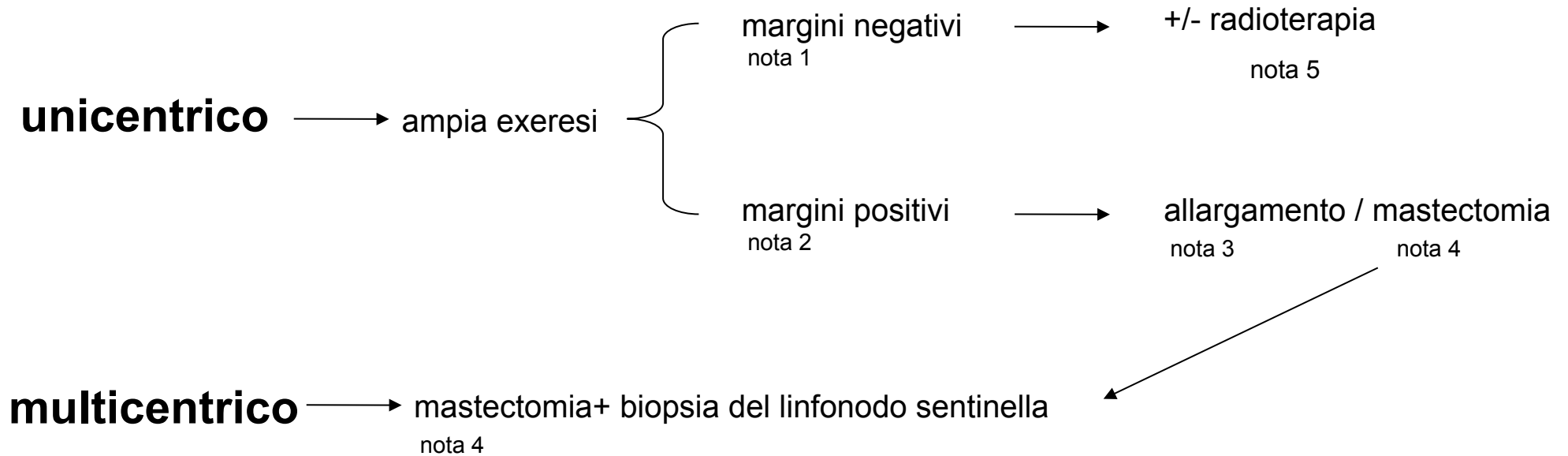


Ca Duttale in Situ (DCIS)



Nota 1: Per *margini negativi* si intende no tumore su margine inchiostro (no ink tumor)

Nota 2: Per *margini positivi* si intende neoplasia in situ sul margine inchiostro.
Valutare l'estensione: se estesa procedere all'allargamento; se focale considerare boost di radioterapia

Nota 3: Previa discussione con Team multidisciplinare e condivisione con la paziente

Nota 4: In caso di *mastectomia*: privilegiare le mastectomie conservative skin o nipple sparing associate a ricostruzione, qualora la paziente fosse interessata alla ricostruzione

Nota 5: *G 1* (basso grado): la decisione della radioterapia spetta al team multidisciplinare sulla base delle dimensioni della neoplasia, età della paziente, stato dei margini. La decisione va comunicata alla donna per condivisione (utile valutazione del Van Nuys Prognostic Index, non applicabile però in tutti i casi)
G 2-3: radioterapia. Sarebbe utile la valutazione del Van Nuys Prognostic Index (vedi schema allegato 1) in casi particolari (margini ampiamente negativi, lesioni di piccole dimensioni)

VAN NUYS PROGNOSTIC INDEX

Parametri	Score 1	Score2	Score3
Caratteristiche istologiche	<i>Non</i> alto grado senza necrosi	<i>Non</i> alto grado con necrosi	<i>Alto</i> grado con e senza necrosi
Margini	>/= 10 mm	1-9 mm	< 1 mm
Dimensioni	< 15 mm	16-40 mm	> 40 mm
Età	> 60 anni	40-60 anni	< 40 anni

Fino a 6: solo escissione

Da 7 a 9 : escissione + radioterapia (se esteticamente possibile)

da 10 a 12 : mastectomia

Neoplasia lobulare in Situ (LCIS)

LIN 1-2 (B3) → Stop e F.U.
nota 1
Iperplasia lobulare
atipica o carcinoma
lobulare in situ
classico

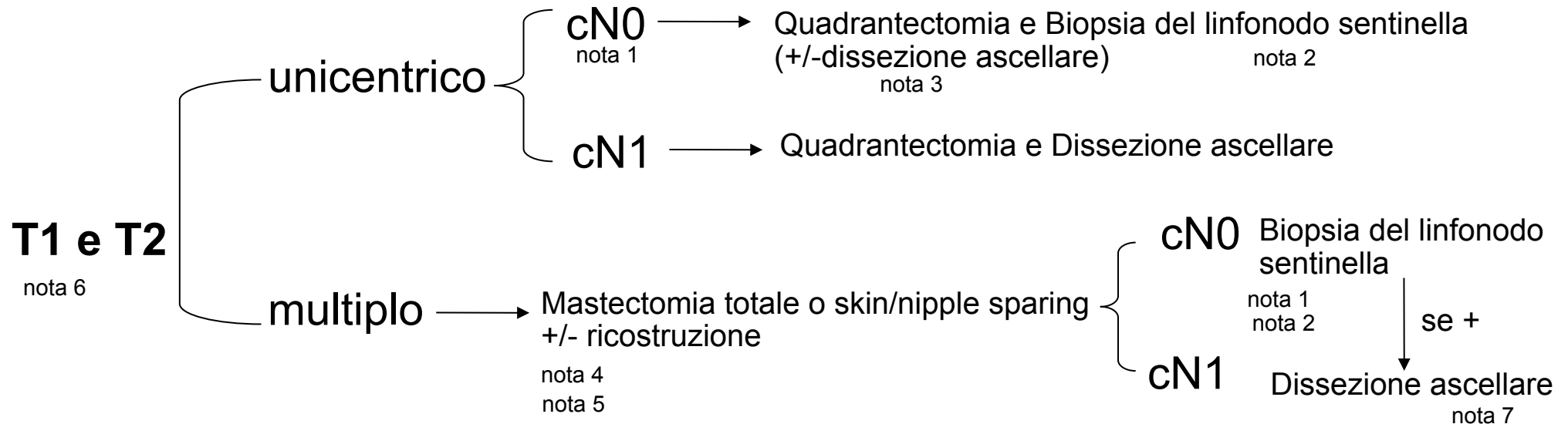
LIN 3 (B5) → Stesso trattamento di DCIS

Nota 1: La diagnosi può derivare da una core biopsy o da una exeresi chirurgica per varie motivazioni (addensamenti, lesione associata ad altra patologia benigna, ecc)

In caso di diagnosi *da core biopsy* : discussione all'interno team multidisciplinare per valutazione dell'upgrade per la decisione di exeresi chirurgica

In caso di diagnosi *dopo exeresi chirurgica* : stop anche con margini positivi

CARCINOMA INFILTRANTE



Nota 1: La valutazione del cavo ascellare deve essere clinica ed ecografica con citologia nei casi dubbi

Nota 2: Valutazione della positività del linfonodo sentinella mediante: esame istologico intraoperatorio, OSNA, istologico definitivo

Nota 3: Solo in caso di macrometastasi. Lo studio ACOSOG Z0011 ha evidenziato la stessa DFS e OS nelle pazienti operate per chirurgia conservativa con < 3 linfonodi sentinella positivi (42% di micrometastasi) sottoposte a dissezione ascellare o a F.U. Il dato è stato confermato a 10 anni di F.U. In particolare nelle pazienti con neoplasia luminale, età > 50anni e G1-2, in caso di linfonodo sentinella positivo, il team multidisciplinare può optare per non eseguire la dissezione ascellare con la condivisione della paziente. Sono in corso ulteriori studi randomizzati per confermare tale dato.

Nota 4: *Mastectomia Skin - NAC sparing* solo in caso di volontà della paziente alla ricostruzione
Nella *NAC sparing mastectomy* considerare la distanza fra tumore (o microcalcificazioni) e il complesso areola-capezzolo. La distanza ottimale è di 2cm ed è considerata precauzionale ma non assoluta perché tutto dipende dal risultato dell'esame istologico intraoperatorio del disco retroareolare

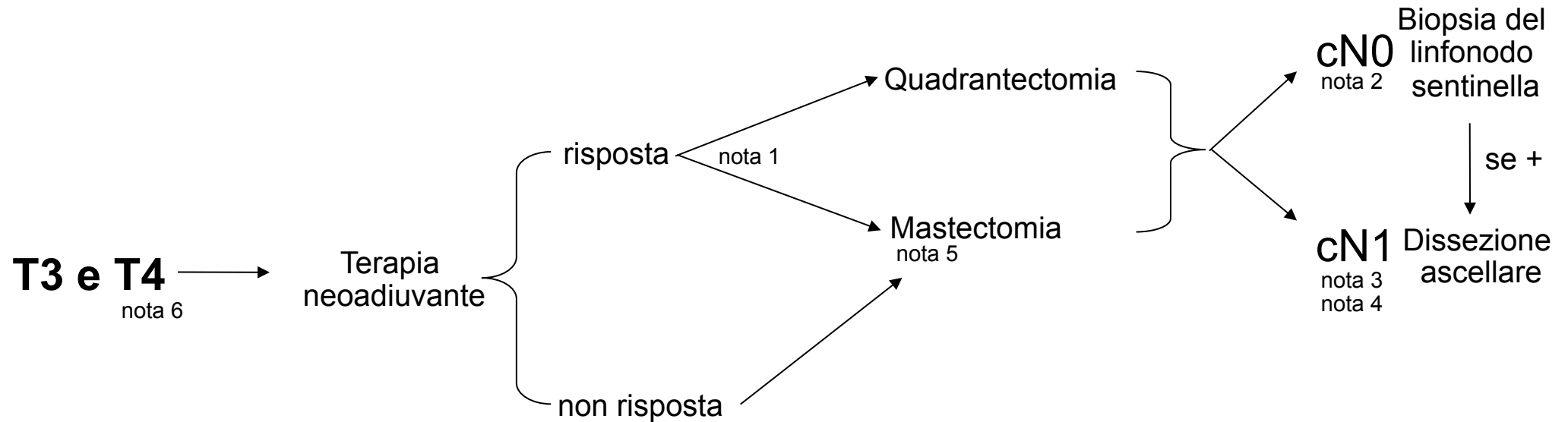
Nota 5: La ricostruzione può essere eseguita con espansore e protesi o con tessuti autologhi da riservare a casi selezionati, in particolare in pazienti precedentemente irradiate al torace per altre patologie o in recidive di chirurgia conservativa seguita da radioterapia. La radioterapia condiziona notevolmente il risultato estetico per retrazione capsulare e difficoltà nell'espansione. Questi effetti negativi possono essere attenuati dall'impiego di impianto di tessuto adiposo autologo (Lipofilling)

Nota 6: In particolari bioprofilo (TriplaNegativo e HER2 +) considerare come trattamento primario la chemioterapia

Nota 7: E' sufficiente la dissezione ascellare di I e II livello, tranne i casi con importante impegno del cavo ascellare

N.B. Quando il rapporto Tumore/Mammella è sfavorevole (mammella piccola) è possibile sostituire la chir. conservativa con mastectomia conservativa (Skin- NAC sparing e ricostruzione contestuale)

CARCINOMA INFILTRANTE



Nota 1: In considerazione del rapporto volume tumore residuo / mammella

Nota 2: *cN0* : sia prima che dopo la chemioterapia neoadiuvante

Nota 3: *cN1* : che rimangono *cN1* dopo la chemioterapia neoadiuvante

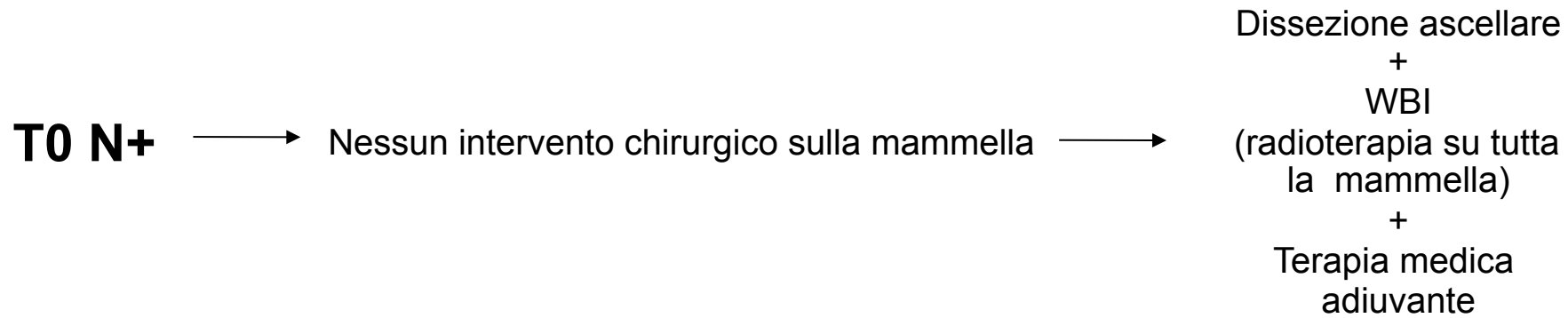
Nota 4: *cN1* : che diventano *cN0* dopo la chemioterapia neoadiuvante (valutazione clinica ed ecografica) possono essere sottoposti a biopsia del linfonodo sentinella: se negativo stop, se positivo si procede alla dissezione ascellare (si considera positivo anche un linfonodo sentinella micrometastatico o con cellule tumorali isolate- ITC).

Nota 5: in considerazione dello stadio iniziale, per la radioterapia alla quale la paziente si dovrà sottoporre, è consigliata una ricostruzione differita con tessuti autologhi, in alternativa espansore/protesi con l'utilizzo di tessuto adiposo autologo (lipofilling) per migliorare il risultato estetico e per ridurre gli effetti negativi della radioterapia

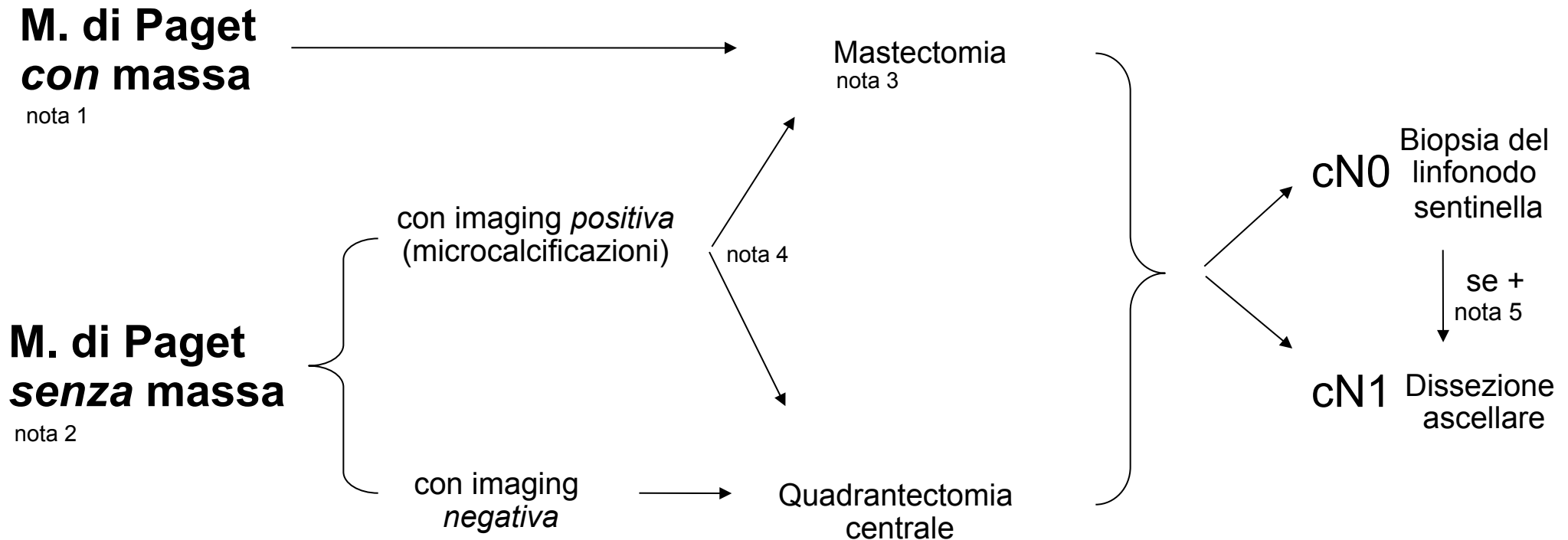
Nota 6: nei *T4d* sempre mastectomia e dissezione ascellare con eventuale ricostruzione differita (vedi nota 5)

T0N+

CUP SINDROME



MORBO DI PAGET



Nota 1: Trattasi normalmente di *carcinomi infiltranti* (vedi linee guida carcinoma infiltranti)

Nota 2: Trattasi normalmente di *DCIS* (vedi linee guida DCIS)

Nota 3: in casi selezionati di “massa retroareolare” o microcalcificazioni solo retroareolari, considerare una *quadrantectomia centrale*

Nota 4: Valutare l'estensione e la sede delle microcalcificazioni previa discussione all'interno del meeting multidisciplinare e discussione con la paziente, per decidere l'approccio chirurgico corretto.

Nota 5: Vedi nota 2,3,7 nella flow-chart “Carcinoma Infiltrante T1-T2”