



INFORMAZIONI PER LA PAZIENTE AFFETTA DA NEOPLASIA MALIGNA DELLA MAMMELLA CANDIDATA AD INTERVENTO CHIRURGICO

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

SSD BREAST UNIT
Responsabile: dott.ssa Serena Scomersi

NUMERI UTILI

Dirigenti Medici:
dott.ssa Margherita Fezzi
dott.ssa Annalisa Zucca

Infermiere di Senologia:
dott.ssa Francesca Corvi
dott.ssa Laura Mauro

Telefono: 040 399 4166

Email: breast-unit@asugi.sanita.fvg.it



Gentile Signora,

il presente opuscolo è stato redatto per fornirLe alcune informazioni riguardanti il percorso diagnostico e terapeutico previsto per l'intervento relativo alla neoplasia maligna della mammella al quale Lei deve essere sottoposta.

Le informazioni contenute non sostituiscono il colloquio diretto con il Suo Chirurgo di riferimento. Per tale motivo non esiti ad esporre eventuali dubbi e richieste di delucidazioni.

LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Nel corso di una o più visite, il Chirurgo Le fornirà tutte le informazioni riguardanti il percorso clinico da svolgere e Le illustrerà le indagini strumentali cui dovrà eventualmente essere sottoposta per il completamento della diagnosi: in alcuni casi, infatti, risultano indicate, oltre agli accertamenti diagnostici già eseguiti, una RISONANZA MAGNETICA MAMMARIA E/O UN'ECOGRAFIA MAMMARIA DI APPROFONDIMENTO.

Il Chirurgo Le spiegherà, inoltre, che in alcuni casi la pianificazione dell'intervento chirurgico rende necessaria la PRECISA LOCALIZZAZIONE DI UNA LESIONE MAMMARIA NON PALPABILE. E' infatti necessario, talvolta, demarcare l'area ghiandolare sede della neoplasia: ciò viene eseguito mediante l'iniezione di un colorante (carbone vegetale) sotto guida ecografica o mammografica (stereotassi). Tale procedura definita come POSIZIONAMENTO DI UN REPERE lascia una traccia sulla cute che permetterà al Chirurgo di reperire la lesione in maniera precisa. In alternativa la localizzazione della lesione mammaria può essere eseguita presso la S.C. di Medicina Nucleare: in tal caso la metodica, definita ROLL, prevede l'iniezione, sotto guida ecografica, di un tracciante radioattivo. In alcuni casi potrà essere eseguito un controllo radiologico della porzione ghiandolare asportata (mammografia del pezzo operatorio).

Il Chirurgo completerà poi la Sua cartella clinica allo scopo di valutare il Suo stato di salute generale e La informerà circa la necessità di eseguire alcuni esami in preparazione all'intervento. Dovrà, infatti, essere sottoposta ad esami

del sangue completi, elettrocardiogramma, radiografia del torace e visita con l'Anestesista. In alcuni casi, inoltre, potrebbe essere necessario eseguire valutazioni aggiuntive (per esempio visita cardiologica).

Alla luce dei risultati ottenuti dalla valutazione clinica e dagli esami pre-operatori, dopo aver discusso il Suo caso in ambito multidisciplinare, il Chirurgo Le proporrà l'intervento chirurgico necessario (solitamente in anestesia generale), Le spiegherà come questo verrà realizzato e Le parlerà delle possibili complicanze ad esso legate. Nel corso di questo colloquio sarà invitata a porre tutti i quesiti e le domande che Le sono necessari per ben comprendere quanto Le è stato presentato. Al termine della visita Le sarà fornito il modulo di consenso informato che dovrà essere firmato e consegnato al Chirurgo al momento del ricovero in ospedale.

A partire dalla prima visita e durante tutto il percorso sarà seguita dall'Infermiera di Senologia, che Le fornirà tutte le indicazioni necessarie alla preparazione all'intervento e la seguirà nel periodo postoperatorio.

Se sentisse la necessità di avere un supporto di tipo psicologico, è a disposizione una figura professionale dedicata presso il servizio di Psicologia Clinica contattabile dal suo Chirurgo di riferimento.

I DIVERSI TIPI DI INTERVENTO CHIRURGICO

Esistono diversi tipi di intervento chirurgico necessari al trattamento di una patologia mammaria maligna ed il Chirurgo Le spiegherà quale procedura è indicata nel Suo caso specifico. La scelta è condizionata dal diametro della neoplasia e dal rapporto tra volume mammario e volume della lesione.

In particolare sono possibili interventi di asportazione della parte di ghiandola mammaria affetta dalla neoplasia (**QUADRANTECTOMIA**) ed interventi che prevedono l'asportazione di tutta la mammella (**MASTECTOMIA**). La scelta tra un intervento conservativo ed uno demolitivo non è indicativa della gravità del tumore o della prognosi complessiva, ma è espressione dell'estensione della malattia all'interno della ghiandola mammaria. Inoltre la scelta conclusiva circa la tipologia di intervento chirurgico da eseguire sarà condivisa con Lei, previa adeguata e completa informazione riguardante i potenziali benefici e le complicanze a breve e lungo termine tipici di ciascuna tecnica.

Questi interventi chirurgici vengono realizzati in anestesia generale, anche se, in caso di particolari controindicazioni, in alcuni casi selezionati o su espressa richiesta della Paziente, è possibile eseguire gli interventi di quadrantectomia e/o di biopsia del linfonodo sentinella in anestesia locale e sedazione.

L'intervento chirurgico di **QUADRANTECTOMIA** permette la conservazione dei restanti quadranti mammari, e rende obbligatoria l'esecuzione della **Radioterapia post-operatoria**, che Le verrà praticata dopo la dimissione e la visita oncologica, presso il Servizio di Radioterapia.

In alcuni casi potrà essere eseguita la **Radioterapia intra-operatoria (IORT)** che prevede la somministrazione, durante l'intervento chirurgico, di una quota (boost) di radiazioni nella sede della quadrantectomia. In questo caso il trattamento radioterapico verrà poi completato con alcune sedute di radioterapia esterna postoperatoria.

In alcuni casi selezionati è possibile somministrare durante l'intervento la dose totale di radiazione necessaria al trattamento della patologia (Radioterapia Intraoperatoria IORT Esclusiva) ed evitare, quindi, il successivo ricorso a radioterapia esterna.

Nei casi in cui la conservazione mammaria non sia possibile, date le dimensioni e la sede della lesione e considerato il volume della mammella, il Chirurgo Le proporrà l'intervento di **MASTECTOMIA**, che prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo. Oggi questo intervento può essere realizzato con la tecnica **SKIN-SPARING** che permette di conservare gran parte della cute. In casi molto selezionati potrà essere conservato anche il complesso areola-capezzolo (**NIPPLE SPARING**).

Nei casi in cui si renda necessario il ricorso ad una mastectomia, nel corso di una visita specialistica congiunta Chirurgo Generale - Chirurgo Plastico, Le verrà prospettata l'eventuale possibilità di una **RICOSTRUZIONE MAMMARIA**. In particolare Le verrà spiegato che è possibile farlo immediatamente, nel corso dell'intervento chirurgico di mastectomia, ma che talvolta è preferibile eseguire questo intervento in un secondo momento, dopo aver completato il percorso di cura della malattia e le eventuali chemio e/o radioterapia.

Gli interventi di ricostruzione mammaria sono molteplici ed il Chirurgo Plastico Le spiegherà che è possibile, a seconda dei casi, di posizionare al posto della mammella asportata delle protesi o degli espansori

da sostituire in un secondo momento con delle protesi definitive o scegliere di ricostruire la mammella con porzioni di tessuto prelevati da diverse Sue sedi anatomiche (lombi autologhi). Il Chirurgo Plastico Le spiegherà quale intervento risulterà più adatto al Suo caso specifico e La aiuterà a scegliere il tipo di ricostruzione cui essere sottoposta. A tale scopo Le verrà fornito un opuscolo dedicato ed elaborato dall'equipe di Chirurgia Plastica.

Il trattamento della patologia neoplastica mammaria prevede, oltre all'intervento demolitivo o conservativo sulla mammella, la valutazione dello stato dei linfonodi ascellari. Le cellule neoplastiche tendono, infatti, a prendere le vie linfatiche il cui sito di drenaggio preferenziale è rappresentato dai linfonodi ascellari. Nella maggior parte dei casi, laddove gli esami preoperatori non dimostrino la presenza di metastasi linfonodali ascellari è indicato praticare la **BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA**. Questo è il primo linfonodo che riceve la linfa dall'area mammaria affetta dalla neoplasia e risulta il primo ad essere eventualmente interessato da cellule tumorali. Se questo linfonodo risulta coinvolto in modo importante, esiste la possibilità di un interessamento degli altri linfonodi ascellari, mentre in caso di negatività o di presenza di coinvolgimento limitato, tale evenienza è del tutto eccezionale. Il linfonodo sentinella viene individuato con un esame chiamato **LINFOSCINTIGRAFIA** che consiste nella somministrazione di un tracciante debolmente radioattivo mediante un'iniezione eseguita 24 ore prima dell'intervento a livello della neoplasia. Tale esame viene eseguito solitamente alle ore 13 del giorno precedente l'intervento presso la Struttura Complessa di Medicina Nucleare.

L'obiettivo di tale esame è quello di identificare il/i linfonodi sentinella che vengono individuati in sala operatoria con una particolare sonda che capta la sostanza radioattiva emettendo un segnale sonoro. Ciò permetterà l'asportazione del linfonodo attraverso un'incisione separata a livello ascellare o attraverso la medesima incisione utilizzata per praticare l'intervento sulla ghiandola mammaria.

Il linfonodo può essere analizzato nel corso dello stesso intervento chirurgico con una metodica definita "**TOUCH IMPRINT**" o con metodica molecolare **OSNA** e che permettono di evidenziare la presenza di cellule neoplastiche nel linfonodo. In caso di positività si procede nel corso della stessa seduta operatoria o successivamente all'eventuale asportazione dei linfonodi ascellari (**DISSEZIONE ASCELLARE**). Nel caso di negatività è comunque obbligatorio attendere la conferma fornita dall'esame istologico definitivo disponibile dopo circa venti giorni.

In alcuni casi è possibile disporre già pre-operatoriamente di un esame citologico positivo a carico dei linfonodi ascellari: in tal caso la biopsia del linfonodo sentinella risulta controindicata e verrà eseguita obbligatoriamente la dissezione ascellare.

IL PERIODO PREOPERATORIO

Per l'esecuzione degli esami preoperatori verrà indirizzata all'Ambulatorio di Preparazione all'Intervento Chirurgico: l'Infermiera di Senologia provvederà a comunicarle gli appuntamenti per i controlli programmati (esami del sangue, radiografia del torace, elettrocardiogramma, eventuali visite specialistiche e visita anestesiologicala) e per gli eventuali approfondimenti diagnostici (Risonanza Magnetica, Ecografia, posizionamento del repere in corso di Ecografia o Mammografia), che verranno eseguiti in regime ambulatoriale.

Al termine della preparazione verrà contattata dall'Infermiera di Senologia e Lei verrà comunicata la data dell'intervento chirurgico.

IL GIORNO PRIMA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

Il ricovero in ospedale avverrà generalmente il giorno precedente all'intervento. Per gli interventi che non prevedono la ricostruzione mammaria, Lei sarà degente presso la SC Clinica Chirurgica al 15° piano. Per gli interventi che prevedono la ricostruzione mammaria, verrà ricoverata presso la S.C Chirurgia Plastica, 9° piano.

Il giorno precedente l'intervento chirurgico, dopo le ore 14, dovrà presentarsi per il ricovero in Reparto ove eseguirà la visita chirurgica preoperatoria ed eventuali ulteriori esami del sangue.

Se è candidata a biopsia del linfonodo sentinella, prima del ricovero, alle ore 13, dovrà presentarsi presso il Servizio di Medicina Nucleare ove sarà sottoposta alla linfoscintigrafia per l'individuazione del linfonodo sentinella.

Nel caso di ricovero il giorno dell'intervento dovrà presentarsi in Reparto a digiuno alle ore 7.00. Le chiediamo di provvedere, alcuni giorni prima del ricovero, alla depilazione dell'ascella da operare, possibilmente con crema, e di fare una doccia il giorno precedente l'intervento.



IL GIORNO DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

Dovrà rimanere a digiuno completo (anche per i liquidi) dalle ore 24 del giorno precedente e dovrà astenersi completamente dal fumo. Circa 30 minuti prima di essere portata in sala operatoria Le sarà somministrato un farmaco sedativo con funzione di pre-anestesia.

Prima dell'intervento l'Anestesista potrebbe proporre l'esecuzione di un blocco nervoso realizzato mediante l'infiltrazione con anestetico locale delle strutture nervose che sono responsabili del dolore in sede mammaria. Tale procedura è breve ed eseguita sotto guida ecografica prima di entrare in sala operatoria e Le consentirà di avere una migliore copertura antalgica nel postoperatorio.

Dopo l'intervento chirurgico verrà portata in Sala di Risveglio (Recovery Room), dove trascorrerà, sotto attento monitoraggio clinico, le prime ore del postoperatorio. La medicazione sarà ricoperta da una fasciatura modestamente compressiva e/o modellante e potranno essere presenti uno o più tubi di drenaggio che hanno la funzione di aspirare le secrezioni formate nella sede di intervento. Nel pomeriggio verrà riaccompagnata in Reparto. Durante le prime ore Le verranno somministrati farmaci antidolorifici ed alcune fleboclisi. Il personale infermieristico provvederà al controllo della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e dello stato della medicazione e dei tubi di drenaggio ed, in serata, potrà aiutarLa a sedere e ad alzarsi dal letto. Trascorsa qualche ora dall'intervento chirurgico potrà bere acqua, tè leggero o camomilla ed assumere una cena leggera.

IL PERIODO POSTOPERATORIO

Saranno eseguite la visita medica, la medicazione, gli esami ematochimici di controllo e verrà valutata la quantità di liquido presente nei drenaggi. Verrà sospesa l'infusione di liquidi in fleboclisi, potrà alzarsi da sola e mangiare come d'abitudine. La terapia antidolorifica sarà somministrata per via orale.

Sulla base delle Sue condizioni generali e della situazione clinica verrà decisa la data della dimissione.



LA DEGENZA

Se è stata sottoposta ad intervento chirurgico demolitivo e/o a

dissezione ascellare completa, i drenaggi verranno mantenuti in sede per alcuni giorni e la quantità di liquido drenato sarà monitorata quotidianamente. Dapprima il liquido avrà un aspetto siero-ematico, poi diventerà di giorno in giorno più limpido e la sua quantità andrà via via diminuendo sino a divenire trascurabile ed a permettere la rimozione del drenaggio.

LA DIMISSIONE

La dimissione avverrà dopo la valutazione del suo stato clinico generale. Per gli interventi di chirurgia conservativa (quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella) la dimissione avviene solitamente il giorno dopo l'intervento chirurgico, nelle prime ore del pomeriggio. Non sempre il drenaggio viene rimosso prima della dimissione e nel caso in cui venga dimessa con il drenaggio riceverà le informazioni necessarie alla sua gestione al domicilio e Le saranno comunicate le date per le visite di controllo. Solitamente il drenaggio viene controllato nel corso di visite a cadenza giornaliera.

Per gli interventi chirurgici demolitivi con dissezione ascellare ed in caso di ricostruzione mammaria il ricovero sarà più prolungato (5-7 giorni) e la durata della degenza verrà concordata in collaborazione con l'equipe di Chirurgia Plastica.

In caso di DISSEZIONE ASCELLARE eseguirà una VISITA FISIATRICA nel corso della quale Le verranno illustrati alcuni esercizi da praticare come riabilitazione e Le verrà consegnato un opuscolo contenente la descrizione degli esercizi consigliati ed alcune informazioni di carattere generale. Tale visita e l'eventuale successivo trattamento riabilitativo verranno eseguiti presso la Struttura Complessa di Riabilitazione sita all'Ospedale Maggiore.

All'atto della dimissione riceverà una lettera per il Suo Medico di Medicina Generale, il modulo per l'esenzione dal ticket (048) al quale ha diritto e che Le consentirà di non pagare per le prestazioni correlate alla Sua patologia ivi compresa l'acquisizione di una protesi da usare nel suo reggiseno nel caso fosse stata sottoposta ad una mastectomia senza ricostruzione immediata. Le verranno inoltre fornite alcune indicazioni riguardo alle precauzioni da tenere al domicilio e Le saranno indicati gli analgesici dei quali potrà avvalersi i primi giorni dopo la dimissione.

Le saranno inoltre comunicati le date della visita chirurgica di controllo e gli

appuntamenti per le medicazioni. Il referto dell'esame istologico Le verrà comunicato non appena disponibile. La ripresa dell'attività lavorativa verrà valutata caso per caso. Potrà chiedere copia della cartella clinica agli sportelli CUP ed il certificato di degenza per il datore di lavoro presso l'Ufficio Accettazione.

IL RITORNO A CASA

Dopo l'intervento è normale avvertire alcune sensazioni in sede di ferita chirurgica. Una sensazione di gonfiore può essere dovuta ad una piccola raccolta che si riassorbe di regola nell'arco di due-tre settimane ed una sensazione di tensione potrà richiedere l'assunzione dell'analgescico prescritto all'atto della dimissione. Sono rare la comparsa di dolore molto intenso e/o febbre: in tal caso è opportuna una rivalutazione medica da parte del Chirurgo di riferimento.

È opportuno indossare durante il giorno un reggiseno senza ferretti o un reggiseno sportivo contenitivo. Non devono esserci particolari limitazioni all'uso del braccio: potrà svolgere le Sue attività quotidiane ma dovrà astenersi dagli sforzi più pesanti e dalla guida per circa quindici giorni.

Nella maggior parte dei casi non sarà necessario provvedere alla rimozione dei punti, poiché la ferita viene solitamente suturata a livello intradermico con un filo riassorbibile. La ferita chirurgica non dovrà essere bagnata per i primi 5-7 giorni; potrà fare la doccia dopo una settimana dall'intervento.

Sono sconsigliati la depilazione e l'uso di deodoranti per almeno 4 settimane dall'intervento chirurgico.

Talvolta possono formarsi dei cordoncini fibrosi dolenti tra ascella e braccio che si evidenziano durante l'apertura del braccio. In tal caso è comunque opportuno contattare il Chirurgo che provvederà a sua volta ad organizzare con il Fisiatra delle sedute di fisioterapia nel corso delle quali verranno messe in atto alcune manovre di scollamento e manipolazione.

Soprattutto dopo dissezione ascellare e raramente dopo biopsia del linfonodo sentinella, potrà avvertire formicolii o parestesie (sensazione di ridotta sensibilità cutanea) in corrispondenza della cute del braccio. Sono

dovuti al traumatismo di piccoli nervi sensitivi e in genere scompaiono non appena le fibre nervose si rigenerano in un tempo variabile da qualche settimana ad alcuni mesi. In ogni caso questi disturbi non devono interferire con l'attività quotidiana.

LA GESTIONE DEL DRENAGGIO A DOMICILIO

Il drenaggio è un dispositivo in plastica fornito di fori ad una estremità ed inserito in sede di intervento. È fissato alla cute con un punto di sutura ed è collegato ad un sistema chiuso di aspirazione che non ne permette la contaminazione. Il liquido aspirato si raccoglie nel soffiutto del drenaggio che viene svuotato ogni 24 ore per calcolarne la quantità totale. Solitamente dopo un intervento di quadrantectomia e biopsia del linfonodo sentinella la quantità è pari a 0 – 10 cc e per tale motivo il drenaggio viene sfilato il giorno successivo all'intervento chirurgico. In caso contrario esso rimarrà in sede e Lei sarà invitata a presentarsi quotidianamente per svuotarlo e controllarlo. Potrà tenere il drenaggio al di sotto dei vestiti e, tenuto conto del fatto che è fissato con un punto, non esiste il pericolo che si sfilacci accidentalmente.

LA VISITA DI CONTROLLO

Nel corso delle visite chirurgiche di controllo Le verrà controllata la ferita con una medicazione e, se è stata dimessa con il drenaggio, questo verrà svuotato e sfilato quando la quantità di liquido drenato si sarà ridotta.

Dopo alcune settimane dall'intervento chirurgico, non appena sarà disponibile il referto dell'esame istologico, verrà contattata telefonicamente e verrà programmata una visita. Le saranno comunicati, dopo rivalutazione interdisciplinare del caso, i risultati dell'esame istologico definitivo e sarà programmato il successivo iter terapeutico.

In alcuni casi di positività del linfonodo sentinella verrà programmato l'eventuale intervento chirurgico di dissezione ascellare, se ritenuto necessario a completare il trattamento dell'ascella dal team multidisciplinare.

Sarà programmata una visita con l'Oncologo che provvederà ad impostare le successive terapie adiuvanti, la radioterapia ed i controlli periodici di follow-up cui dovrà essere sottoposta.

LE TERAPIE POSTOPERATORIE

La necessità di un eventuale trattamento medico postoperatorio sarà considerata nel corso della visita con l'Oncologo. Ogni paziente richiede una valutazione specifica: in alcuni casi è sufficiente eseguire dei soli controlli clinici, in altri casi è necessario eseguire una terapia ormonale a base di farmaci assunti per bocca e/o una chemioterapia somministrata in regime ambulatoriale per via endovenosa.

L'Oncologo Le spiegherà le motivazioni delle scelte terapeutiche e Le parlerà delle modalità di esecuzione delle terapie raccomandate nel Suo caso specifico.

La radioterapia, che viene eseguita per tutte le pazienti operate di quadrantectomia, potrà essere necessaria anche in altri casi in base alla valutazione dell'esame istologico da parte dell'Oncologo.

Questi provvederà, inoltre, a definire gli appuntamenti per le visite di controllo cui dovrà essere sottoposta nei mesi successivi alla conclusione del percorso terapeutico.

Edito CUREUS su testi forniti dalla SSD Breast Unit da:

✚ dott.ssa Serena Scomersi - Responsabile SSD Breast Unit

CUREUS

e-mail: comunicazione@asugi.sanita.fvg.it

www.asugi.sanita.fvg.it

Revisione 01 – febbraio 2025