



Management delle lesioni ad alto rischio diagnosticate con biopsia microistologica allo screening



Dr. G. Melucci, Dr.ssa R. Antonazzo, Dr.ssa M. Raguso, Dr.ssa R. Quarta, Dr.ssa M. Favale
 SS Radiologia senologica -
 Dipartimento diagnostica per immagini e radioterapia
 ASL Taranto Dir. Dr. M. Resta

Obiettivi

Valutare incidenza e appropriatezza di gestione delle lesioni ad alto rischio diagnosticate allo screening mediante biopsia microistologica percutanea.

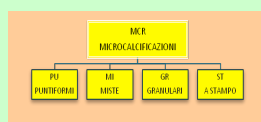
Materiali e Metodi

Dal 1 gennaio 2009 al 31 maggio 2013 sono state effettuate 29134 mammografie di screening (popolazione Taranto città). Sono state diagnosticate complessivamente mediante biopsia percutanea 76 lesioni benigne (2/1000) e 229 lesioni maligne (7.8 /1000), mentre 18 lesioni (0.6/1000) sono risultate ad incerto significato di malignità (11 lesioni sclerosanti, 5 iperplasie atipiche e 2 casi iperplasia/displasia non altrimenti specificata, ritenute B3 in base alle caratteristiche di imaging)

Risultati

| nr | Reperto | cm | Microistologia | | Esito microistologia | Verifi ca chirurgica immediata | FOLLOW UP in evoluzione | | | FOLLOW UP stazionario | | | Missing | Diagnosi finale | Intervento | |
|----|---------|------------|----------------|-------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------|---------|-----------------------|---------|---------|---------|----------------------------|------------|------|
| | | | Trucut | vab | | | 6 mesi | 12 mesi | 24 mesi | 6 mesi | 12 mesi | 24 mesi | | | QUART | MAST |
| 1 | MCR ST | 1 | | X | Lesione scleroelastolica | X | | | | | | | | ca duttale in situ G3 | X | |
| 2 | MCR PU | 2 | | X X | Iperplasia atipica | | | X | | | | | | ca duttale in situ | | X |
| 3 | MCR PU | settoriale | | X X | Iperplasia NAS | | X | | | | | | | ca duttale in situ | | X |
| 4 | MCR MI | settoriale | | X X X | Displasia NAS | | X | X | | | | | | ca duttale in situ | | X |
| 5 | MCR PU* | 1 | X | X | Lesione scleroelastolica | | X | | | | | | | ca duttale in situ | X | |
| 6 | MCR PU* | 1 | X | | Lesione scleroelastolica | | | | | X | | | | Follow up invariato | | |
| 7 | MCR PU | 0,8 | | X | Iperplasia atipica | | | | | X | | | | Follow up invariato | | |
| 8 | MCR GR | 1 | | X | Lesione scleroelastolica | | | | | | | X | | Missing | | |
| 9 | MCR GR* | 2 | X | | Lesione scleroelastolica | | | | | | | X | | Missing | | |
| 10 | DSP | 0,5 | X | X | Lesione scleroelastolica | | | X | | | | | | ca duttale in situ | X | |
| 11 | DSP | 0,8 | X | | Iperplasia atipica | X | | | | | | | | iperplasia duttale atipica | | |
| 12 | DSP | 1,2 | | X | Lesione scleroelastolica | X | | | | | | | | ca duttale in situ | X | |
| 13 | DSP | 1 | X | | Lesione scleroelastolica | X | | | | | | | | ca duttale in situ | X | |
| 14 | DSP | 1,5 | X | | Lesione scleroelastolica | X | | | | | | | | Adenosi sclerosante | | |
| 15 | DSP | 1 | X | | Lesione scleroelastolica | | | | | | | X | | Missing | | |
| 16 | OIS | 0,5 | X | | Iperplasia atipica | | | | | | | X | | Missing | | |
| 17 | OIS | 1 | X | | Lesione scleroelastolica | | X | | | | | | | ca duttale in situ | X | |
| 18 | ASP | 10 | X | | Iperplasia atipica | X | | | | | | | | ca duttale in situ G2 | X | X |

Legenda



DSP
DISTORSIONI PARENCHIMALI

OIS
OPACITÀ IRREGOLARE SFUMATA

ASP
ASIMMETRIA PARENCHIMALE

*
VISIBILE ALL'ECOGRAFIA

Delle 18 lesioni borderline diagnosticate alla biopsia microistologica percutanea, 9 erano rappresentate da microcalcificazioni, 5 da distorsione parenchimo-stromale 2 da opacità irregolari a limiti sfumati, 1 da asimmetria parenchimale. Le dimensioni sono risultate tra 0.5 e 1 cm in 14 casi; 2 cm in 1 caso; estensione settoriale in 2 casi (microcalcificazioni); 10 cm in 1 caso (asimmetria parenchimale). Per i reperti di distorsione, opacità e asimmetria il prelievo è stato effettuato mediante tru cut su guida ecografica (tranne 1 caso, effettuato con metodo VAB); per le microcalcificazioni, con metodo VAB su guida radiologica stereotassica (tranne 2 casi, effettuati con metodo tru cut). L'esito della microistologia è risultato: lesione sclero-elastolica in 11 casi; iperplasia atipica in 5 casi; iperplasia e displasia non altrimenti specificata in 2 casi, inclusi nella categoria borderline per le peculiarità radiologiche del reperto (microcalcificazioni).

All'istologia definitiva 10 casi su 18 sono risultati tumorali; in 4 casi la diagnosi definitiva è avvenuta contestualmente per forte discordanza tra imaging e microistologia (1 caso di microcalcificazioni a stampo - 3 casi di distorsione parenchimale); in 6 casi in differita, a seguito di variazioni/rivalutazioni al follow up (3 casi di microcalcificazioni puntiformi, 1 caso di microcalcificazioni miste, 1 caso di microcalcificazioni granulari, 1 caso di opacità irregolare sfumata). Dei restanti 8 casi, in 2 l'istologia definitiva ha confermato i dati del prelievo microistologico; in 2 non si è avuta evoluzione al FU a 12 e 24 mesi; in 4 non si sono avute informazioni di ritorno. Con riferimento all'istologia definitiva nota (escluso i missing), sono risultate tumorali 6 su 8 lesioni sclero-elastoliche, 2 su 4 iperplasie atipiche e i 2 casi di iperplasia e displasia NAS.

Conclusioni

La gestione dei casi ad alto rischio (lesioni sclerosanti, iperplasie atipiche) è tutt'oggi controversa, mancando linee guida unanimemente condivise. L'esiguità della casistica non permette valutazioni in chiave statistica. Appare pertanto utile testarne il significato in rapporto ai risultati del proprio Centro, attraverso un processo di autovalutazione che porti a identificare con maggiore aderenza alla propria realtà lavorativa la possibilità di sovra o sottotrattamento. Nella nostra esperienza con circa il 55% di sottostime e/o evoluzione verso forme tumorali (71% non considerando i missing) la exeresi chirurgica risulta il trattamento più appropriato.

Bibliografia

Controversies on the management of high - risk lesions at core biopsy from a radiology/pathology perspective - Dianne Georgian-Smith, Thomas J. Lawton; Radiol Clin N Am 48 (2010) 999-1012. - / - Image-guided breast biopsy and management of high risk lesions - Berg W. Radiol Clin N Am 42 (2004) 935-946