

La donna con il tumore al seno: assistenza a 360°. Aggiornamenti e novità

Biopsia del linfonodo sentinella e linfadenectomia: quale futuro?

Dott. Riccardo Bussone

SSCVD Chirurgia Senologica,
AOU Città della Salute e Scienza di Torino

Premessa

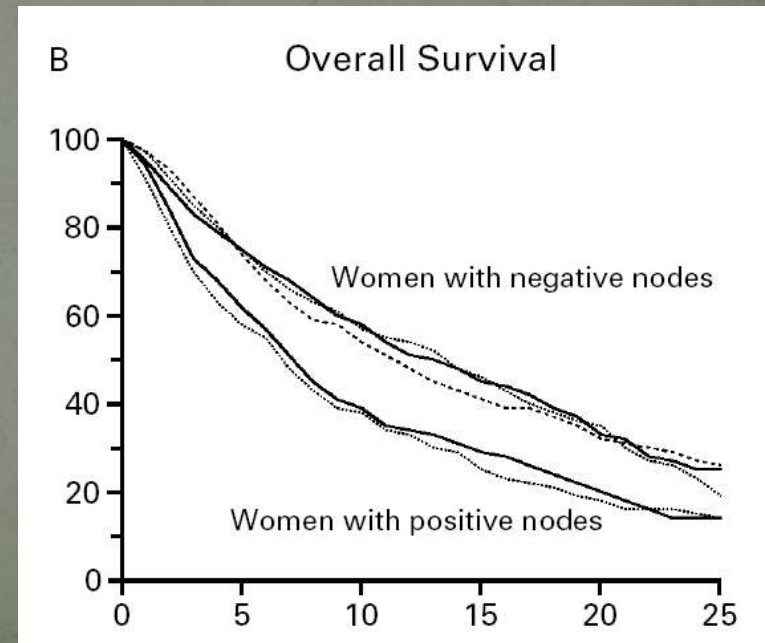
- Lo stato dei linfonodi ascellari è uno dei più importanti fattori prognostici in donne con carcinoma mammario in fase precoce.
- L'esame istologico dei linfonodi è il metodo più accurato per valutare la diffusione della malattia a questo livello.
- La dissezione linfonodale ascellare (LA) è stata tradizionalmente una componente di routine nella gestione del carcinoma mammario precoce.

Linfoadenectomia ascellare radicale fino all'inizio degli anni 2000

Stato linfonodale:

- principale parametro prognostico,
- principale parametro decisionale per terapie adiuvanti sistemiche post-chirurgiche

**La linfoadenectomia ascellare
ha prevalentemente un ruolo
stadiativo,
non migliora la sopravvivenza
(Fisher B, 2002; NSABP B04)**



COMPLICANZE ACUTE

DISSEZIONE ASCELLARE

- CELLULITE
- NECROSI
- ASCESSO
- DEISCENZA
- EMATOMA
- SIEROMA
- PNEUMOTORACE
- PLESSOPATIA BRACHIALE
- MONDOR'S DISEASE: tromboflebite sotto cutanea che si verifica a livello della parete anterolaterale toracoaddominale
- LINFORREA
- CHILOTORACE

COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

DISSEZIONE ASCELLARE

- Restrizione della mobilità (<1%-67%)
- Dolore alla spalla ed al braccio (9%-68%)
- Dolore del seno e della cicatrice (15%-72%)
- Linfedema (0%-34%)
- Diminuzione della sensibilità
- Diminuzione della forza (9-28%)
- Axillary web syndrome (AWS): strette corde fibrose nel cavo ascellare che si estendono lungo il braccio fino alla fossa antecubitale e all'avambraccio. Si verifica nel 22% dei casi di SLNB e nel 44-72% di ALND
- Lesione del nervo di Bell: scapola alata

Studio preoperatorio dell'ascella

Esame clinico poco affidabile

- Tasso di errore > 30%

No clinicamente: 39% pN+ istologicamente

N1 clinicamente: 27% pNo istologicamente

(NSABP Bo4)

Studio preoperatorio dell'ascella

- **Diagnostica per immagini risultati non sufficientemente precisi**
 - **MX** : solo linfonodi grossolanamente patologici
 - **TAC e RM** : sensibilità limitata
 - **Ecografia**: sensibilità dal 70 al 90% ma operatore dipendente. Limite nella microinvasione
 - **PET**: specificità elevata ma sensibilità minore 50%

COMPLICANZE



LINFEDEMA



Linfedema del braccio

Dal 5% fino al 60%



Figure 2: Armando E. Giuliano (left) and Umberto Veronesi (right)

- **Linfonodo sentinella**: primo Linfonodo o gruppo di linfonodi che riceve la linfa direttamente dal tumore
- Nel 1994 Armando Giuliano ha descritto la BLS come una procedura sicura per la stadiazione del cavo ascellare in pazienti con carcinoma mammario. Questi risultati sono stati confermati da Umberto Veronesi nel 2003.

INDICAZIONI BLS:

Carcinomi mammari infiltranti con diagnosi accertata

- Diagnosi preoperatoria o da biopsia chirurgica di carcinoma infiltrante
- Cavo ascellare clinicamente negativo
- DCIS > 5 cm e/o di alto grado
- Un esame citoaspirativo sospetto (C₄) con quadro strumentale suggestivo di carcinoma invasivo (U₅, R₅), può essere indicazione sufficiente per effettuare la biopsia del LS.
- I linfonodi ascellari possono essere valutati con indagine ultrasonografica e, se sospetti, sottoposti a esame citologico su agoaspirato.
- La metodica deve essere effettuata prima dell'intervento sulla mammella e può essere utilizzata anche in caso di mastectomia.

COMPLICANZE

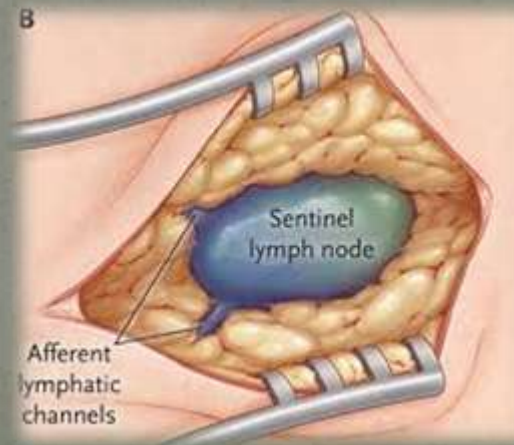
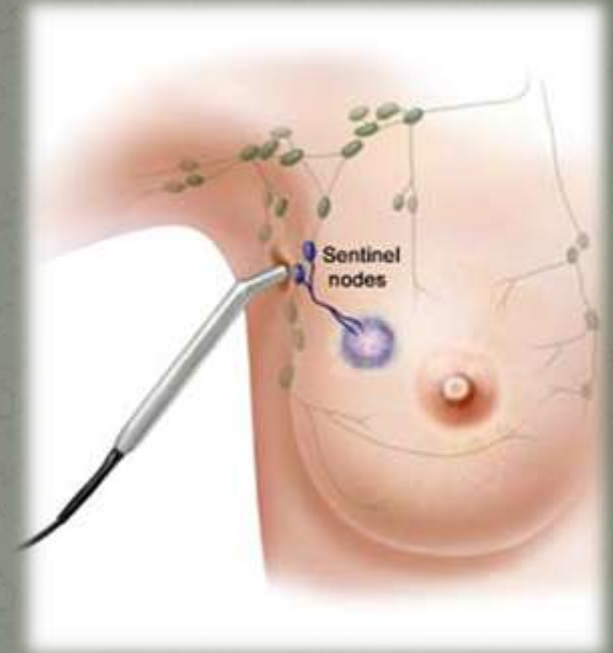
Linfonodo Sentinella Vs Linfadenectomia

Effetti secondari (24 mesi)	Linfadenectomia ascellare	LS soltanto
Mobilità	79%	100%
Edema del braccio		
< 1 cm	38	6
1-2 cm	25	1
> 2 cm	12	0
Dolore		
Nessuno	61	92
Sporadico	34	7
Continuo	5	1
Parestesie		
No	32	99
Si	68	1

METODICHE DI RICONOSCIMENTO LS

TECNICA

- Patent blue V dye
Norton, 199
Giuliano, 1994
- Iniezione di radioisotopi
Krag, 1993
Veronesi, 1996
- Fluorescina
Kitai, 2005
- SentiMag
2010



VALUTAZIONE ISTOPATOLOGICA

Esame istologico I.O. su tutto il linfonodo

E.E. + IIC

- • Tempi (40-45' per linfonodo)
- • Personale dedicato (patologi e tecnici)
 - Problemi organizzativi (sala operatoria, laboratorio)
- • Massima efficacia (anche per micrometastasi e ITC)

Esame istologico I.O. su alcune sezioni

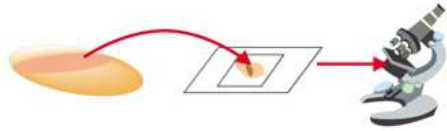
(3-5 sezioni, E.E.)

- • Minori problemi nei tempi (20-25')
- • Minori problemi organizzativi
- • Metodica eseguibile in tutti i laboratori di AP (con patologo esperto)
- • Molto efficace per macro (sens ~ 90%), molto poco per micro (sens. ~20%), nulla per ITC

Metodo OSNA : One Step Nucleic Acid Amplification

Conventional method of pathological diagnosis

Diagnosis of lymph node metastasis: Qualitative analysis by pathologists



Only analyze a part of tissue

However, from now on...

Molecular pathological diagnosis by the OSNA method

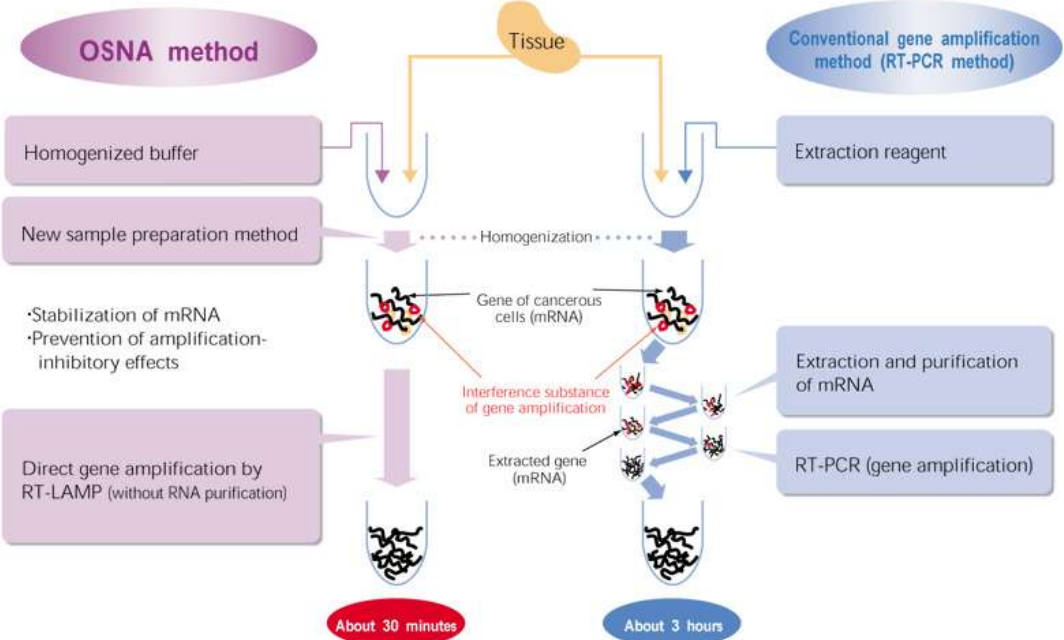


Gene amplification analyzer

Analyze whole part of tissue

Analyze lymph node metastasis within 30 minutes

OSNA method



Rivela il livello di amplificazione rapida degli acidi nucleici per valutare il livello di citocheratina 19 normalmente non presente nel tessuto linfonodale

Axillary recurrence after negative SLNB and no ALND

LA PERCENTUALE DI
 RECIDIVE ASCELLARI
 DOPO LINFONODO
 SENTINELLA NEGATIVO
 È DEL 0.6%

Author	No. of patients	Median follow-up (months)	Axillary recurrence no. (%)
Giuliano et al. [14]	67	39	0
Roumen et al. [15]	100	24	1 (1)
Veronesi et al. [16]	285	14	0
Chung et al. [17]	208	26	3 (1.4)
Reitsamer et al. [18]	116	22	0
Blanchard et al. [19]	685	29	1 (0.1)
Badgwell et al. [20]	159	32	1 (0.6)
Naik et al. [21]	2340	31	3 (0.12)
Winchester et al. [22]	614	28	1 (0.16)
Janssen et al. [23]	401	26	2 (0.5)
Van der Vegt et al. [24]	106	35	1 (1)
Torrenza et al. [25]	104	57	1 (1)
Swenson et al. [26]	580	33	3 (0.52)
Veronesi et al. [7]	953	38	3 (0.3)
Zavagno et al. [27]	479	36	0
Langer et al. [28]	123	42	1 (0.8)
Kokke et al. [29]	113	37	1 (1)
Jeruss et al. [30]	633	27	2 (0.4)
Veronesi et al. [9]	167	79	1 (0.6)
Palesty et al. [31]	335	33	2 (0.6)
Takei et al. [32]	822	36	4 (0.5)
Heuts et al. [33]	344	43	3 (0.9)
Bergkvist et al. [34]	2246	37	13 (0.6)

Axillary recurrence in sentinel lymph node negative breast cancer patients

P.Poletti, P.Fenaroli, A.Milesi, A.Paludetti, S.Mangiarotti, G.Virotta, E.Candiago,

A.Bettini, E.Caremoli, R.Labianca, C.Tondini (2008)

Cosa intendiamo per linfonodo sentinella positivo e cosa fare

ITC : < a 0.2 mm – considerarle No (TNM VI edizione)

Micrometastasi: fra 0.2 e 2 mm (?????????????)

Macrometastasi: oltre i 2 mm : dissezione ascellare (?)

MICROMETASTASI:

(fra 0.2 e 2 mm)

Molto aumentate in incidenza nell'era sentinella
Ciò dipende dall'esame istologico particolarmente
accurato del linfonodo



Rischio di sovrastadiazione!!!!

MICROMETS E DISSEZIONE ASCELLARE

Quante volte troviamo linfonodi positivi
eseguendo la dissezione ascellare
nelle micrometastasi????

Circa nel **10 - 15 %** in relazione anche ad età, caratteri
biopatologici della neoplasia, dimensioni della
micrometastasi (0.2 - 1 mm; >1 mm)



DA: Rischio di sovratrattamento

Quale impatto ha sulla **DFS** la dissezione ascellare dopo diagnosi di micrometastasi????

- Praticamente nullo

(Bilimoria KY, 2009; Pernas S, 2010; Yegynants S, 2010; Toussaini A, 2011; Galimberti V, 2011)

- Si !!!

(Pepels MJ, 2012: 5.6% recidive ascellari T, G, ER)

Quale impatto ha sulla **OS** la dissezione ascellare dopo diagnosi di micrometastasi????

Poco!

WASIF N, 2010

SEER database :

5353 pazienti con LS micrometastatico

- 3193 LS+DA: F.U.36mesi - 90%OS
- 2160 LS solo: F.U. 36 mesi - 89% OS

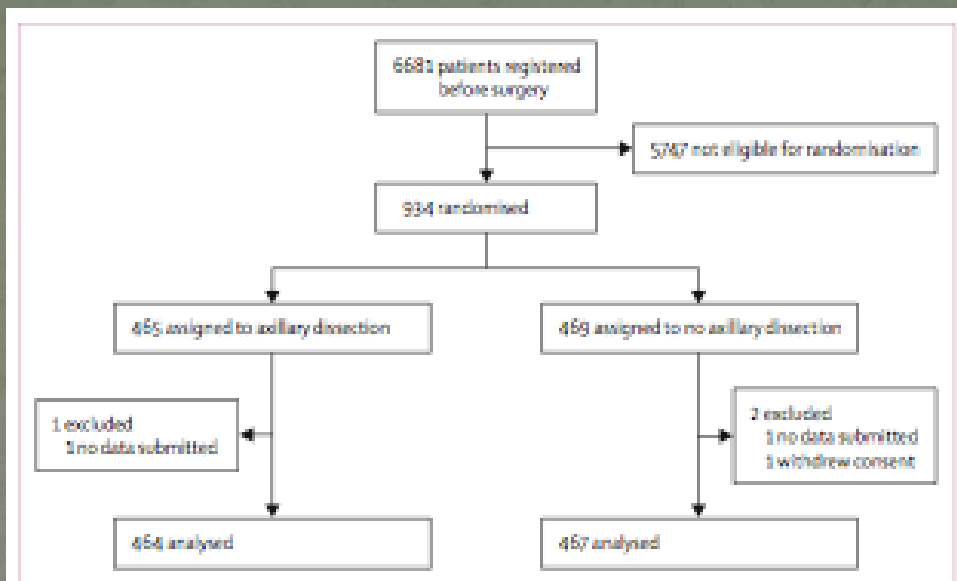


Figure 1: Trial profile

Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial

Viviana Galimberti, Bernard F Cole, Stefano Zurrida, Giuseppe Viale, Alberto Lini, Paolo Veronesi, Paola Baratella, Camelia Chifu, Manuela Sargenti, Mattia Intra, Oreste Gentilini, Mauro G Mastropasqua, Giovanni Mazzarol, Samuele Massarut, Jean-Rémi Garbay, Janez Zgajnar, Hanne Galatius, Angelo Recalcati, David Littlejohn, Monika Bamert, Marco Colleoni, Karen N Price, Meredith M Regan, Aron Goldhirsch, Alan S Coates, Richard D Gelber, Umberto Veronesi, for the International Breast Cancer Study Group Trial 23-01 investigators

IBCSG 23-01 trial

- The International Breast Cancer Study Group trial 23-01 (IBCSG 23-01) randomized patients with SLN micrometastases (<2 mm) and primary tumors <5 cm in size to either completion ALND or no additional axillary surgery [107].
- The primary end-points included five-year disease-free survival (DFS) and overall survival (OS) rates.
- The target accrual of this trial was 1960 patients; however, the trial closed early with 931 patients accrued and is underpowered.

Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial

Viviana Galimberti, Bernard F Cole, Stefano Zurrada, Giuseppe Viale, Alberto Luini, Paolo Veronesi, Paola B...

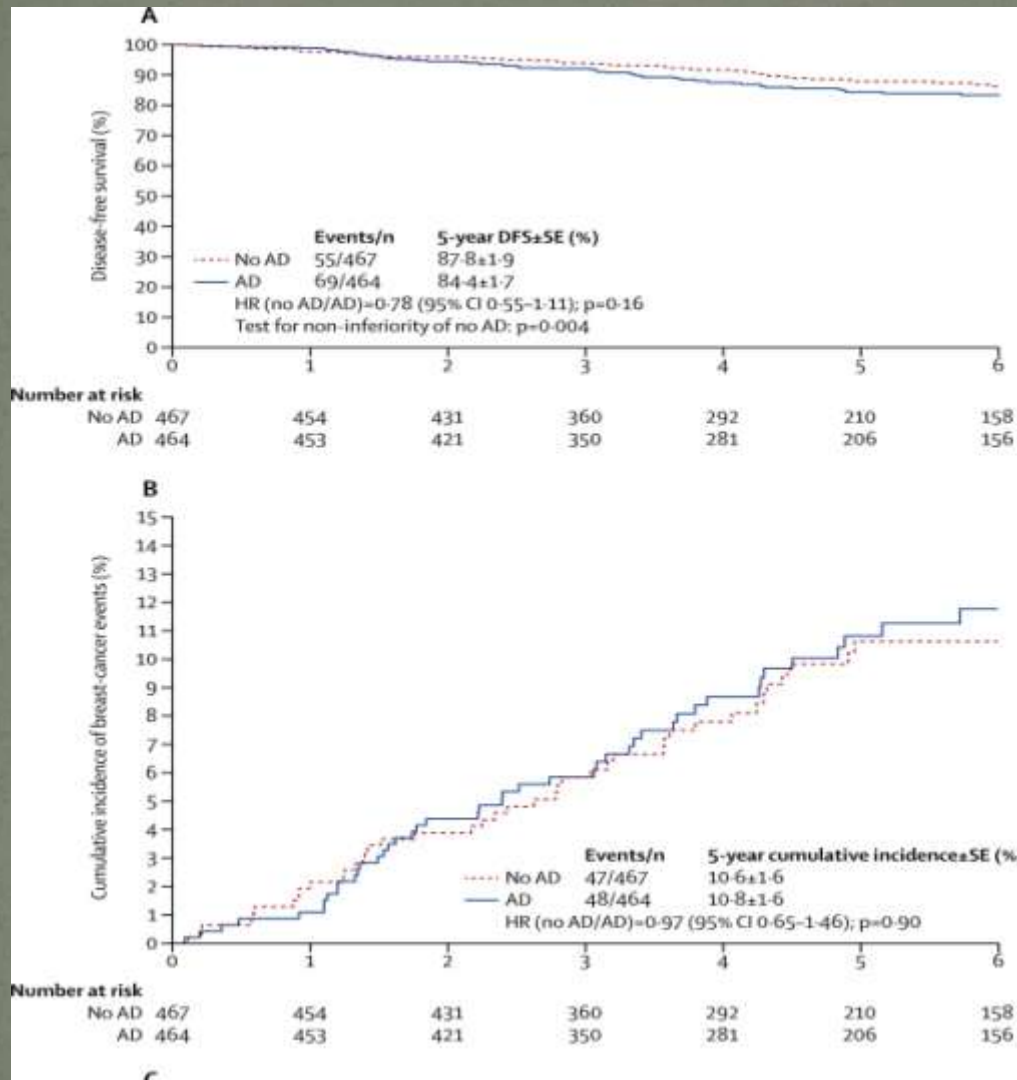


Figure 2 Analysis of disease-free survival, cumulative incidence, and overall survival by intention to treat (n=931 patients) AD=axillary dissection. DFS=disease-free survival. OS=overall survival. (A) Disease-free survival. (B) Cumulative incidence of br...

PERCHE' TANTA CONFUSIONE ?

Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis

A Randomized Clinical Trial FREE

Armando E. Giuliano, MD; Kelly K. Hunt, MD; Karla V. Ballman, PhD; Peter D. Beitsch, MD; Pat W. Whitworth, MD; Peter W. Blumencranz, MD; A. Marilyn Leitch, MD; Sukamal Saha, MD; Linda M. McCall, MS; Monica Morrow, MD

[+] Author Affiliations

JAMA. 2011;305(6):569-575.
doi:10.1001/jama.2011.90.



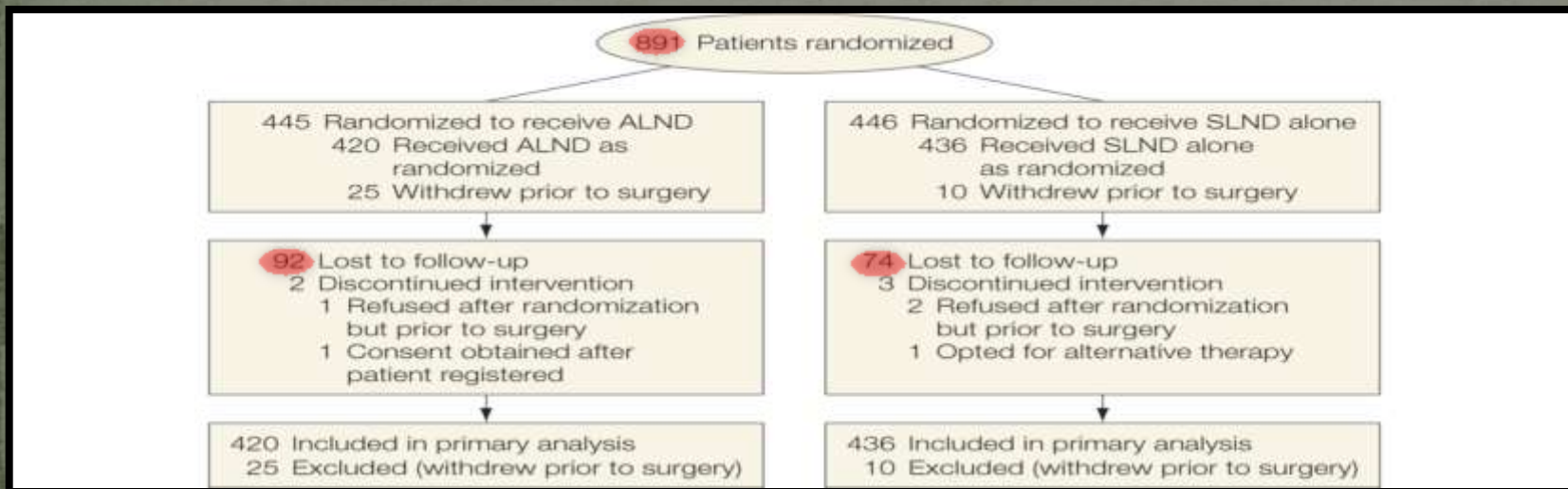
??..... setting particolare di pazienti:

- T₁₋₂ No Mo
- Chirurgia conservativa + Radioterapia (WBI)
- 1-2 LNS + (EE)
- + Terapie sistemiche postchirurgiche (95%)

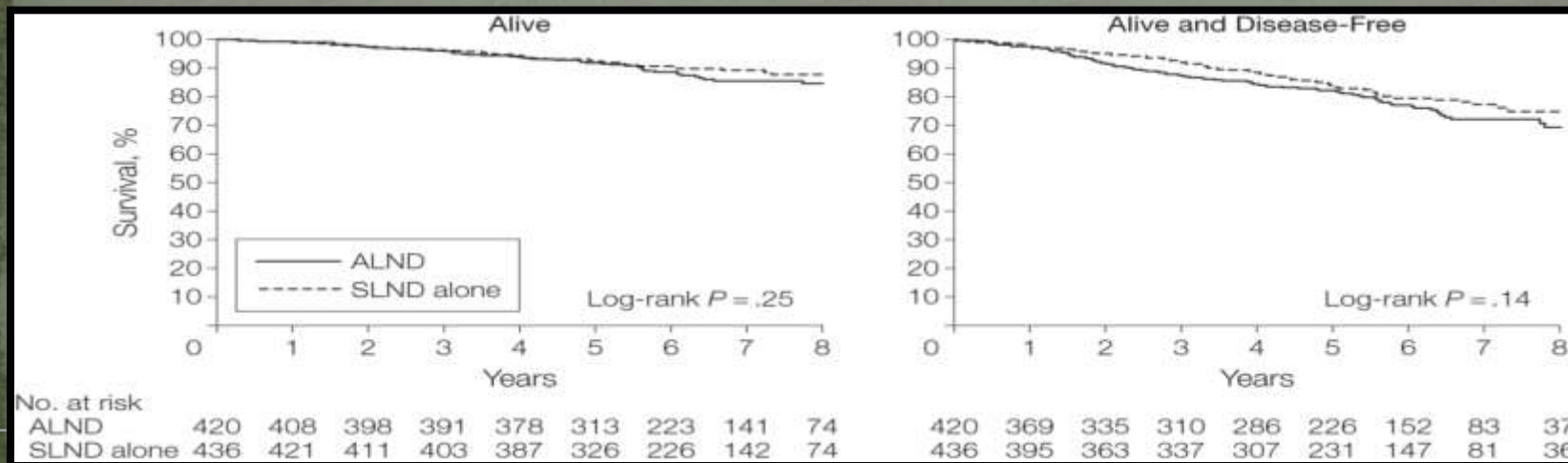
Random: Dissezione ascellare VS No dissezione

From: Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2011;305(6):569-575. doi:10.1001/jama.2011.90



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



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

Risultati dopo un follow-up medio di 6.3 anni

Sopravvivenza a 5 anni

SLNB+ALND= 91.8% (95% CI, 89.1%-94.5%)

SLNB= 92.5% (95% CI, 90.0%-95.1%)

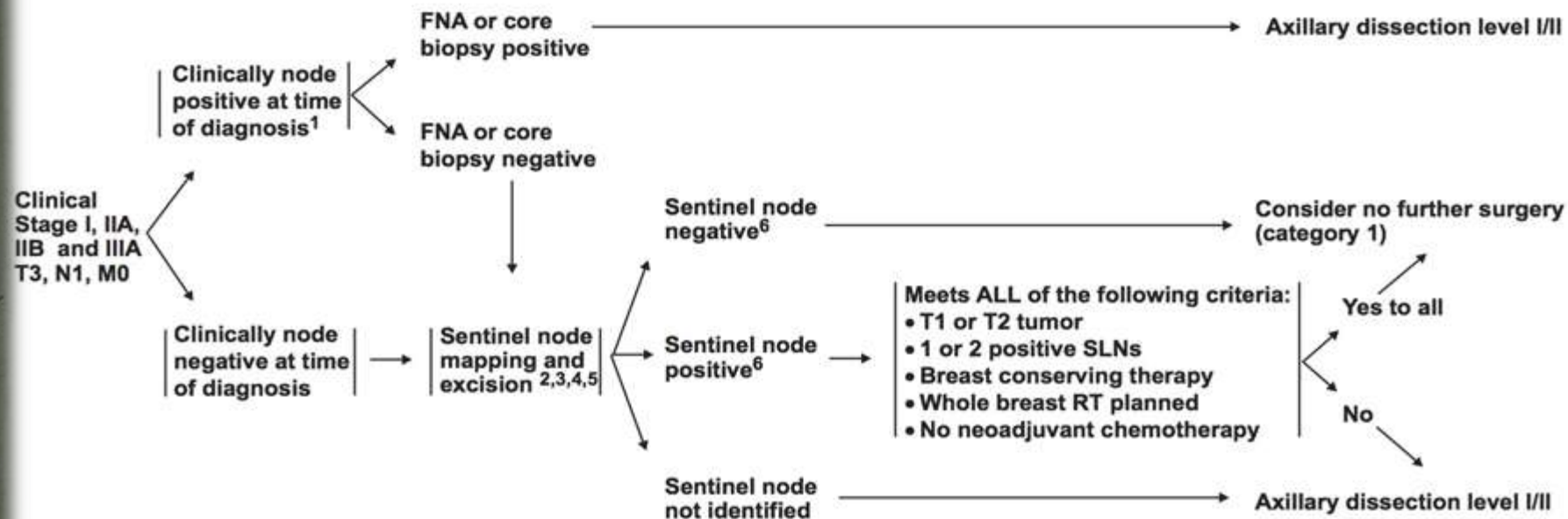
(al momento del disegno dello studio, in base ai dati di letteratura, gli autori avevano prospettato una sopravvivenza a 5 anni dell'80% per le donne con SLN positivo sottoposte a trattamento ottimale)

Sopravvivenza in assenza di malattia a 5 anni

SLNB+ALND= 82.2% (95% CI, 78.3%-86.3%)

SLNB= 83.9% (95% CI, 80,2%-87,9%)

SURGICAL AXILLARY STAGING - STAGE I, IIA, IIB and IIIA T3, N1, M0



¹Consider pathologic confirmation of malignancy in clinically positive nodes using ultrasound-guided FNA or core biopsy in determining if a patient needs axillary lymph node dissection.

²A sentinel node team must have documented experience with sentinel node biopsy in breast cancer. The team includes surgeon, radiologists, nuclear medicine physician, pathologist, and prior discussion with medical and radiation oncologists on use of sentinel node for treatment decisions.

³Axillary sentinel node biopsy in all cases; internal mammary sentinel node biopsy is optional if drainage maps to internal mammary nodes (category 3).

⁴Sentinel lymph node mapping injections may be peritumoral, subareolar, or subdermal. However, only peritumoral injections map to the internal mammary lymph node(s).

⁵Results of randomized clinical trials indicate that there is a lower risk of morbidity associated with sentinel node mapping and excision than with level I/II axillary dissection.

⁶Sentinel node involvement is defined by multilevel node sectioning with hematoxylin and eosin (H&E) staining. Cytokeratin Immunohistochemistry (IHC) may be used for equivocal cases on H&E. Routine cytokeratin IHC to define node involvement is not recommended in clinical decision making.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

[Return to Locoregional Treatment \(BINV-2\)](#)

Uno studio incentrato sul quesito:

How important is the axillary nodal status for adjuvant treatment decision at a breast cancer multidisciplinary tumor board? A survival analysis

Reimer T. et al.; Ann Surg Oncol 2008

- Si confrontano retrospettivamente le decisioni terapeutiche postoperatorie di 207 pazienti, con un'impostazione "in cieco": prima senza conoscere lo stato linfonodale, ma utilizzando solo le caratteristiche di tumore e paziente, poi avendo a disposizione le informazioni dalla ALND
- Outcome principale : sopravvivenze calcolate con Adjuvant! Online (nomogramma)
Outcome secondari : le differenze nelle decisioni terapeutiche
- Metodi: regressione logistica. P value < .05 e 95% IC
- Conclusioni : con la conoscenza dello stato nodale derivato dalla ALND ci sono stati: - cambiamenti lievi (tipo di chemio) nel 16,9%
- più importanti (chemio vs radio) nel 17,9%

Queste differenze non hanno influito sulla sopravvivenza ($p > 0,005$)

Ai fini del **decision making** risultano
utili fattori relativi al tumore primitivo
e alla paziente:

- età
- grandezza del tumore primario
- grado del tumore
- profilo genetico
- grandezza delle metastasi del SLN
- invasione linfovascolare
- recettori ormonali

Pilewskie ML, Morrow M

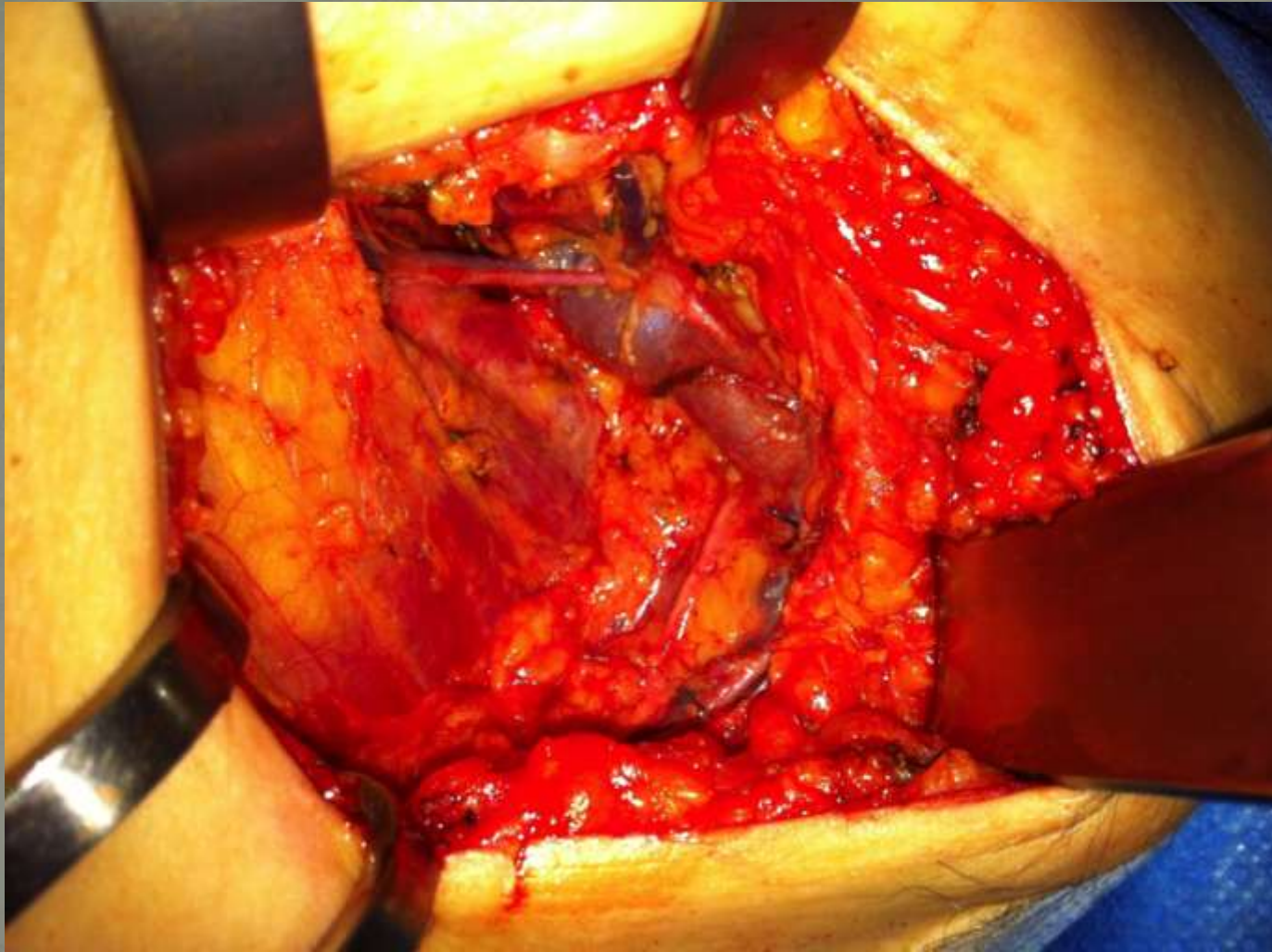
Management of the clinically node-negative axilla: What have we learned from the clinical trials?

Oncology 2014 (Williston Park).

Clinical trials have proven that in clinically node-negative patients, SLND provides accurate staging with less morbidity, and that ALND can be omitted in patients with negative SLNs without diminishing disease-free survival, overall survival, or local-regional control. Moreover, in patients with micrometastases, and in select patients with SLN macrometastases, use of ALND has not improved local-regional control or survival.

One constant finding in these trials is low axillary recurrence rates—consistently less than 3%.

ATTENZIONE !!!



- NON E' SEMPLICE RE INTERVENIRE CHIRURGICAMENTE SU RECIDIVE ASCELLARI

LINFONODO SENTINELLA E CHEMIOTERAPIA NEO-ADIUVANTE

	BEFORE	AFTER
ADVANTAGES	True status of axillary nodes	Take advantage of down staging effect of preop chemotherapy
	Help with decisions for further surgery and radiation therapy	Generally require 1 surgical procedure
LIMITATIONS	Does not take advantage of staging effect of preop chemotherapy	SN identification rate is lower
	Require 2 surgical procedure	Complicate the decision on whether to use radiatio after mastectomy if SN is negative

LINFONODO SENTINELLA

CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE E LINFONODO SENTINELLA

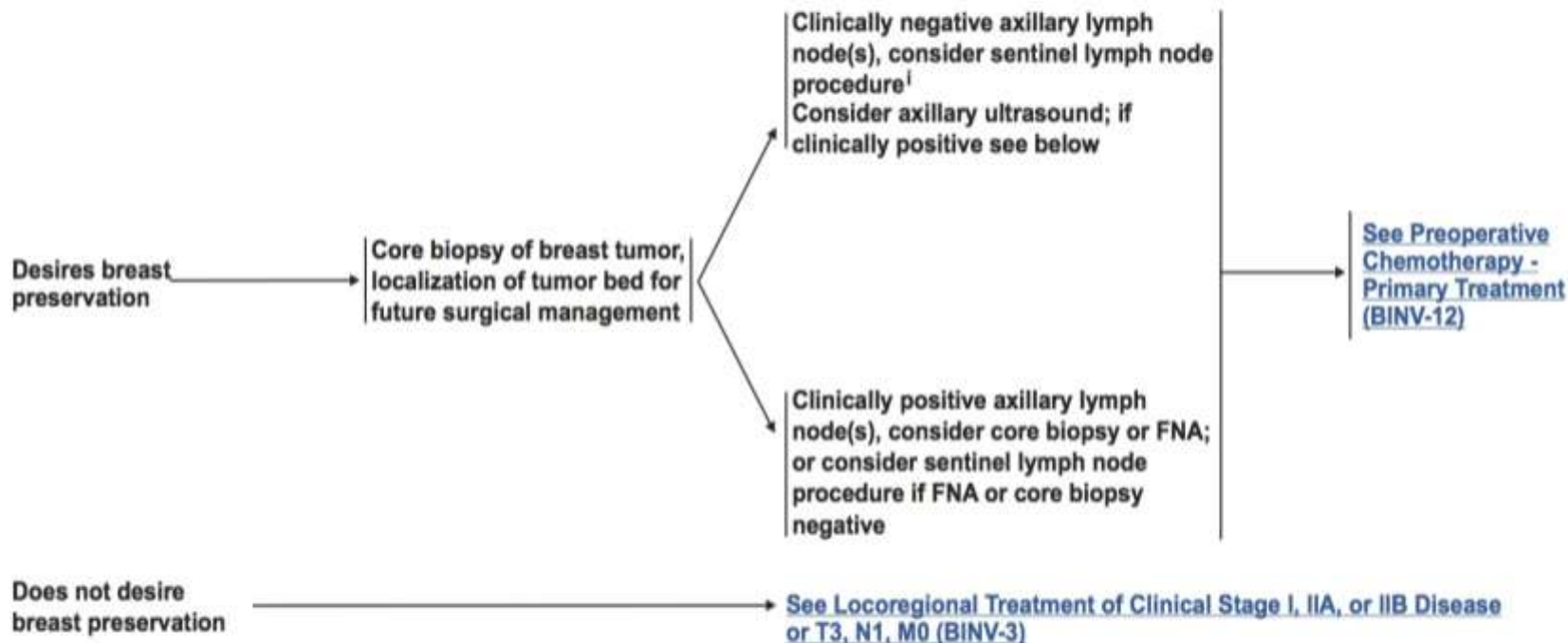
“Sentinel lymph node biopsy is precise after primary systemic therapy in stage I-III breast cancer patients;
Reitsamer R et al; Ann Surg Oncol; 2010

“SLNB after primary systemic therapy is accurate and the results are comparable to those primary SLNB”

Sentinel node biopsy after primary chemotherapy in breast cancer: a note of caution from results of ABCSG-14; Tausch C et al; Breast J; 2011

“The routine use of SLB after primary chemotherapy should be discouraged”

Preoperative Chemotherapy Axillary Evaluation



ⁱSee Surgical Axillary Staging (BINV-D).

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Preoperative Chemotherapy Guideline

LOCAL TREATMENT

Mastectomy and surgical axillary staging^{ee} ± reconstruction. If sentinel lymph node biopsy performed prechemotherapy and negative findings, may omit axillary lymph node staging

Consider additional chemotherapy in the context of a clinical trial

ADJUVANT TREATMENT

- Adjuvant radiation therapy^o post-mastectomy is based on prechemotherapy tumor characteristics as per [BINV-3](#) and
- Endocrine therapy if ER-positive and/or PR-positive^v (category 1)
- Complete up to one year of trastuzumab therapy if HER2-positive (category 1). May be administered concurrent with radiation therapy^o and with endocrine therapy if indicated.
[See Adjuvant Endocrine Therapy \(BINV-J\)](#)

Lumpectomy with surgical axillary staging.^{ee} If sentinel lymph node biopsy performed prechemotherapy and negative findings, may omit axillary lymph node staging

Consider additional chemotherapy in the context of a clinical trial

- Adjuvant radiation therapy^o post-lumpectomy based on prechemotherapy tumor characteristics as per [BINV-2](#) and
- Endocrine therapy if ER-positive and/or PR-positive^v (category 1)
- Complete up to one year of trastuzumab therapy if HER2-positive (category 1). May be administered concurrent with radiation therapy^o and with endocrine therapy if indicated.
[See Adjuvant Endocrine Therapy \(BINV-J\)](#)

See Surveillance/
Follow-up ([BINV-16](#))

^oSee [Principles of Radiation Therapy \(BINV-I\)](#).

^vChemotherapy and endocrine therapy used as adjuvant therapy should be given sequentially with endocrine therapy following chemotherapy. The benefits of chemotherapy and of endocrine therapy are additive. However, the absolute benefit from chemotherapy may be small. The decision to add chemotherapy to endocrine therapy should be individualized, especially in those with a favorable prognosis where the incremental benefit of chemotherapy may be smaller. Available data suggest that sequential or concurrent endocrine therapy with radiation therapy is acceptable.

^{ee}Axillary staging may include sentinel node biopsy (category 3) or level I/II dissection.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

LA RADIOTERAPIA

Axillary Irradiation as an Imperative Alternative to Axillary Dissection in Clinically Lymph Node- Negative but Sentinel Node-Positive Breast Cancer Patients?"

Nitsche M., Hermann R. 2011

- Sottolinea l'utilità della radioterapia nella prevenzione delle recidive ascellari, portandole ad un tasso dell'1-3% in pazienti con linfonodi clinicamente negativi nelle prime fasi del cancro al seno
- Si individua nella radioterapia un'ottima alternativa alla ALND (il cui rischio di linfedema, in questa review, è calcolato al 5-35%).
- La presenza di metastasi occulte nel 4-7% dei soggetti sottoposti a sola SLNB è perfettamente controllata dalla sola radioterapia.
- Lo studio conclude dicendo che l'irradiazione ha un controllo decisamente migliore sulle patologie microscopiche, con un'efficacia equivalente alla ALND ed una minore quantità di sequele.

Axillary Radiotherapy Equal to Surgery in Early Breast Cancer

ASCO, 2013

Anita T. Shaffer

Published Online: Thursday, June 6, 2013



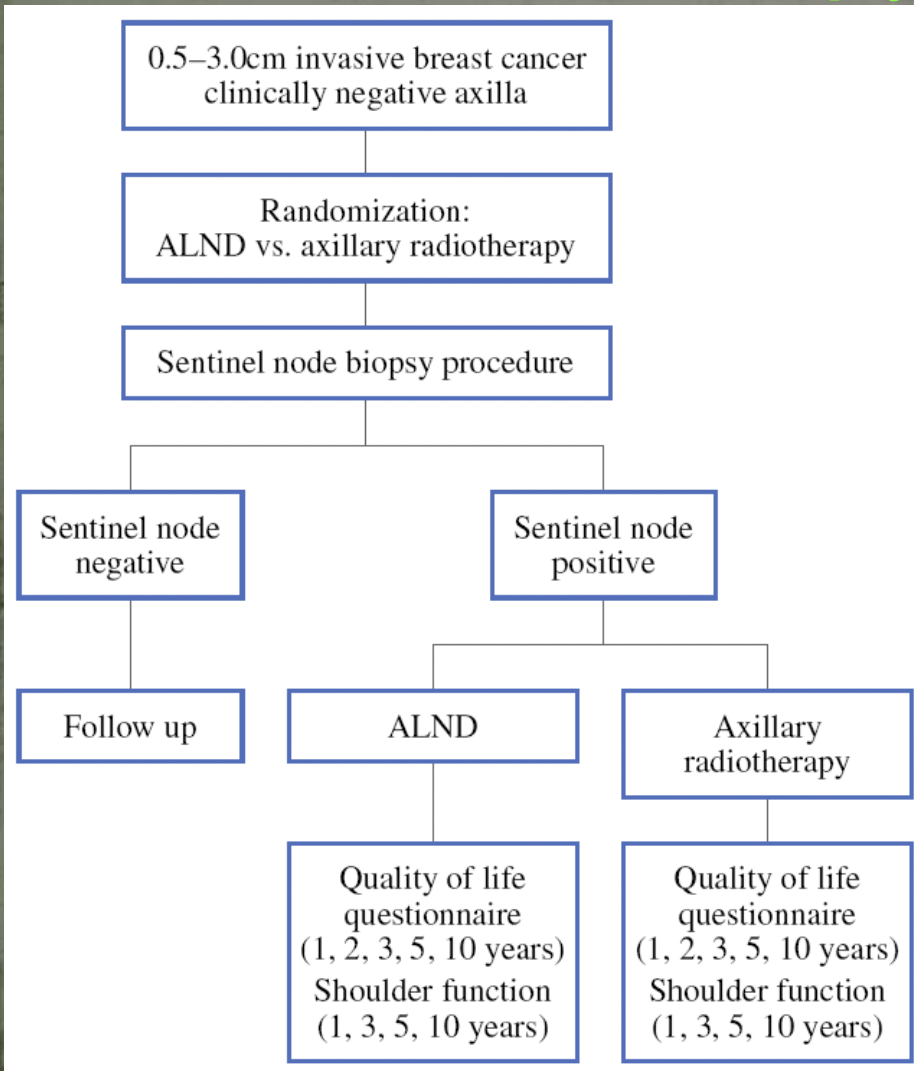
Emiel J. Rutgers, MD

Women with early sentinel lymph node-positive breast cancer achieve as much of a disease-free and survival benefit from axillary radiotherapy (ART) as they do from axillary lymph node dissection (ALND) with significantly less risk of lymphedema, according to clinical trial results presented June 3 at the American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting.

The findings of the phase III AMAROS trial align with the gradual move away from reliance upon surgery in managing early breast cancer and are likely to be embraced in the United States by patients and oncologists alike, research leaders said in discussing the data.

"When we designed this study to lessen the toxicity of primary breast cancer treatment 12 years ago, axillary clearance was dogma," said lead investigator Emiel J. Rutgers, MD, a surgical oncologist at the Netherlands Cancer Institute in Amsterdam, in discussing the findings at a press

AMAROS = After Mapping of the Axilla Radiotherapy or Surgery?



Radiation Treatment

- SCF/PAB fields
- CT planning not required
- Fixed depth prescription

Hurkman et al. *Radiother Oncol*
Straver et al. *Ann Surg Oncol*

Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella” Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Considerazioni generali.2

Gli studi randomizzati di recente pubblicazione (Z0011, IBCSG 23.01) hanno confermato che la rimozione chirurgica dei linfonodi ascellari non migliora la prognosi, secondo quanto dimostrato anche in “era pre-sentinella”(NSABP B04, IBSCG 10.93, GRISO 053, INT 09/98).

In attesa della pubblicazione del trial AMAROS, entrambi gli studi sono stati oggetto di critiche in merito alla potenza statistica ed alla possibilità di estrapolare i dati ed applicarli su larga scala.



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella” Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Considerazioni generali.3

I membri del panel sono comunque sostanzialmente concordi nel ritenere che il futuro della chirurgia ascellare sia orientato verso una progressiva riduzione dell’estensione chirurgica.



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella”

Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Dissezione ascellare in caso di micrometastasi.1

I risultati del trial IBCSG 23.01 specificamente disegnato per rispondere a questo quesito, corroborati da altre larghe casistiche monoistituzionali suggeriscono che nelle pazienti con micrometastasi nel/i linfonodo/i sentinella la dissezione ascellare non è più richiesta come trattamento di elezione e può essere evitata senza avere un impatto negativo sulla sopravvivenza globale e libera da malattia.

LE 1B



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella”

Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Dissezione ascellare in caso di micrometastasi.2

I dati disponibili rendono le conclusioni solide nelle pazienti candidate a chirurgia conservativa e radioterapia complementare (WBI). La ridotta percentuale (9%) di pazienti sottoposte a mastectomia nel trial IBCSG 23.01 e l'assenza di pazienti sottoposte a mastectomia nel trial ACOSOG Z0011 rendono più debole l'applicazione di tale atteggiamento su larga scala nelle pazienti candidate a mastectomia.

LE 1B



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella”

Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Dissezione ascellare in caso di micrometastasi.3

Tuttavia il panel, anche se non all’unanimità, ritiene che la DA possa essere omessa anche in pazienti con micrometastasi nel LNS e candidate a mastectomia, oppure in caso di chirurgia conservativa e PBI.

Al momento non vi sono evidenze provenienti da studi randomizzati che suggeriscano di omettere o meno la DA in base alla biologia della neoplasia.

LE 1B



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella”

Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Dissezione ascellare in caso di macrometastasi.1

I dati del trial ACOSOG Z011 suggeriscono che l’omissione della DA in pazienti con coinvolgimento metastatico limitato non si traduce in una peggiore sopravvivenza dopo un follow up di 6.3 anni. Pertanto in pazienti con neoplasia T1-T2 , sottoposte a chirurgia conservativa, radioterapia su tutta la mammella e trattamento medico sistemico, la DA potrebbe anche essere omessa in presenza di coinvolgimento macro-metastatico limitato (uno/due linfonodi sentinella).

LE 1B



Documento di consenso: “Il trattamento dell’ascella”

Micro e macrometastasi e dissezione ascellare

Dissezione ascellare in caso di macrometastasi.

Nelle pazienti sottoposte a mastectomia, ed in quelle escluse dai criteri del trial ACOSOG Z0011, la DA è ancora considerata trattamento di prima scelta in assenza di dati specifici.

Al momento non vi sono evidenze provenienti da studi randomizzati che suggeriscano di omettere o meno la DA in base alla biologia della neoplasia.

LE 1B



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

The Breast

journal homepage: www.elsevier.com/brst



Viewpoints and debate

Abandoning sentinel lymph node biopsy in early breast cancer? A new trial in progress at the European Institute of Oncology of Milan (SOUND: Sentinel node vs Observation after axillary UltraSouND)

Oreste Gentilini*, Umberto Veronesi

Division of Breast Surgery, European Institute of Oncology, Milano, Italy

ARTICLE INFO

Article history:

Received 4 June 2012

Accepted 24 June 2012

Keywords:

Sentinel lymph node biopsy (SLNB)

Breast cancer treatment

Ultra-sound

Axillary surgery

VIEWPOINTS AND DEBATES

Sentinel lymph node biopsy (SLNB) is the standard approach for axillary staging in patients with early breast cancer. Recent data showed no outcome difference in patients with positive sentinel node between axillary dissection vs no further axillary surgery, raising doubts on the role of SLNB itself. Therefore, a new trial was designed comparing SLNB vs observation when axillary ultra-sound is negative in patients with small breast cancer candidates to breast conserving surgery.

© 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Trial SOUND

Sentinel node vs Observation after axillary Ultra-souND

- Patients with breast cancer ≤ 2.0 cm
 - Any age
- Candidates to Breast Conserving Surgery
- Negative preoperative axillary assessment (negative ultra-sound of the axilla or negative FNAC of a single doubtful axillary lymph node)



Randomization



SNB policy

No axillary surgery

Fig. 1. SOUND trial: study design.



ELSEVIER

Conte

journa

Viewpoints and debate

Abandoning sentinel lymph node biopsy: progress at the European Institute of Oncology
Observation after axillary Ultra-souND

Oreste Gentilini*, Umberto Veronesi

Division of Breast Surgery, European Institute of Oncology, Milan

ARTICLE INFO

Article history:

Received 4 June 2012

Accepted 24 June 2012

Keywords:

Sentinel lymph node biopsy (SLNB)

Breast cancer treatment

Ultra-sound

Axillary surgery

VIEW

Sentinel

breast

between

Therefo

negativ