

L'attività del Gruppo di Studio sul Carcinoma della Mammella

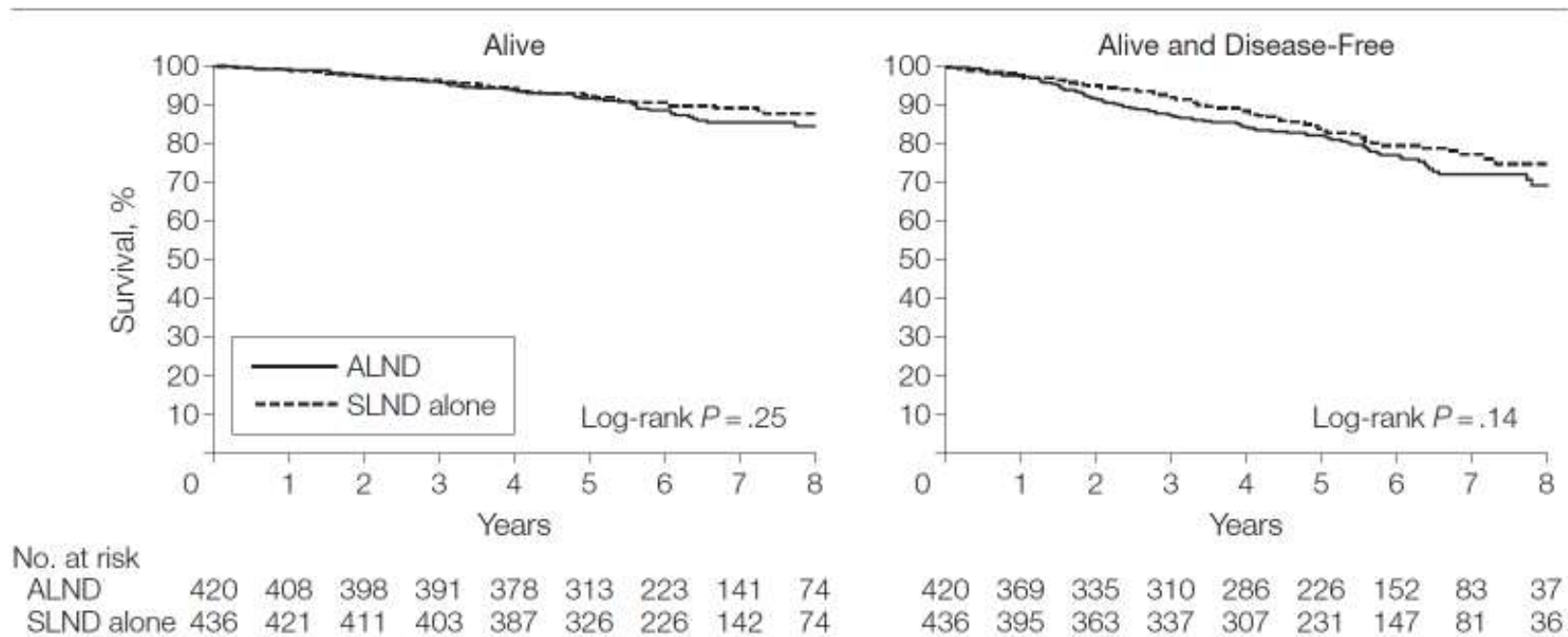
Filippo Montemurro

Direzione Day Hospital Oncologico Multidisciplinare

Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS

Affrontare insieme il cambiamento


Figure 2. Survival of the ALND Group Compared With SLND-Alone Group



ALND indicates axillary lymph node dissection; SLND, sentinel lymph node dissection.

Scelta di una
modalità
interattiva e
interdisciplinare





Statement di consenso

Statement del Gruppo di Lavoro sul Carcinoma della mammella della rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta sull'omissione della dissezione ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo.

- 1) L'omissione della dissezione ascellare in pazienti operate per carcinoma della mammella con intervento conservativo, candidate a radioterapia adiuvante e con uno o due linfonodi sentinella metastatici (con micro o macro metastasi) e con negatività alla ecografia ascellare con ago aspirato dei linfonodi sospetti deve essere considerata una procedura standard nei centri della Rete Oncologica Piemontese. Questa raccomandazione equivale all'adozione delle linee guida Internazionali e Nazionali su questa tematica ed è motivata dai consistenti benefici in termini di riduzione delle sequele acute (infezioni, sieroma) ed a lungo termine (linfedema deficit neurosensoriali deficit motori), a parità di efficacia rispetto alla dissezione ascellare.
- 2) Vengono precisate alcune situazioni in cui la raccomandazione al punto 1 deve essere applicata con estrema cautela, optando eventualmente per la dissezione ascellare di I e II livello:
 - a. Presenza di 3 o più linfonodi ascellari coinvolti, indifferentemente micro o macrometastatici.
 - b. Presenza di linfonodi sentinella conglomerati all'esame istologico.
 - c. Presenza di linfonodi metastatici con superamento capsulare.
 - d. Presenza di linfonodi ascellari sospetti all'ultrasonografia, con accertamento di positività alla fine-needle aspiration biopsy.

Programma formativo anno 2015

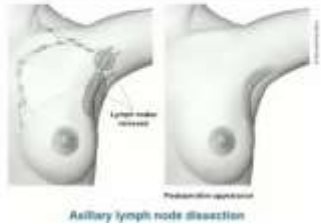
- Aggiornamento su nuovi paradigmi di endocrinoterapia adiuvante nel carcinoma della mammella in premenopausa; 5 vs 10 anni di tamoxifene, LH-RH analogo per 5 anni con tamoxifene o con exemestane
- Mutazioni di BRCA 1/2; oltre l'identificazione del rischio eredo-familiare. Esiste un ruolo dello stato di BRCA 1/2 nella pianificazione di chirurgia, radioterapia e terapia medica?
- I "Patient Reported Outcomes": possibilità di integrazione in modelli assistenziali nel carcinoma della mammella.
- La riabilitazione dopo trattamenti per il carcinoma della mammella: focus sui dati scientifici attualmente disponibili.
- Le breast unit: aspetti legislativi, gestionali e scientifici.

Le 10 domande sui tumori BRCA associati

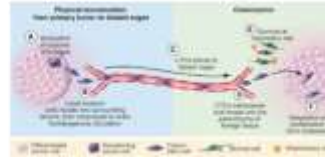
- **Domanda 1:** Quali sono le attuali raccomandazioni riguardo persone con accertata mutazione di BRCA1/2 in assenza di evidenze di malattia? (Programmi di screening e strategie di riduzione del rischio).
- Risposta: Sorveglianza clinica, costituita da visita senologica semestrale e sorveglianza strumentale con mammografia, ecotomografia mammaria e RMN (sensibilità delle 3 metodiche combinate circa 95%). Inoltre sorveglianza con ecografia transvaginale e CA 125 ogni 6-12 mesi. Chirurgia profilattica: mastectomia profilattica bilaterale opzionale, ovariectomia profilattica intorno ai 40 anni ed ovariectomia dopo carcinoma della mammella BRCA1 o2 associato.
- **Domanda 2:** Ci sono altri geni che si possono studiare e che sono associati al rischio di sviluppare carcinoma della mammella?
- Risposta: oltre a BRCA1 e 2 è stato confermato il ruolo predisponente al carcinoma ovarico e mammario di mutazioni in almeno altri 16 geni, tra cui PALB2, CHECK2, RAD51C, RAD51D. Grazie alle tecniche di “next generation sequencing” e la riduzione dei costi dei test basati su queste tecniche, oggi è possibile analizzare simultaneamente pannelli di geni associati al rischio di carcinoma della mammella e dell’ovaio in modo routinario.
- **Domanda 3:** Esiste un ruolo per il testing di BRCA1/2 nei tumori non ereditari?
- Risposta: in assenza di una storia familiare (o sporadico), oggi si ritengono eleggibili per la ricerca delle mutazioni di BRCA1/2 donne con le seguenti caratteristiche (tra parentesi, la probabilità di trovare una mutazione di BRCA1/2):
 - Tumore della mammella insorto in età ≤ 35 anni (circa 10%)
 - Tumore della mammella a fenotipo triplo-negativo insorto in età ≤ 50 anni (circa 10%)
 - Tumore sieroso pelvico di alto grado (circa 15%)

Linfedema post-chirurgico: miti e realtà

Il linfedema post-chirurgico si verifica solo dopo dissezione ascellare completa?



Il linfodrenaggio manuale può mettere in circolo cellule maligne e favorire la metastatizzazione



In caso di sovrappeso, è opportuno tendere al normopeso.



Non bisogna esporre l'arto sottoposto a dissezione ascellare al sole



L'esercizio fisico che coinvolge gli arti superiori attraverso l'uso di macchine di resistenza o pesi deve assolutamente e sempre essere evitato



L'attività fisica coinvolgente gli arti superiori (es ginnastica a corpo libero, alcuni stili di nuoto) deve essere evitata



E' opportuno l'uso di diuretici



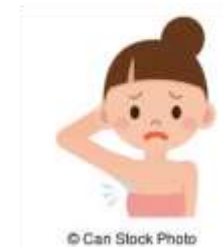
Non posso prendere in braccio la mia nipotina



Si deve evitare l'uso del bracciale dello sfigmomanometro ed, in generale, qualunque cosa che provochi compressione dell'arto



Non spalmare o spruzzare deodorante sulla pelle dell'ascella operata



E' pericoloso recarsi ad altitudini elevate e viaggiare in aereo



14/07/2015

2016- La svolta dei documenti di consenso

- Le raccomandazioni di Rete sono documenti che esprimono la posizione del gruppo di lavoro in relazione a tematiche di interesse clinico assistenziale non necessariamente oggetto di controversia. Viene ribadito e raccolto sostanziale accordo tra i partecipanti che il Gruppo di Studio non deve emettere raccomandazioni che si sovrappongano a quelle delle linee guida “evidence-based” Nazionali ed Internazionali. L’ambito delle raccomandazioni deve essere rappresentato da quelle situazioni in cui, ad esempio, le linee guida ammettano più di un possibile atteggiamento terapeutico, o ove esistano indicazioni “evidence-based” che, per essere attuate in un contesto multidisciplinare, richiedano la definizione di un percorso particolare o, più semplicemente, dove in assenza di forti evidenze scientifiche non vi siano raccomandazioni in proposito. Vista la potenziale importanza nel favorire il processo di uniformità dei trattamenti oncologici (laddove possibile) tra i vari GIC aziendali in Regione Piemonte, emerge la necessità di standardizzare la stesura delle raccomandazioni del Gruppo di Lavoro in modo da creare documenti completi ma sintetici ed efficaci allo stesso tempo. A tal proposito, viene illustrata una proposta di modello (“template”) sulla base del quale formulare le raccomandazioni del gruppo di studio. Si concorda sull’opportunità di “sperimentare” tale modello su Raccomandazioni già formulate dal Gruppo di Studio e si identifica quella riguardante l’omissione della dissezione ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo relativa al 2014 per avviare questo processo. Si costituisce un gruppo di lavoro per rivedere, aggiornare e formulare secondo il template proposto costituito da: Prof.ssa Biglia, Dr.ssa Garrone, Dr.ssa Minischetti, Dr. Rovea, Dr. Zanon

Chirurgia del tumore in stadio IV d'esordio

Quesito relativo alla documento di consenso
In una paziente con carcinoma della mammella di nuova diagnosi e con metastasi sincrone, l'asportazione del tumore primitivo deve essere effettuata allo scopo di migliorare la prognosi?
Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o internazionali sul tema
Su questa tematica, il Gruppo di Studio adotta le raccomandazioni contenute nelle linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, edizione 2015 (Cap 7.2.3)
Statement di consenso del Gruppo di Studio
In una paziente con carcinoma della mammella di nuova diagnosi e con metastasi sincrone, la chirurgia del tumore primitivo ha principalmente una valenza di tipo palliativo (es. lesioni ulcerate o a rischio di ulcerazione). In assenza di dati conclusivi sull'efficacia in termini di sopravvivenza, tale procedura può essere effettuata elettivamente, cioè in assenza di necessità di controllo locale, in casi selezionati e dopo discussione con la paziente, facendo specifico riferimento alle incertezze attualmente esistenti sull'efficacia.
Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto tossicità/beneficio
Il 5-7% circa dei carcinomi della mammella si presenta con metastasi sincrone alla diagnosi, con un aumento recente dell'incidenza probabilmente legato all'utilizzo di metodiche di stadiazione pre-operatoria più sensibili (<i>stage shift</i>). Se nella malattia non metastatica la chirurgia del tumore mammario rappresenta una priorità, in presenza di metastasi sincrone il suo ruolo nell'influenzare la prognosi della paziente non è noto. Analisi retrospettive hanno evidenziato che le pazienti sottoposte a chirurgia del tumore primitivo mostravano una prognosi migliore rispetto a quelle trattate con sola terapia sistemica. ¹⁻³ A corroborare un possibile ruolo del trattamento locale sulla prognosi della malattia in fase metastatica d'esordio, vi sono anche dati che suggerivano che un approccio locale tendente al miglior controllo loco-regionale (chirurgia + radioterapia, dissezione ascellare) risultasse superiore alla sola chirurgia del nodo mammario/mastectomia. ³ La forza metodologica di questi studi, tuttavia, è indebolita da potenziali bias di selezione; ad esempio, pazienti con più limitata estensione di malattia

Formazione sul campo per argomenti specifici



GS Monitoraggio clinico a lungo termine del paziente:
tossicità delle terapie antitumorali

**RISCHIO CARDIVASCOLARE E SALUTE DELL'OSSO
NELLE PAZIENTI TRATTATE PER CARCINOMA
DELLA MAMMELLA**

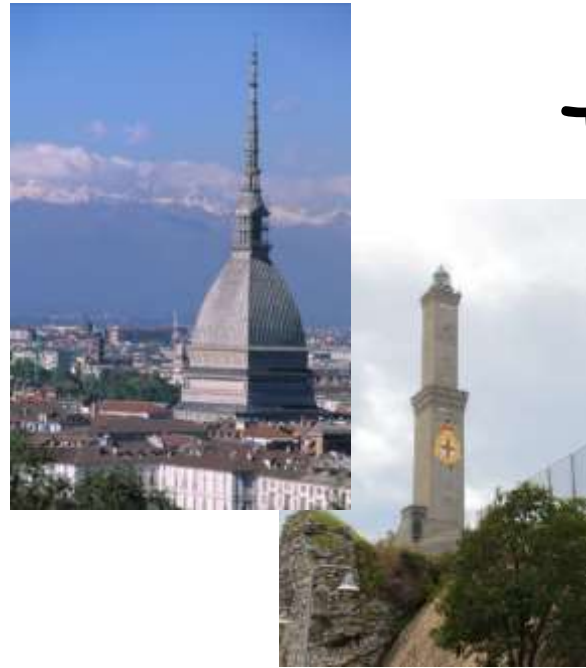
Formazione sul campo per argomenti specifici

Torino 27 giugno 2017



La radioterapia dopo chemioterapia
neoadiuvante

Marina Guenzi, Genova



CASO CLINICO 1. HER2 POSITIVO –

I.A (27.11.1959)

Pz di aa 57 alla diagnosi, in menopausa. Non familiarità oncologica

Diagnosi Carcinoma Infiltrante NST della mammella dx di alto grado nucleare B5b

cT2N1M0 stadio IIB HER2 positivo

Comorbilità: Ipotiroidismo, s. depressiva.

Taglia reg III - BMI 21,48

Riscontro clinico in occasione di visita ginecologica

Mammografia Ecografia mammaria (29.05.17)

A dx in Q1 verso Q6 opacità distorsiva, palpabile, corrispondente all'eco a nodulo ipoecogeno vascolarizzato di 20 x 11 mm (R5 – U5).

Nel cavo ascellare dx, 4-5 linfonodi ad ecostruttura sovvertita del diametro massimo fino a 15 mm, alcuni tondeggianti.

Agobiopsia mammaria ecoguidata (6.06.17) - Es istologico

carcinoma infiltrante NST di alto grado nucleare: B5b

Agobiopsia linfonodale: metastasi di carcinoma in linfonodo: L5

RM mammella bilaterale con mdc (21.06.17) a dx in Q1Q6 a ridosso del pettorale senza segni di infiltrazione e a 1 cm dalla cute massa irregolare di 4 cm con intenso enhancement. Anteriormente minuti spot a distribuzione lineare sino a 2 cm dal capezzolo. Adenopatie ascellari sn con corticale nettamente ispessita.

Tematiche gestionali


Proposta esenzione 048T

TORINO 27/09/2016

Gruppo di Studio Tumori della Mammella

Proposta di Attribuzione Esenzione 048T

Torino 27/09/2016



Proposta attribuzione 048T- G.d.S. Neoplasie Mammarie - G.d.L. R.O.P. - Torino 27/09/2016

PDTA

GRUPPO DI STUDIO TUMORI DELLA MAMMELLA



- **COMMISSIONE
VALUTAZIONE PDTA
MAMMELLA**

28/08/2017

Determinazione criteri di valutazione PDTA

INDIVIDUAZIONE CARATTERISTICHE PDTA CARCINOMA MAMMELLA
con relativa votazione espressa dai componenti del Gruppo di studio tumori mammari tra quelle proposte

1- Procedure essenziali iter diagnostico (26/26):

Agoaspirato/biopsia su noduli sospetti (R3-R4-R5/U3-U4-U5)

Agoaspirato linfonodi sospetti

Biopsia stereotassica su microcalcificazioni. Al punto 1) è stato deciso di comprendere anche la stadiazione preoperatoria: negli stadi III o in presenza di sospetto di localizzazioni secondarie negli stadi inferiori : TC torace-addome e scintigrafia ossea

2 - Discussione GIC dei casi in pre e postoperatorio e nella ripresa di malattia (26/26)

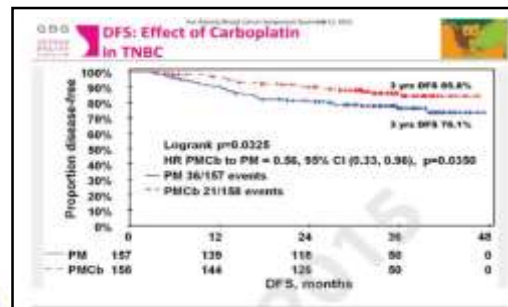
3 -Follow-up : periodicità e tipologia esami (25/26)

4- Offerta counseling fisioterapico,psiconcologico e genetico (18/26)

5- Descrizione percorso assistenziale e ruolo infermiere (9/26)

La terapia neoadiuvante: la sfida per il team multidisciplinare

Clinical and translational research



Clinical practice



Messa a punto
del percorso di
chemioterapia
neoadiuvante

Documenti di consenso

Caratteristiche anatomopatologiche e Cutoff di T al di sopra del quale richiedere in automatico la determinazione di ER, PgR, HER2 e Ki67 ai fini dell'eleggibilità ad un trattamento Chemioterapico Neoadiuvante Formulazione di un potenziale indicatore

Tumori della mammella Documenti Di Consenso

Stampa

Caratteristiche anatomopatologiche e Cutoff di T al di sopra del quale richiedere in automatico la determinazione di ER, PgR, HER2 e Ki67 ai fini dell'eleggibilità ad un trattamento Chemioterapico Neoadiuvante Formulazione di un potenziale indicatore (pdf - 970 KB) **(a cura del Gruppo di Studio sui Tumori della Mammella)**

Intervallo ottimale tra la fine della chemioterapia neoadiuvante ed intervento chirurgico

Tumori della mammella Documenti Di Consenso

Stampa

Intervallo ottimale tra la fine della chemioterapia neoadiuvante ed intervento chirurgico (pdf - 470 KB) **(a cura del Gruppo di Studio sui Tumori della Mammella)**

Indicazioni alla radioterapia adiuvante in donne con carcinoma alla mammella cT3 cN0 sottoposte a chemioterapia neoadiuvante e mastectomia

Tumori della mammella Documenti Di Consenso

Stampa

Indicazioni alla radioterapia adiuvante in donne con carcinoma alla mammella cT3 cN0 sottoposte a chemioterapia neoadiuvante e mastectomia (pdf - 699 KB) **(a cura del Gruppo di Studio sui Tumori della Mammella)**

Protocollo di campionamento con Core Biopsy e requisiti minimi di refertazione in tumori mammari da sottoporre a terapia medica primaria

Cosa fare in futuro?

- Mettere a punto strumenti di feed-back relativi all'efficacia del lavoro del gruppo di studio
 - Diffusione capillare dei documenti presso i singoli GIC
 - Messa a punto di indicatori e misure
 - Monitoraggio
 - Azioni specifiche su aree in cui è necessario allineamento.