimento di una buona funzionalità del braccio, a non interessare con la linea di incisione la cute dell'ascella. Incisi cute e sottocute inizia la preparazione dei lembi che non devono essere né troppo sottili, per il rischio di necrosi successive, né troppo spessi per evitare di lasciare tessuto mammario. Il piano della fascia superficiale risulta il più adatto a questo scopo in quanto fra l'altro relativamente avascolare. Lateralmente si deve raggiungere la superficie laterale del muscolo grande dorsale; medialmente il margine dello sterno; superiormente i fasci clavicolari del muscolo grande pettorale e inferiormente la fascia del retto. La ghiandola viene progressivamente mobilizzata dal versante mediale a quello laterale asportando se necessario anche la fascia del muscolo grande pettorale. Se è prevista una ricostruzione immediata il chirurgo plastico, creando la tasca sottomuscolare, procederà alla sezione delle inserzioni infero-mediali del muscolo grande pettorale. Se il chirurgo oncologo conserva le connessioni del tessuto sottocutaneo verso il solco sottomammario, la tasca sottomuscolare potrà essere ampia e sufficientemente espandibile nelle porzioni inferiori a tutto vantaggio del risultato finale.

Nello schema grafico saranno indicate dal Medico le sedi chirurgiche (fig. 1)



Casa di Cura Torina

SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI MASTECTOMIA



DECORSO POST OPERATORIO

Una corretta anestesia prevede il controllo del dolore nel periodo immediatamente successivo all'intervento. Il traumatismo di cute, fasce, muscoli e nervi induce la paziente a posture scorrette e a una respirazione costretta. Le pazienti lamentano con diversa intensità e frequenza: sensazioni dolorose, fitte, formicolii, intorpidimento, pesantezza del braccio e/o dell'avambraccio; senso di stiramento, costrizione e dolore riferito alla ferita, all'ascella, al torace, alla spalla, all'angolo inferiore della scapola; dolore forte e acuto localizzato nella zona del tubo del drenaggio. È utile (oltre che preventivo di ulteriori esiti) coprire il periodo di sofferenza con FANS, analgesici e sedativi, oltre che rimuovere il tubo di drenaggio nei casi di dolore specifico.

COMPLICANZE ED EFFETTI TARDIVI: gli esiti post-chirurgici a distanza riguardano le possibili lesioni nervose, muscolari, articolari, vascolari, i processi flogistici ricorrenti, gli stati di umore altalenanti, con possibile cronicizzazione di depressione e ansia. I danni nervosi, funzionali e algici devono essere precocemente valutati per evitare un ritardo nell'intervento riabilitativo-antalgico. le sequele fisiche riconosciute e trattate.

Queste ultime sono qui di seguito brevemente segnalate:

1. "Stiramento" del plesso brachiale: si verifica nell'1% circa degli interventi ed è dovuto a posizioni scorrette del braccio sul lettino operatorio o allo spostamento della persona addormentata da un lettino all'altro.
2. Lesione dei nervi toracici anteriori (mediale e laterale): comporta un'ipotrofia da denervazione della muscolatura pettorale, invalidando l'intento chirurgico conservativo e rendendo problematico l'eventuale approccio ricostruttivo.
3. Lesione del nervo toraco-dorsale: comporta ipovalidità della adduzione ed intrarotazione del braccio, compensata nelle azioni quotidiane dalla muscolatura agonista correttamente innervata. Compromesse risulteranno le attività sportive in cui è



Casa di Cura Torina

SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI MASTECTOMIA

necessaria l'azione di avvicinamento del tronco all'arto tipica del muscolo grande dorsale (es. l'arrampicamento e il nuoto a farfalla).

4. Lesione del nervo toracico lungo: rilevabile in circa il 20% delle donne operate, comporta la presenza di "scapola alata".
5. Lesione del nervo intercostobrachiale (ICB): quasi tutte le operate descrivono di sentire "un cuscinetto, una compressa di cotone, un cartone duro, un libro sotto l'ascella". Questo disagio si risolve gradualmente in poche settimane o mesi, ma in alcune persone, con disagio psicofisico precedente alla diagnosi e all'intervento, la sintomatologia può permanere o peggiorare nel tempo.
Possono essere avvertite anestesia e anidrosi, parestesie, ipo o iperestesia, algie puntorie o a volte urenti, acute spesso dalla tensione e dalla sofferenza dei lembi, dalla presenza di siero, flogosi, limitazioni funzionali.
6. Pericondriti e osteite sternale: dovute all'uso dell'elettrobisturi e alla presenza di sierosità ed infezioni dopo l'intervento, comportano dolore localizzato che si accentua alla pressione costale o sternale. Questo dolore può limitare gli atti respiratori ed i movimenti del braccio con conseguente possibile blocco articolare ed edema.
7. Borsite sottoacromiale: è molto frequente e si presenta con dolore nell'area di inserzione del deltoide soprattutto in abduzione, rotazione interna ed esterna dell'arto omolaterale all'intervento. Può sfociare nella periartrite scapolo-omerale, nell'edema del braccio o nella "frozen-shoulder" se non viene trattata precocemente con terapia fisica e movimento, supportati o meno da anti-infiammatori o infiltrazioni con anestetici locali nei punti trigger.
8. Sclerosi del muscolo piccolo pettorale: si verifica quando si conserva questo muscolo, legando o lesionando il suo peduncolo vascolo-nervoso. Comporta dolore, ipofunzione del braccio ed a volte alterazioni respiratorie.
9. Cicatrici aderenti, cheloidi e retratte possono portare a limitazione, disagio ed inestetismi. Vanno programmate sedute di scollamento e di mesoterapia con anestetici locali, ma talvolta è necessario ricorrere all'intervento plastico.
10. Esiti posturali e biomeccanici: l'intervento al seno comporta alterazioni percettive e simboliche non riconosciute dai senologi. Le donne presentano ipopendolarismo durante il cammino, postura alterata con cambiamento dell'asse gravitativo, asimmetria del profilo della spalla, rigidità della colonna cervico-dorsale, alterata coordinazione tra i movimenti degli arti superiori e inferiori.
11. Sindrome della mammella fantasma: viene avvertita soprattutto da donne giovani fin dai primi giorni dopo l'intervento. Viene riferito un dolore alla mammella che non c'è più, formicolii, prurito, bruciori, contrazioni o aumento di sensibilità a livello del capezzolo, intorpidimento, contratture crampiformi e tensione simile a quella del periodo premestruale. Come in tutte le sindromi fantasma influenzano la rilevanza clinica i fattori intrapsichici, interpersonali e i fattori endocrini.
12. Tromboflebite superficiale toraco-epigastrica (malattia di Mondor): complicanza rara legata alla procedura chirurgica e ad una diatesi tromboilica che si evidenzia come un cordone a partenza dal solco sottomammario verso l'addome. Il trattamento è



Casa di Cura Torina

SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI MASTECTOMIA

combinato: farmacologico usuale per le tromboflebiti più terapie fasciali e fisiche.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il reintervento chirurgico.

Riferimenti bibliografici : Linee guida FONCAM – Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario