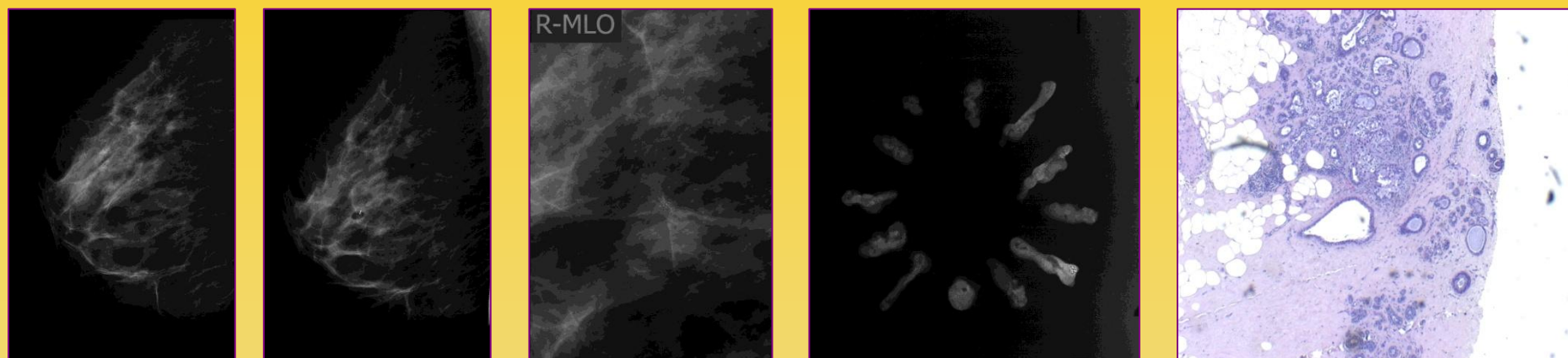


Management delle pazienti con diagnosi microistologica di ADH su prelievo VABB stereotassico.

Mariagrazia Lorusso*, Donato Iamelle**, Mariangela Capodice***, Maurilia Lasciarrea*, Antonietta Ancona****, Angela Vestito*, Francesco A. Zito*****
 *Radiologia – Senologia Ospedale S. Paolo – ASL BARI
 ** Scuola di Specializzazione Rad. Facoltà Medicina e Chirurgia – Università di FOGGIA
 *** Servizio di Radiologia - P.O. San Pietro Vernotico ASL BRINDISI
 **** Libero Professionista – BARI
 ***** Servizio di Anatomia Patologica – Ospedale S. Paolo – ASL BARI

Obiettivi: valutare la possibilità di un protocollo comune per un corretto management delle pazienti con diagnosi microistologica di ADH su prelievo VABB stereotassico, al fine di ridurre l'over-treatment.

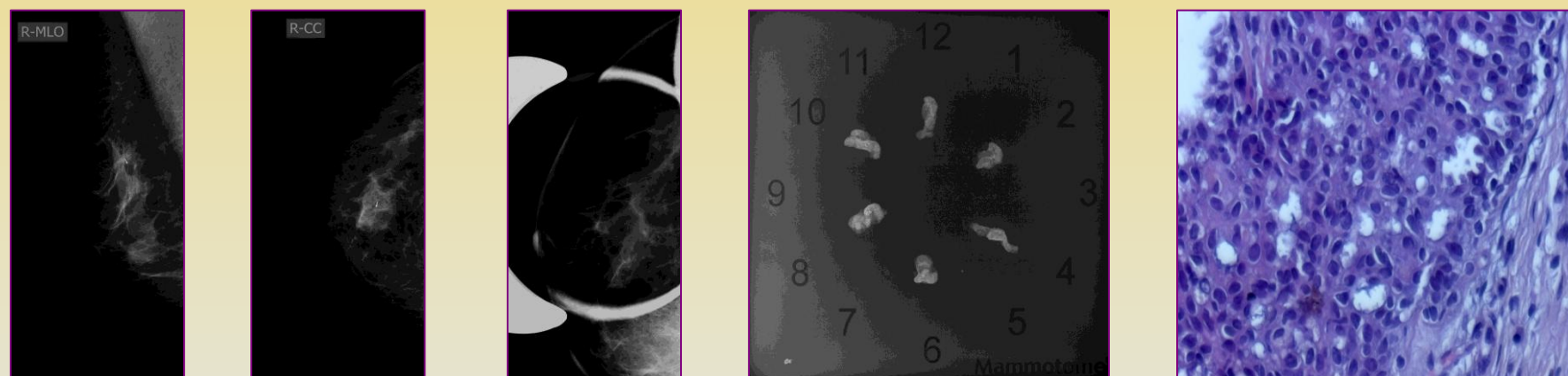
Metodi: è stata eseguita un'analisi retrospettiva di 177 diagnosi microistologiche di ADH. I 177 casi consecutivi riguardavano pazienti asintomatiche provenienti da screening regionale o spontaneo. Tali pazienti sono state suddivise in due gruppi: il primo, avviato all'intervento chirurgico, il secondo a follow-up di almeno 3 anni. Sono state calcolate la percentuale di sottostime diagnostiche della metodica rispetto all'esame istologico definitivo (gold-standard) sia per il primo che per il secondo gruppo in cui l'intervento si è reso necessario nel prosieguo del follow-up. Sono stati identificati alcuni parametri: BI-RADS mammografico, estensione della lesione, n° di foci dell'ADH, grado di atipia, completa escissione e anamnesi. Si è cercato di definire alcuni criteri utili alla gestione di tali pazienti in termini di indicazione chirurgica o follow-up.



Donna di 63 anni, A dx, nel QSE, cluster di mcr granulari in un'area di 4 mm.: B3 (ADH). Ist. def.: ADH

Risultati: delle 177 pazienti, 98 (55,4%) sono state avviate all'intervento; 79 (44,6%) sono state avviate al follow-up. Nel primo gruppo abbiamo avuto una sottostima di 19/98 casi (19,4%); nel secondo gruppo si sono avute 6/79 sottostime (13,1%). Tutti questi casi sono stati sottoposti retrospettivamente ad una analisi combinata delle caratteristiche anamnestico-mammo-microistologiche.

Conclusioni: Consigliamo l'exeresi chirurgica qualora sussista anche una sola delle seguenti condizioni: elevato grado di atipia della lesione, n° di dotti coinvolti adiacenti > a 2, storia familiare e soprattutto personale di K mammario, giudizio radiologico fortemente sospetto (BI-RADS 4-5), lesione > 1.5 cm..



Donna di 52 anni. A dx in SM, cluster di mcr miste in 1 cm. B3 (ADH) Ist. def.: ADH

Bibliografia:

1. Ancona A, Capodice M, Galiano, Mangieri F, Lorusso V, Gatta G. Vacuum-assisted biopsy diagnosis of atypical ductal hyperplasia and patient management. Radiol Med. 2011 Mar;116(2):276-91. doi: 10.1007/s11547-011-0626-9. Epub 2011 Jan 12
2. Lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3): what do we know? H.N. Purushothaman et al. Clinical Radiology 2016
3. Vance S, Zachary A, Garth H et al. 2007. Atypical ductal hyperplasia: improved accuracy with the 11 G vacuum-assisted vs 14 G core biopsy needle. Breast Oncology. 14:2497-2501