



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

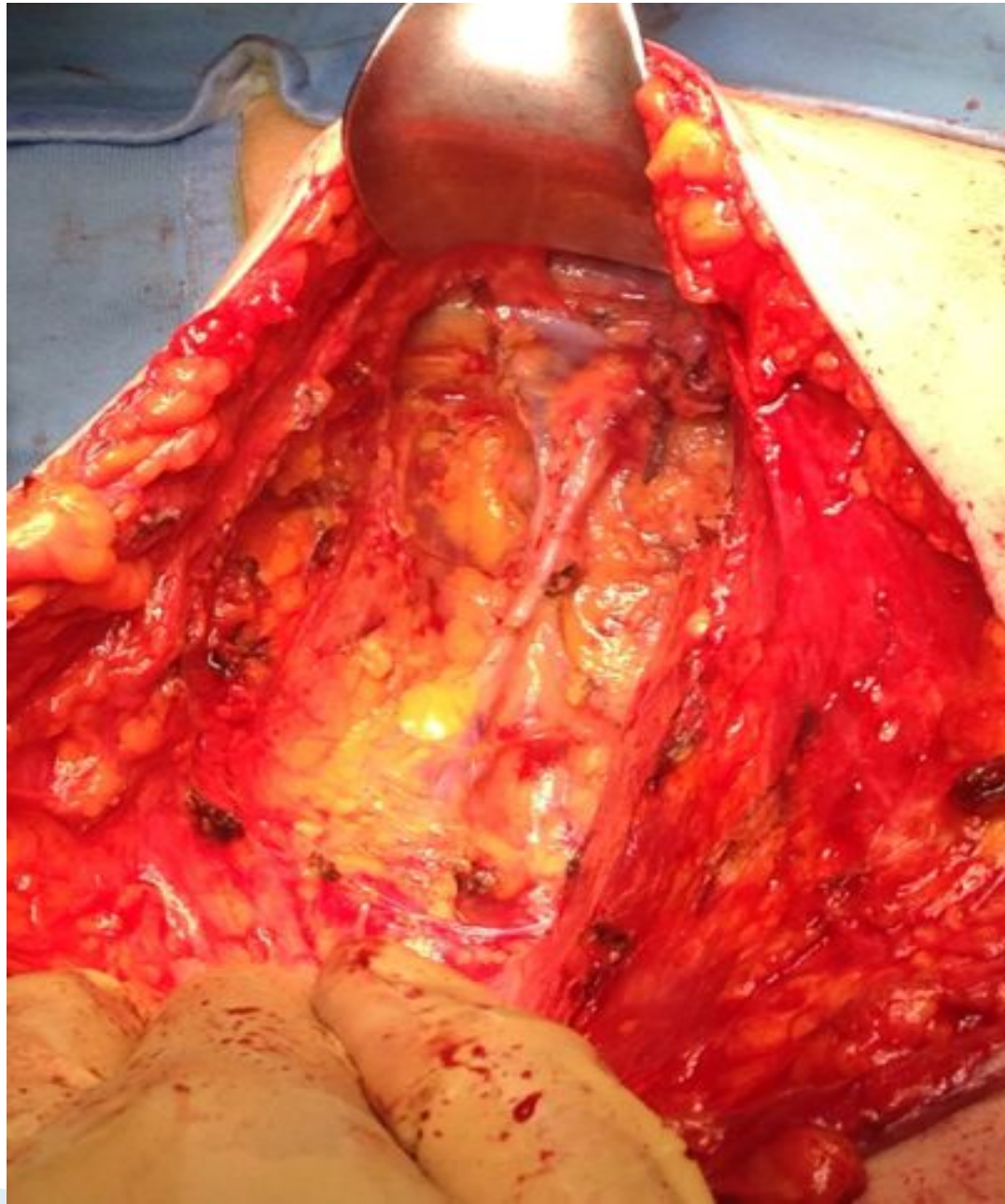


# Quale dissezione ascellare?

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!!*



