



Dr. Claudio Battaglia

Responsabile U.S.D. di Senologia ASL1 di Sanremo



Struttura Certificata UNI EN ISO 9001/2008 RINA

# MODERNA CHIRURGIA DELLE STAZIONI LINFONODALI ASCELLARI

Dr. Claudio Battaglia  
Responsabile U.S.D. di Senologia ASL1



# Questioni rilevanti.

Linfonodo Sentinella

Micro e macrometastasi

Dissezione ascellare: sì, no, quando (?)

Quale Dissezione Ascellare?

Chemioterapia Primaria e Ascella

....e il ruolo dei Fattori Biologici ?



# Linfonodo Sentinella

L'ecografia rappresenta uno strumento semplice ed economico di stadiazione pre-operatoria del cavo ascellare.

Al momento la stadiazione ecografica pre-operatoria riveste principalmente lo scopo di selezionare la tipologia di chirurgia ascellare



# Linfonodo Sentinella

L'introduzione della ricerca del Linfonodo Sentinella ha determinato sicuramente la tendenza ad una chirurgia meno invasiva anche a livello ascellare

Fondamentale nella scelta di cura è la valutazione dei singoli fattori prognostici e predittivi relativi ad ogni paziente



# Linfonodo Sentinella

La biopsia del linfonodo sentinella ha minori conseguenze rispetto alla dissezione ascellare

La scelta di tipologia di valutazione anatomo-patologica dipende dalle singole realtà

Si raccomanda comunque l'esame completo del LS ad intervalli non superiori a 200  $\mu$ m con due sezioni per ogni livello



# Micro e macrometastasi

In caso di *micrometastasi* i dati disponibili consolidano l'astensione dalla dissezione ascellare nelle donne candidate a chirurgia conservativa e radioterapia complementare (WBI)

L'assenza di pazienti sottoposte a mastectomia nel trial ACOSOG Z0011 e la ridotta percentuale nel IBCSG 23.01 non consentono una applicazione su larga scala di questo atteggiamento



# Micro e macrometastasi

L'orientamento attuale sembra comunque essere verso la estensione di tale atteggiamento anche nelle mastectomie o in caso di chirurgia conservativa e PBI

Mentre non vi sono evidenze scientifiche che suggeriscano di omettere o meno la Dissezione Ascellare in base alla biologia della neoplasia



# Micro e macrometastasi

Lo studio ACOSOG Z011 suggerisce che l'omissione della DA nelle pazienti con limitato coinvolgimento metastatico non determina una peggiore sopravvivenza (follow up di 6.3 anni).

Pazienti con neoplasia T1 – T2, chirurgia conservativa, WBI e trattamento medico sistemico, la DA potrebbe essere omessa in caso di coinvolgimento macrometastatico limitato



# Micro e macrometastasi

In caso di mastectomia e nelle pazienti escluse dal trial ACOSOG Z001 la DA è ancora il trattamento di prima scelta, ne la stessa può essere omessa in base alla biologia della neoplasia



# Micro e macrometastasi

## Dissezione ascellare: sì, no, quando (?)

Entrambi gli studi (Z0011, IBCSG 23.01) pur confermando che la rimozione chirurgica dei linfonodi ascellari non migliora la prognosi (come peraltro già dimostrato in “era pre-sentinella), sono oggetto di critiche in merito alla potenza statistica ed alla applicazione dei dati su larga scala



# Dissezione ascellare: sì, no, quando (?)

Pur non essendo favorevoli a facili standardizzazioni (nomogrammi), riteniamo di dover valutare, da caso a caso, elementi quali la *dimensione del tumore primitivo*, il *numero di LNS positivi*, il *tipo di metastasi del LNS*, l'*estensione extracapsulare* nell'ambito del processo decisionale interdisciplinare.



# Dissezione ascellare: sì, no, quando (?)

La DA è indicata se presente un interessamento accertato dei linfonodi ascellari.

Il livello di DA è ancora argomento di discussione, ma noi riteniamo che se età della paziente, dimensioni della neoplasia e fattori biologici (G, Recettori, ki67, HER...) condizionano il *trattamento sistemico*, non debbano essere trascurati quando si effettua un trattamento loco-regionale



# Dissezione ascellare: sì, no, quando (?)

*Se fattori favorevoli:* se LNS micrometastatico–macrometastatico potrebbe non essere indicato il trattamento dell'ascella, ne chirurgico, ne radiante...

*Se fattori sfavorevoli:* se micrometastasi può essere opportuna almeno RT del primo livello?

Se macrometastasi dissezione ascellare con/ senza RT dei linfonodi di III livello e sovraclaveari o tutti i livelli e sovraclaveari

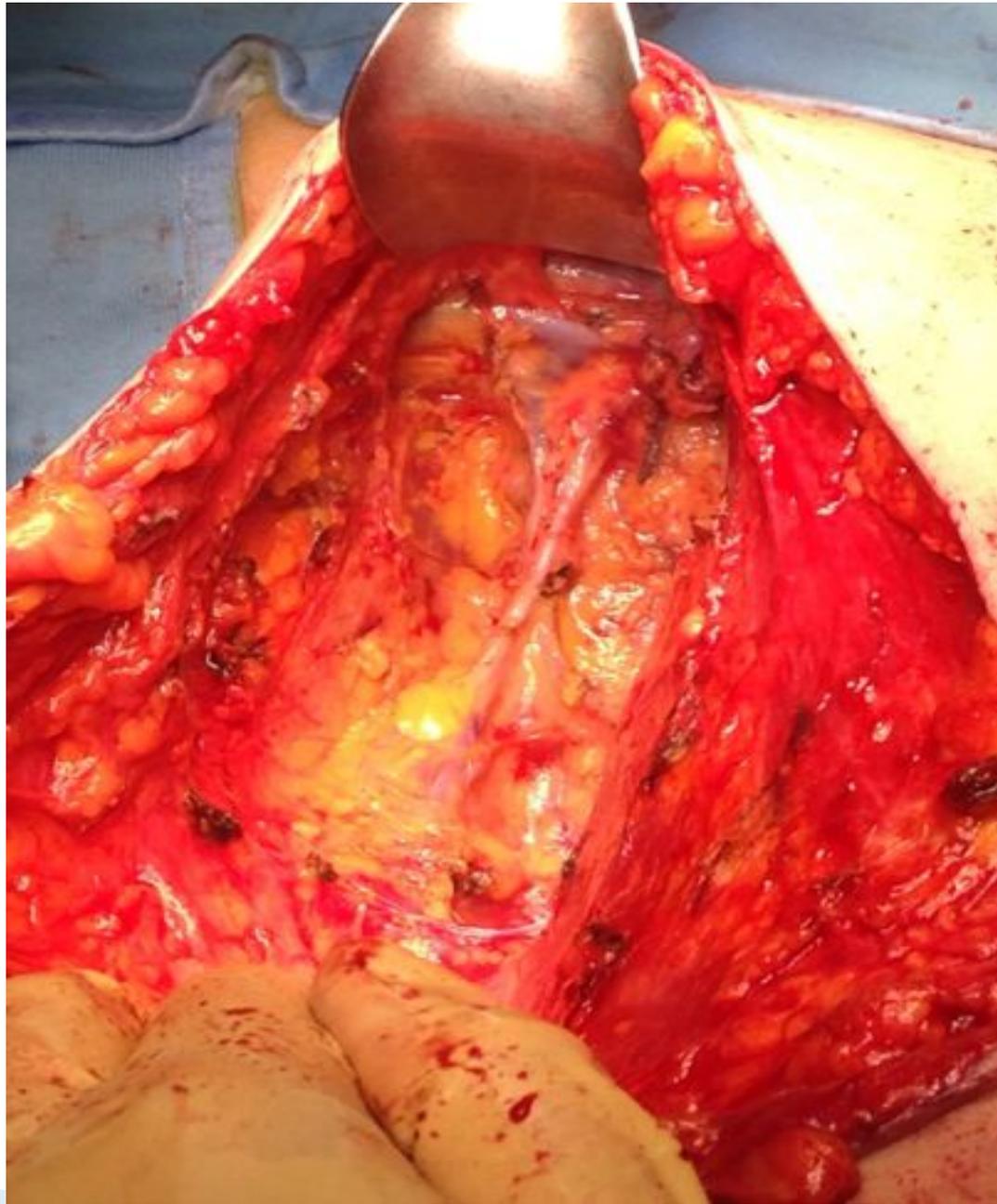


# Quale dissezione ascellare?

La DA di 1 e 2 livello ( minimo 10 linfonodi rimossi) è la tecnica consigliata in caso di trattamento chirurgico dell'ascella.

La DA del 3 livello viene consigliata allorchè sia presente un grossolano coinvolgimento dei linfonodi ascellari





# Quale dissezione ascellare?

La chirurgia ascellare ha delle sequele:

*Sindrome della corda ascellare*

*Sieroma*

*Infezioni*

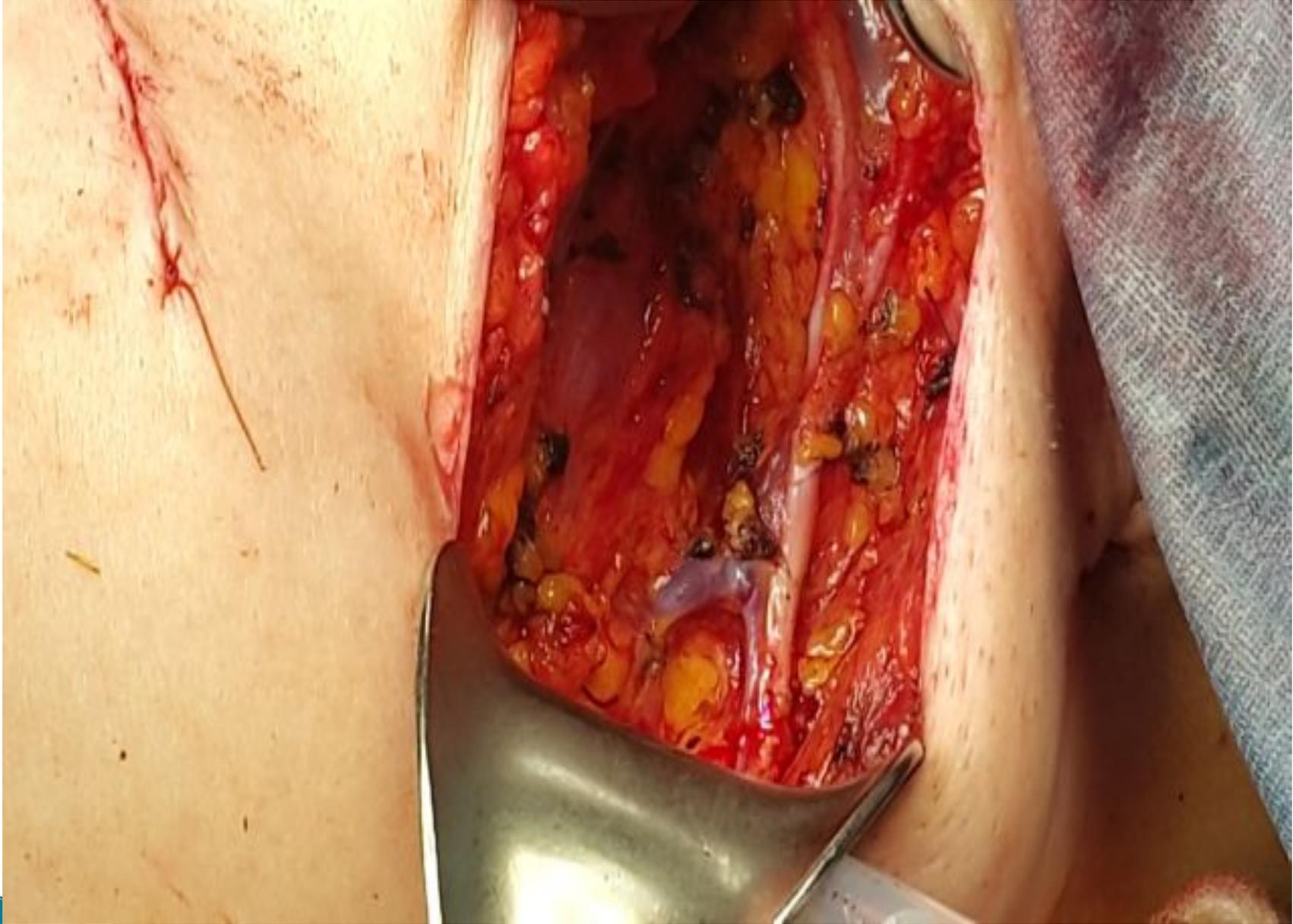
*Ridotta mobilità*

*Parestesie*

*Dolore braccio e spalla*

*Edema del braccio*





# Quale dissezione ascellare ?

La DA sincrona o metacrona, in caso di LNS positivo, dimostra le stesse sequele tardive, mentre la sincrona ha minori sequele immediate

Il Linfedema del braccio è più frequente nelle DA complete estese al 3 livello, rispetto alle DA di 1 e 2 livello



# Quale dissezione ascellare ?

La chirurgia dell'ascella richiede una tecnica accurata e non deve comportare lesioni del:

*Nervo toracico anteriore mediale e laterale*

*Nervo toracico dorsale*

*Nervo toracico lungo*

Ne stiramenti del plesso brachiale da errato posizionamento



# Chemioterapia Primaria e Ascella

Il sottotitolo potrebbe essere “ SLNB e NAC”.

Il problema è essenzialmente legato alla tempistica della Biopsia del Linfonodo Sentinella

La biopsia del linfonodo sentinella può essere effettuata prima della NAC solo nelle pazienti con linfonodi ascellari clinicamente negativi, e viene raccomandata perché circa 2/3 risultano essere pN0



# Chemioterapia Primaria e Ascella

Prima della NAC: vantaggi

*Minore morbilità*

*Costi inferiori*

*Ridotta durata intervento*

*Possibile ambulatoriale*

*Immunoistochimica più dettagliata*

*Se negativo può evitare la dissezione ascellare completa ed RT ascella*

*Maggiori percentuali di identificazione*

*Minor numero di falsi negativi*



# Chemioterapia Primaria e Ascella

Prima della NAC: svantaggi

*Ritardo inizio CT*

*Dissezione completa dopo NAC se LNS positivo  
anche in caso di ypN0*

*Due procedure chirurgiche*



# Chemioterapia Primaria e Ascella

In conclusione la biopsia del linfonodo sentinella prima della NAC è consigliata per valutare accuratamente lo stato ascellare

L'alta percentuale di identificazione e la bassa percentuale di falsi negativi superano lo svantaggio della esecuzione di due procedure chirurgiche



# Chemioterapia Primaria e Ascella

Prima e dopo la NAC:

Studio SENTINA:

*La bassa percentuale di identificazione e l'alta percentuale di falsi negativi nelle pz sottoposte una seconda volta a SLNB dopo NAC è legata all'alterazione del drenaggio linfatico dal primo intervento e pertanto la Biopsia del Linfonodo Sentinella deve essere effettuata una sola volta*



# Chemioterapia Primaria e Ascella

**Il valore da attribuire alla percentuale di falso negativo è, a nostro parere, nelle pazienti sottoposte a NAC, inferiore a quello da attribuire alla recidiva ascellare e pertanto lo studio SENTINA deve ancora essere convalidato da un adeguato periodo di follow up.**

**Allo studio rimane comunque il merito di essere il primo lavoro ad affrontare la problematica del linfonodo sentinella prima e dopo la NAC**



# Chemioterapia Primaria e Ascella

Dopo la NAC:

Lo studio ACOSOG Z1071 ha dimostrato una percentuale di identificazione intraoperatoria del 92,9% e di falso negativo del 12,6%.

Ovviamente maggiore è il numero di linfonodi sentinella asportati minore è la percentuale di Falsi Negativi ( $p=007$ ).

Analogo risultato emerge dallo studio SENTINA



# Chemioterapia Primaria e Ascella

La biopsia del linfonodo sentinella *dopo chemioterapia neoadiuvante* in una paziente con linfonodi clinicamente positivi alla stadiazione iniziale è una procedura che va discussa in sede di valutazione interdisciplinare.

Utilizzabile in pazienti che abbiano ottenuto una *negativizzazione clinica* dei linfonodi ascellari dopo NAC, preceduta da valutazione clinica



## ...e il ruolo dei Fattori Biologici?...

Al momento non vi sono evidenze provenienti da studi randomizzati che suggeriscano o meno di omettere la DA nelle donne con biologia sfavorevole.

La ripresa di malattia loco regionale sembra correlata ad alcuni fattori di rischio: *età, grading, assenza di recettori, invasione linfovaskolare, Ki67 elevato, sovraespressione di HER2, dimensione della neoplasia, numero di linfonodi positivi, estensione extracapsulare.*



## ...e il ruolo dei Fattori Biologici?...

...in caso di micrometastasi, l'incidenza di metastasi nei linfonodi non-sentinella è 12% (ITC) e 20% (MIC) e la DA può essere omessa, ma l'incidenza di LRR aumenta in rapporto ai fattori di rischio.

...in caso di macrometastasi il rischio di mts nei non-sentinella è nel range di 40-58% e l'astensione sembra proponibile solo con malattia a basso rischio



**...e se ...**

**...stadio II (cT1-2 cN0-1) con ypN0 dove la RT?**

**Solo sulla mammella dopo chirurgia  
conservativa ?!**

**... e se cT3 cN0 con ypN0?**

**Solo regione mammaria?!**



...e se ...

...in caso di ypT0–2 ypN1 (LRR 15%) o yp>0 =N2 (LRR>20%) *va considerata la RT linfonodale ?!...*soprattutto in caso di ulteriori fattori di rischio come alto nodal ratio, età giovane?!

Lo stadio LABC (T3–T4 e/o N2–N3) *ha indicazione alla RT locoregionale dopo NAC e chirurgia* indipendentemente dalla risposta clinica e anatomo–patologica ottenuta?



...e se ...

... se LABC con *risposta patologica completa? ...dissezione?...RT estesa anche alle stazioni linfonodali?*

...se SLNB...*abbiamo informazioni sufficienti?!*

*Discussione multidisciplinare!!*



