gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico

CONVEGNO NAZIONALE

GISMA 2015

Lo Screening mammografico in Italia:

i dati, gli strumenti, la ricerca ed i compagni di strada

Reggio Emilia
7-8 maggio 2015
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI REGGIO EMILIA

Il futuro influenza il presente tanto quanto il passato

(F.W. Nietzsche)

II sessione
PICCOLI TUMORI...

Chairmen: **D. Terribile, R. Vacondio**

11.10-11.25	La casistica: Gisma ed SQTM **L. Bucchi**
11.25-11.40	La gestione dei tumori in situ **A. Frigerio**
11.40-11.55	Gli aspetti di anatomia patologica **I. Castellano**
11.55-12.10	Le ripercussioni sulle donne: dagli esiti estetici agli aspetti psicologici **M.P. Mano**
12.10-12.30	Dagli abstract pervenuti: *una loro panoramica* *la parola a due autori*

11.55-12.10 Le ripercussioni sulle donne: dagli esiti estetici agli aspetti psicologici

M.P. Mano

I "PICCOLI TUMORI" SONO CURABILI CON TRATTAMENTI CONSERVATIVI E IN ITALIA GLI INDICATORI RELATIVI SONO BUONI PER TUTTI

MA...CI SONO TRATTAMENTI CONSERVATIVI CHE DANNO ESITI ESTETICI CHE SONO PEGGIORI UNA MASTECTOMIA

UN ESITI ESTETICO FALLITO PUO' RAPPRESENTARE, COME LA MASTECTOMIA, UNA MUTILAZIONE E UN CONTINUO "RICORDO DELLA MALATTIA"

NON ESISTE UNA ETA', PERTANTO, ADEGUATA PER ESSERE POCO ATTENTI ALL'ESITO

gis ma gruppo italiano screening mammografico

Torino 27 settembre 2013

Gli indicatori di verifica della qualità: aggiornamenti, riflessioni, proposte

Obiettivi fu.... anche

- Rassicurare la paziente fornendo un riferimento...non una fonte di ansia

Identificare problemi funzionali ed estetici

- Aggiornare la raccolta dati sullo stato
- scoprire le recidive per aumentare sur
- Valutazione risultati di studi in corso

gis ma | Gruppo Italiano Screening Mammografico

ASSOCIAZIONE SENONETWORK ITALIA ONLUS
IL NETWORK DEI CENTRI ITALIANI DI SENOLOGIA

Indicatori di esito estetico e funzionale

gruppo di lavoro congiunto
GISMA SENONETWORK
OBIETTIVO
Identificare nuovi indicatori di esito estetico

APPENDICE 1

Gruppo di Lavoro congiunto GISMa - Senonetwork su "Indicatori di esito estetico e funzionale"

Coordinatori:

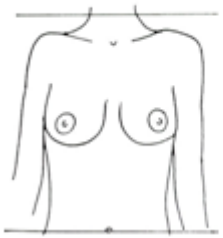
Maria Piera Mano	Università degli studi di Torino – Dip. Scienze Chirurgiche. CPO Piemonte Gruppo di lavoro GISMa/Senonetwork AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino.
Mario Taffurelli	Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna.

Componenti:

Massimiliano Bortolini	CPO Piemonte - Epidemiologia dei Tumori- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino.
Giacomo Datta	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Ospedale S. Giovanni Battista Molinette, Torino.
Pietro Panizza	Istituto Tumori Milano, Milano.
Francesca Pietribiasi	Azienda Sanitaria Moncalieri, Torino.
Antonio Ponti	CPO Piemonte - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino.
Paolo Rovea	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Ospedale S. Giovanni Battista Molinette, Torino.
Corrado Tinterri	Humanitas Cancer Center, Rozzano (MI).
Mariano Tomatis	CPO Piemonte – Epidemiologia dei Tumori - AOU Città della Salute e della Scienza, Torino.

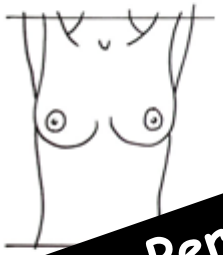
Advisory board:

Adriana Antonaci	Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata, Roma.
Stefano Bruschi	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino.
Francesco Caruso	Humanitas Centro Catanese di Oncologia, Catania.
Roy De Vita	Istituto dei Tumori di Roma Regina Elena, Roma.
Secondo Folli	Azienda USL della Romagna, Forlì.
Lucio Fortunato	Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Roma.
Silvana Gandolfo	Associazione Salute Donna, Torino.
Marco Klinger	Humanitas Cancer Center, Rozzano (MI).
Maria Grazia Lazzaretti	Ospedale Ramazzini Carpi, Carpi (MO).
Stefano Martella	Istituto Europeo di Oncologia (IEO), Milano
Mariella Muraca	Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze.
Roberto Murgo	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG).
Pinuccia Musumeci	Associazione Toscana Donna, Firenze.
Pierluigi Santi	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova
Sissi Semprini	Associazione Europa Donna Italia, Milano.
DanielaTerribile	HUG Hopitaux Universitaire de Geneve, Geneve UCSC Università Cattolica S. Cuore, Roma.
Carla Zanchini	AOUC Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze.
Vittorio Zanini	Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia.



Anteriore

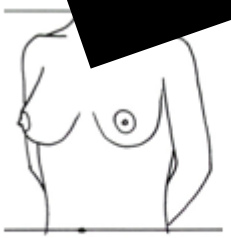
Limite superiore: metà altezza collo.
Limite inferiore: ombelico (limite inferiore della gabbia toracica nelle mammelle molto piccole; pube in quelle molto voluminose).
Braccia lungo il corpo, leggermente distanziate.



An

9- Percentuale di interventi di chirurgia conservativa e chirurgia demolitiva nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria (9)
Standard minimo <= 90%
Standard ottimale <= 99%

a è il sul punto più
ella mammella.
dietro la schiena.



Tre quarti sinistra

Il capezzolo della mammella più lontana è il sul punto più esterno del profilo della mammella.
Braccia dietro la schiena.

17 giudici
275
Studio
COS

Analisi MULTIVARIATA

	OR	p
COLORAZIONE	2.86	0.043
PROFILO ALTERATO	1.61	0.265
FIBROSI	1.56	0.238
RETRAZ. CICATRIZIALE	3.70	0.001
pBRA > 0.07	3.33	<0.001

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICATORI E STANDARD

Definizione	Standard Minimo %	Standard Ottimale %
INDICATORI DI ESITO ESTETICO		
1- Percentuale di pazienti che non presentano cicatrice retraente o diastasata	<= 80	<= 90
2- Proporzione di pazienti che non presentano discromie cutanee	<= 80	<= 90
3- Proporzione di pazienti, senza indicazione alla radioterapia, operate di mastectomia, che vengono sottoposte a ricostruzione immediata	>= 70	>= 80
4- Proporzione di pazienti operate di mastectomia che siano state sottoposte a skin sparing o a nipple skin sparing mastectomy	>= 60	>= 70
5- Proporzione di pazienti sottoposte a mastectomia che vengano operate con la tecnica della nipple- skin sparing mastectomy	>= 10	
6- Proporzione di pazienti con ricostruzione immediata che non abbiano materiale protesico a contatto con il sottocute del lembo della mastectomia	>= 95	>= 98
7- Proporzione di pazienti sottoposte a mastectomia e ricostruzione con l'ausilio di supporti biologici (derma umano o di origine animale) o matrici sintetiche che devono rientrare in studi clinici controllati	>= 95	>= 98
8- Proporzione di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) discussi al MMD	>=90	>= 99
9- Percentuale di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria	>= 90	>= 99
10- Percentuale di impianti perduti a sei mesi dopo una ricostruzione mammaria immediata	<= 9	<= 3

1.Percentuale di pazienti che non presentano cicatrice retratta o diastasata

Standard minimo < = 80%
Standard ottimale <= 90%

a.Percentuale delle pazienti che presentano cicatrici diastasate e/o retratte (secondo la definizione sotto riportata) sul totale di pazienti sottoposte ad intervento conservativo

b.Percentuale delle pazienti che presentano cicatrici diastasate e retratte (secondo la definizione sotto riportata) sul totale di pazienti sottoposte a mastectomia con ricostruzione

Lo stato della cicatrice viene valutato nel seguente modo:

regolare: cicatrice lineare senza spostamento della cute limitrofa;

diastasata: quando si presenta in uno o più punti allargata o con i punti laterali alla linea di incisione visibili;

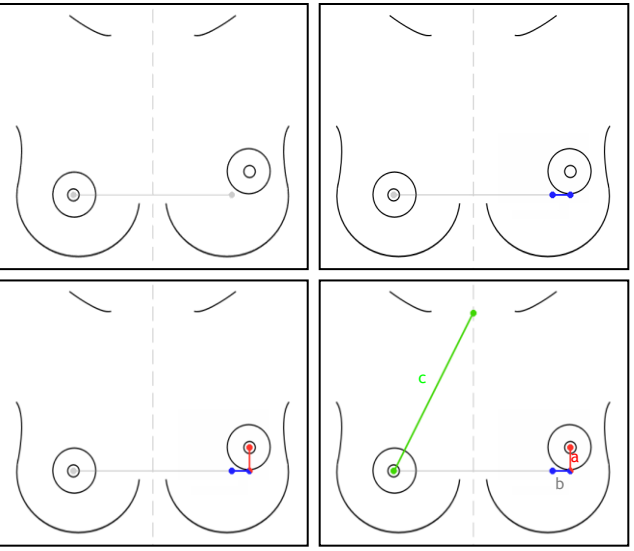
retratta: quando i piani cutanei limitrofi sono retratti verso la cicatrice

N.B. Le cicatrici ipertrofiche-cheloidee, che appaiono rilevate, discromiche (violacee) e che procurano disestesie (punture di spillo, prurito), sono considerate patologiche e non rientrano nel computo del numeratore

Motivazione:

le caratteristiche della cicatrice cutanea hanno un importane impatto sulla qualità di vita sia nella chirurgia conservativa che dopo mastectomia non solo per l'importanza del fattore estetico, ma anche per la possibili sintomatologia e limitazioni funzionale ad esse associata.

Definizione e calcolo del pBRA



OLTRE 80% DELLE PAZIENTI CHE ABBIANO SUBITO UNO O PIU' INTERVENTI CONSERVATIVI O DI MASTECTOMIA CON RICOSTRUZIONE E RISPARMIO DELL' AREOLA-CAPEZZOLO NON DEVE AVERE DEVIAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA CAPEZZOLO (Pbra) SUPERIORE a 0,7

N.B. Indicatore da sperimentare presso 2 o tre centri per verifica fattibilità

A. Percentuale di pazienti con deviazione del complesso areola capezzolo con valore pBra > 0.7 sul totale delle pazienti sottoposte a trattamento conservativo
B. Percentuale di pazienti con deviazione del complesso areola capezzolo con valore pBra > 0.7 sul totale delle pazienti sottoposte a mastectomia con ricostruzione

Il valore pBRA (6) si ottiene mediante una formula algebrica che tiene conto dello "spostamento" sull'asse verticale ed orizzontale di un capezzolo rispetto al contro laterale.

Il pBRA verrà successivamente, fornite le misure, calcolato dall'applicativo d Best per sqtm (come il rapporto tra la distanza del punto ottimale dal punto effettivo (ricavata dai valori *a* e *b*) e la distanza giugulo-capezzolo:

La scelta del trattamento chirurgico deve essere "modellata" sulla base del

-tipo di lesione

-tipo di mammella

-tipo di persona

- *Questi aspetti devono portare a scelte che rispettino*
  <u>i rischi oncologici</u>
  <u>gli esiti estetici</u>
  <u>gli esiti funzionali</u>

La scelta del trattamento chirurgico deve essere "modellata" sulla base del

-tipo di lesione

quantità di tessuto da rimuovere per avere margini indenni (dimensioni e pattern mammografico, istotipo)

sede della lesione

Interventi conservativi della mammella

AMPIA RESEZIONE

tessuto da asportare < = 10%

Incisione deve essere radiale , curvilinea e sovrastante la lesione

↓

occorre evitare l'esecuzione di "percorsi" nel parenchima

accurata emostasi

la sutura

deve essere limitata alla sola cute, lasciando che la sottostante cavità chirurgica venga compressa dalla medicazione rimodellante

o con punti avvicinamento "laschi " apposti a paziente in posizione di gravità

Interventi conservativi della mammella

oncoplastica

tessuto da asportare > 10%

Interventi conservativi della mammella

ONCOPLASTICA I LIVELLO

TESSUTO DA ASPORTARE< 20%

ONCOPLASTICA I LIVELLO

allestimento

LEMBI SCORRIMENTO CON INCISIONI LIBERATORIE
allo scopo di evitare di esercitare trazioni sul parenchima

con punti avvicinamento "laschi " apposti a paziente in posizione di gravità non a scopo emostatico

Interventi conservativi della mammella

ONCOPLASTICA II LIVELLO
asportazione tessuto 20-40%

ONCOPLASTICA II LIVELLO

-RIEMPIMENTO CON PARENCHIMA MAMMARIO DISLOCATO

-RIEMPIMENTO CON TESSUTO OMOLOGO PROVENIENTE DA ALTRE SEDI

-LIPOFILLING

…

linee di “forza” possano lasciare esiti eccellenti

INCISIONE CURVILINEA

B

D

È possibile individuare indicatori per la scelta del trattamento

% tessuto rimosso

sede lesione

densità parenchima

LA RESEZIONE DEL TUMORE NEI

QUADRANTI INFERIORE E MEDIALE

PRODUCE ESITI

ESTETICI MEDIOCRI CON FREQUENZA

MAGGIORE RISPETTO ALLA RESEZIONE

NELLE ALTRE SEDI

La scelta del trattamento chirurgico deve essere "modellata" sulla base del

*-**tipo di mammella***

grado di ptosi

dimensione e densità

È possibile individuare indicatori per la scelta del trattamento

% tessuto rimosso
sede lesione
densità parenchima

Densità parenchima

Mammella a **bassa densità**

rappresenta una controindicazione all'oncoplastica di I livello per l'alto rischio di necrosi del tessuto adiposo

La scelta del trattamento chirurgico deve essere "modellata" sulla base del

-tipo di persona

età, sindrome metabolica, malattie concomitanti, grado di comprensione e "vissuto"soggettivo

ESTETICI

Deviazione pBra e discromie capezzolo

si possono correggere mediante

LIPOFILLING
DERMOPIGMENTAZIONE
MASSAGGI SCOLLAMENTO
....