

STUDIO DELLE LESIONI INFRACLINICHE MAMMARIE: LOCALIZZAZIONE PRE-OPERATORIA CON CARBONE VEGETALE

L'incidenza del tumore della mammella è purtroppo in netto e continuo incremento. In Italia ogni anno i nuovi casi sono stimati intorno a 27.500 ovvero il 27% di tutti i tumori femminili. Inoltre si sta osservando con un certo sgomento l'abbassarsi dell'età di insorgenza di tale tipo di tumore: vengono colpite donne sempre più giovani.

Non siamo purtroppo a conoscenza di sicuri fattori predisponenti a tale patologia. Da qui la necessità di combattere con la diagnosi precoce la malattia.

La diagnosi precoce, di cui si è fatto e si fa un gran parlare, risulta essere effettivamente l'arma più sicura ed efficace a nostra disposizione. Consiste nel reperire le lesioni nella fase più iniziale possibile, quando cioè le loro dimensioni sono ancora limitate. Infatti la dimensione del tumore influenza in maniera determinante non solo il tipo di intervento chirurgico (più è piccola la lesione e meno questo sarà demolitivo), ma anche la terapia post-intervento (dopo una quadrantectomia si esegue generalmente solo una terapia radiante) e

naturalmente anche la prognosi della paziente.

L'attenzione degli operatori ed i loro sforzi sono pertanto volti al riconoscimento delle lesioni cosiddette infracliniche ovvero non palpabili della mammella.

Si può quindi ben comprendere la necessità di eseguire controlli periodici approfonditi e non eccessivamente distanziati ed in presenza di dubbio diagnostico l'importanza di approfondire la diagnosi con tecniche adeguate volte all'asportazione della lesione o di parte di essa per poterne eseguire un esame istologico.

Posta l'indicazione all'approfondimento diagnostico di una lesione infraclinica con esame istologico, la scelta della metodica da impiegare è allo stato attuale estremamente vasta. Tra le tecniche a disposizione si inserisce la biopsia previa localizzazione della lesione con carbone vegetale.

Questa tecnica viene utilizzata da 15 anni pertanto la sua sicurezza e validità sono ampiamente dimostrate.

Si fonda sull'iniezione transcuta-

nea da parte del Radiologo di colorante dopo avere adeguatamente centrato la lesione. Lo scopo è quello di permettere al Chirurgo, durante un piccolo intervento ambulatoriale, di localizzare la porzione di mammella da asportare che sarà ovviamente di piccole dimensioni.

La centratura può essere eseguita dal Radiologo sia sotto guida ecografica che a mano libera con successivo controllo radiografico per la verifica della corretta posizione dell'ago. La scelta del tipo di centratura dipende ovviamente dalla migliore visione dell'immagine, tuttavia si predilige, quando possibile, quella ecografica per la sua estrema rapidità, data dalla possibilità di verificare in tempo reale il corretto posizionamento dell'ago. Anche la guida mammografica, sebbene un poco più indaginosa, in mani adeguatamente addestrate ed esperte risulta di semplice esecuzione. In questo caso si posiziona l'ago sulla base dei radiogrammi precedentemente eseguiti nelle due proiezioni ortogonali (cranio-caudale e latero-laterale)

scegliendo un approccio anteriore. L'ingresso dell'ago è in entrambe le centrature generalmente in senso antero-posteriore ovvero perpendicolarmente al piano toracico. Lo scopo è comunque quello di percorrere con l'ago il tragitto più breve possibile in modo da ottenere due risultati: agevolare l'approccio chirurgico ed ottenere indubbi vantaggi estetico-cicatriziali.

Dopo il posizionamento dell'ago e, in caso di lesioni visibili radiograficamente, la sua verifica mediante due radiogrammi nelle proiezioni ortogonali, si può procedere all'iniezione di sospensione di carbone vegetale (concentrazione al 4%).

Il quantitativo di colorante impiegato dal Radiologo è di circa 1ml; questo deve essere iniettato circa 5mm anteriormente alla lesione per formare un "pozzetto", quindi, nell'atto di sfilare l'ago, si deve continuare il rilascio di sostanza al fine di creare una traccia di carbone fino alla cute ove resta un tatuaggio minimo. Durante l'inoculazione la Paziente può avvertire un senso di bruciore. Tale sensazione termina tuttavia subito dopo l'estrazione dell'ago ed a detta delle Pazienti stesse è facilmente tollerabile.

La Paziente è quindi pronta per eseguire l'intervento chirurgico ambulatoriale. Questo può essere effettuato immediatamente ma anche a distanza di tempo: fino a 20-30 giorni dopo l'inoculazione poiché il carbone vegetale permane stabile nel parenchima mammario per tutto questo periodo. La possibilità di programmare l'intervento anche a distanza di tempo è indubbiamente uno dei vantaggi di questa tecnica dato che durante l'attesa la Paziente è in grado di svolgere le sue normali attività quotidiane.

Al momento dell'intervento il Chirurgo, partendo dal minimo tatuaggio cutaneo, segue la traccia di carbone fino ad arrivare al "pozzetto" dove amplia l'exeresi per includere l'area sospetta.

Il pezzo operatorio viene quindi

inviato in radiologia per il controllo radiografico od ecografico, a seconda del tipo di centratura effettuata, al fine di confermare l'avvenuta escissione della lesione.

La biopsia chirurgica previa localizzazione con carbone vegetale, come sopradescritto è quindi una tecnica di rapida e di relativamente semplice esecuzione da operatori Radiologi e Chirurghi esperti. Grazie a tali caratteristiche ha mantenuto un ruolo ben preciso in questi anni rispetto ad altre tecniche di reperaggio quali ad esempio il filo metallico e la R.O.L.L. (Radio-guided Occult Lesion Localization). Inoltre non risulta completamente rimpiazzata nemmeno dalle tecniche mini-invasive quali il Mammotome. Anzi, noi la prediligiamo rispetto a quest'ultimo in alcune situazioni diagnostiche. Si preferisce adoperare la biopsia chirurgica previa localizzazione con carbone vegetale in pazienti che per età o patologia non tollererebbero il mantenimento di una medesima e ben precisa posizione a lungo, circa 15-20 minuti per la procedura Mammotome sotto guida ecografica e circa 40 per la

guida stereotassica, tempi validi per operatori esperti.

Si sceglie di eseguire il carbone vegetale quando l'immagine dubbia sia in posizione difficilmente aggredibile con il Mammotome, ad esempio, in sedi molto periferiche della mammella. Il carbone vegetale, inoltre, viene adoperato successivamente a quest'ultimo quando sia necessaria la radicalizzazione nella sede dell'avvenuta esecuzione della biopsia mini invasiva.

Infine, ma non da ultimo, tra i vantaggi della biopsia previa localizzazione con carbone vegetale includiamo il fatto che sia ben accettata anche alle Pazienti per la sua rapida e relativamente semplice esecuzione, per l'assenza di complessi macchinari che talvolta pongono inevitabilmente una distanza incolmabile tra l'operatore e la Paziente, nonché per i buoni risultati estetico-cicatriziali.

Dr.ssa Margherita Millefiori

Dirigente medico di I livello

*Centro di Senologia
della Clinica Mangiagalli ICP*

*Radiologa presso Polidiagnostico
CAM Centro Analisi Monza*

Di **"Patologia infraclinica della mammella: localizzazione pre-operatoria con carbone vegetale"** si parlerà

mercoledì 5 novembre 2003 - ore 21

presso il **Polidiagnostico CAM** di viale Brianza 21 a Monza

Relatori:

- | | |
|------------------------------|--|
| dr. G. Reali: | Intervento introduttivo sul tumore alla mammella e sullo studio delle lesioni infracliniche mammarie |
| dr.ssa M. Millefiori: | La localizzazione pre-operatoria delle lesioni infracliniche mammarie |
| dr. R. Sala: | Aspetti chirurgici |

Si prega di contattare il numero 039 2397.1 per confermare la propria presenza.