

Linfonodo sentinella nelle donne screen-detected con diagnosi pre-operatoria di carcinoma in situ della mammella nella regione Emilia-Romagna

S Mancini,¹ E Rinaldi,¹ F Foca,¹ R Vattiato,¹ A C Finarelli,² C Naldoni,² P Sassoli De Bianchi,² F Falcini¹ e gruppo responsabili aziendali screening mammografico Regione Emilia-Romagna

¹ Registro Tumori della Romagna – Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (IRST);

² Servizio Sanità Pubblica-Assessorato Politiche per la Salute-Regione Emilia-Romagna



Introduzione

Il ruolo del linfonodo sentinella nelle pazienti con una diagnosi pre-operatoria di carcinoma in situ non è ben definito. In letteratura e nella pratica clinica, permangono ancora molti aspetti controversi che giustificano l'eterogeneità dei comportamenti. E' opportuno valutare se il rischio di individuare un cancro invasivo come diagnosi post-operatoria nelle pazienti con diagnosi iniziale di cancro in situ è sufficientemente alto, tale da giustificare il ricorso all'esame del linfonodo sentinella.

Obiettivi

Stabilire (1) i fattori associati all'esecuzione dell'esame del linfonodo sentinella in una serie di pazienti coinvolte nel programma di screening con diagnosi preoperatoria di carcinoma in situ, e (2) stabilire i fattori effettivamente associati con il rischio di diagnosi post-operatoria di carcinoma invasivo.

Materiali e Metodi

Casi

Il file SQTM (Scheda computerizzata per il controllo della Qualità del Trattamento del carcinoma Mammario), adottato dal 2000 dalla Regione Emilia-Romagna, permette di raccogliere dati al fine di facilitare il monitoraggio: 1) del trattamento e del follow-up del carcinoma mammario, 2) della qualità della diagnosi e 3) degli indicatori di efficacia dello screening mammografico. Sono stati analizzati i dati registrati sul file SQTM relativi a 672 pazienti con diagnosi pre-operatoria di cancro in situ, provenienti da programma di screening (50-69 anni) e trattate nel 2003-2008 in Emilia-Romagna. Sono state escluse le lesioni in situ, quando le pazienti presentavano anche una lesione invasiva.

Analisi

Al fine di individuare le "migliori candidate" all'esecuzione del linfonodo sentinella, sono stati valutati fattori clinico-patologici per definire i predittori di una diagnosi finale di cancro invasivo. Per valutare la significatività di queste associazioni sono state utilizzate analisi univariate e multivariate (Odds-Ratios con Intervalli di confidenza al 95%).

Le elaborazioni sono state eseguite con il software STATA 10.1 per Windows.

Tabella 1: Fattori associati con l'esecuzione del linfonodo sentinella e la diagnosi finale di cancro invasivo: odds-ratios (OR), intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) e valori di significatività statistica (p values)

		Esecuzione linfonodo sentinella			Diagnosi finale di cancro invasivo		
		OR ¹	IC 95%	p-value	OR ²	IC 95%	p-value
Intervento chirurgico	Conservativo	1.00	(riferimento)	1.00	(riferimento)		
	Radicale (mastectomia)	2.34	1.19-4.61	0.014	1.92	1.02-3.61	0.043
Grado	Grado 1	1.00	(riferimento)	1.00	(riferimento)		
	Grado 2	1.62	1.05-2.50	0.029	2.07	1.13-3.80	0.019
	Grado 3	2.19	1.37-3.50	0.001	1.72	0.91-3.28	0.097
Presenza lesione palpabile	No	-		1.00	(riferimento)		
	Sì	-		6.45	3.07-13.56	0.000	
Dimensione clinica	<= 10 mm	-		1.00	(riferimento)		
	> 10 mm	-		1.82	1.10-3.03	0.021	

¹ OR aggiustati per le variabili rappresentate in tabella;

² OR aggiustati per le variabili rappresentate in tabella e per la dimensione patologica: <=10 mm o >10mm (non mostrata)

Conclusioni

La presenza di lesione di grado 2 o 3 e la decisione di eseguire mastectomia sono fattori razionali per decidere l'esame del linfonodo sentinella, poiché questi fattori aumentano il rischio della diagnosi finale di carcinoma invasivo. Il rischio di carcinoma invasivo aumenta anche in presenza di lesione palpabile e dimensione clinica maggiore di 10mm, ma questi fattori non sembrano attualmente utilizzati per la decisione riguardo il linfonodo sentinella.

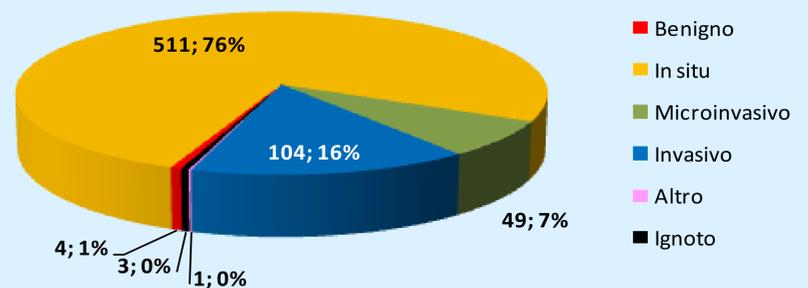
Riferimenti bibliografici:

Ansari B et al. **Meta-analysis of sentinel node biopsy in ductal carcinoma in situ of the breast.** *Br J Surg.* 2008 May;95(5):547-54;

van Deurzen CH et al. **Is there an indication for sentinel node biopsy in patients with ductal carcinoma in situ of the breast? A review.** *Eur J Cancer.* 2007 Apr;43(6):993-1001

Yen TW et al. **Predictors of invasive breast cancer in patients with an initial diagnosis of ductal carcinoma in situ: a guide to selective use of sentinel lymph node biopsy in management of ductal carcinoma in situ.** *J Am Coll Surg* 2005; 200: 516-526.

Grafico 1: Distribuzione dei casi (num.assoluti; %) con diagnosi pre-operatoria di cancro in situ per diagnosi post-operatoria



Risultati

Il 62% (319 su 511) dei casi con diagnosi post-operatoria di cancro in situ ha eseguito il linfonodo sentinella, mentre per i casi con diagnosi finale di cancro invasivo questa percentuale è risultata pari al 79% (121 su 153).

(1) Fattori associati all'esecuzione dell'esame del linfonodo sentinella

443 pazienti su 672 (66%) hanno eseguito il linfonodo sentinella. Per 13 di questi pazienti (3%) l'esame ha avuto esito positivo. Si è trattato, in ogni caso, di pazienti con esito post-operatorio di cancro invasivo.

I fattori associati con l'esecuzione del linfonodo sentinella comprendevano la mastectomia (OR: 2.3; p=0.014) e il grado 2 (OR: 1.6 ; p=0.029) o 3 (OR: 2.2; p=0.001).

(2) Fattori associati con la diagnosi post-operatoria di cancro invasivo

153 pazienti su 672 (23%) hanno avuto una diagnosi post-operatoria di cancro invasivo (inclusi anche 49 casi microinvasivi).

I fattori associati a questo outcome erano la presenza di una lesione palpabile (OR: 6.5; p<0.001), la dimensione clinica >10mm (OR:1.8; p=0.021), il grado 2 (OR: 2.1 ; p=0.019) o grado 3 (OR: 1.7; p=0.097) e l'esecuzione della mastectomia (OR: 1.9; p=0.043).