

Lesioni ad incerto potenziale maligno diagnosticate alla vacuum- assisted breast biopsy (VABB): escissione o follow-up?

**Marchisio F.¹, Bellelli V.¹, Armocida C.¹, Guadalupi R.¹, Santini D.¹,
Ficarra G.², Ceresatto E.¹**

¹ **Centro di Screening Mammografico, AUSL, Modena;**

² **Istituto di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Modena**

Palermo, 12 maggio 2011

Introduzione

L'espansione dello screening mammografico organizzato ed il crescente utilizzo di indagini microbiottiche quali core-biopsy (CB) e vaccum-assisted breast biopsy (VABB) hanno condotto ad un maggiore riscontro DI DIAGNOSI ISTOLOGICHE DI **LESIONI AD INCERTO POTENZIALE MALIGNO (B3)** PER LE QUALI NON ESISTE UN PROTOCOLLO UNIVOCO DI GESTIONE

Escissione o follow-up? Quale follow-up?

Introduzione

Le lesioni classificate come B3 sono estremamente eterogenee per caratteristiche patologiche e prognostiche, accomunate dall'umentato rischio di associazione a lesioni maligne e/o ad evoluzione maligna con VPP compresa **tra 20 e 60%** a seconda dell'assenza o presenza di atipie e dal sottotipo istologico.

Ancona A et al (2011) Radiol Med 116: 276-291

Tonegutti M et al (2010) Radiol Med 115: 1246-1257

Bianchi S et al (2011) The Breast, in press

Obiettivi

Valutare retrospettivamente le lesioni con diagnosi istologica alla VABB di **B3 con atipie** per:

- stabilirne il VPP;
- cercare di individuare parametri di scelta tra intervento chirurgico e follow-up;
- stimare efficacia e necessità del tipo di follow-up in uso presso il nostro centro di screening per le lesioni border-line.

Materiali e metodi

Sono state selezionate le diagnosi VABB B3 con atipie.

Per ogni lesione sono stati valutati:

- Età della paziente;
- Aspetto mammografico della lesione;
- Dimensione (mm) della lesione;
- Diagnosi istologica del prelievo VABB (quella a maggiore rischio in caso di più lesioni associate);
- Radicalità del prelievo VABB (presenza/assenza di microcalcificazioni residue);
- Estensione delle atipie (ampia se ≥ 3 foci/frustoli coinvolti) *.

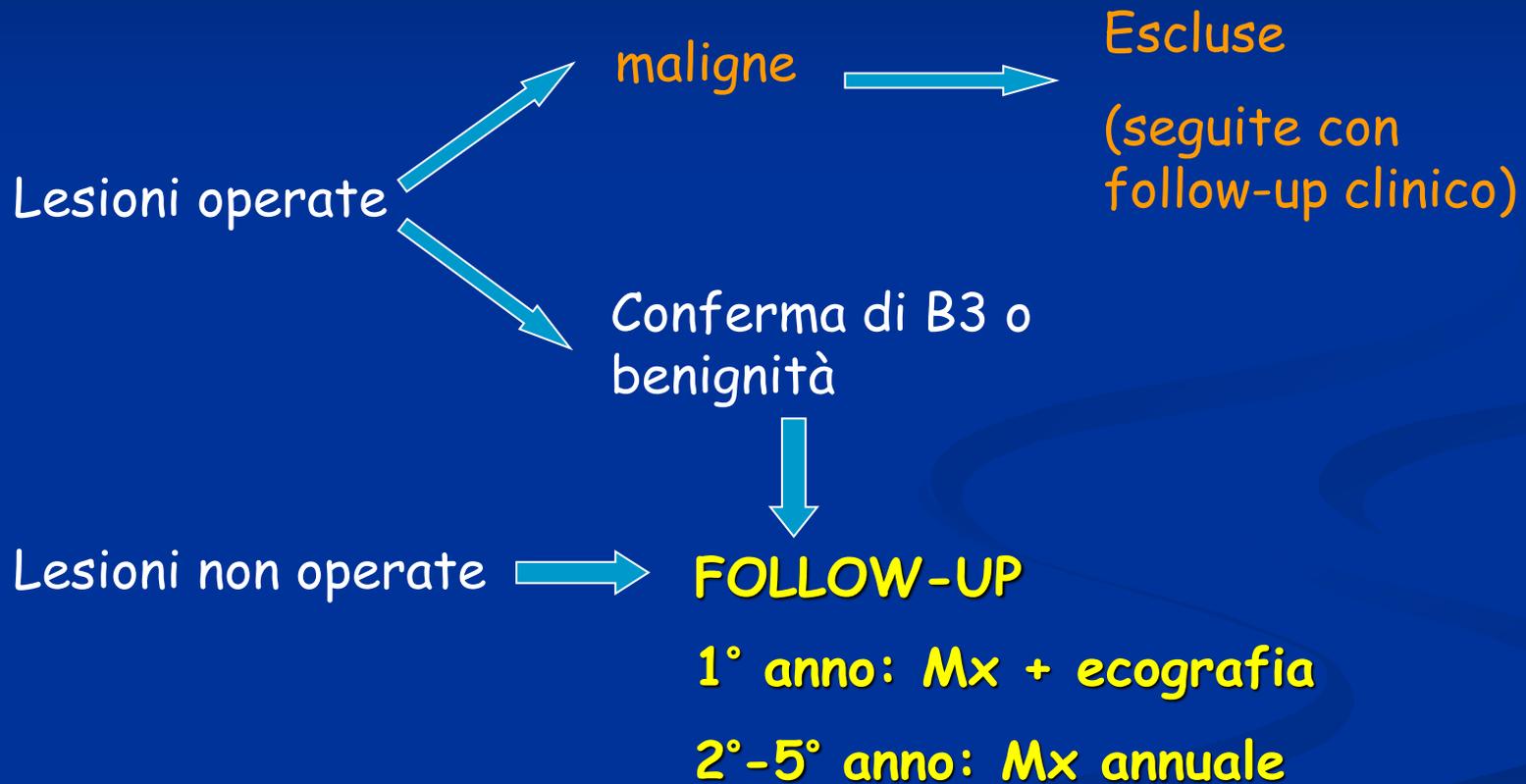
I 5 parametri evidenziati sono stati utilizzati per indirizzare le pazienti all'intervento chirurgico o al follow-up.

E' stato calcolato il VPP della diagnosi VABB B3 con atipie in rapporto all'istologia dopo escissione ed in rapporto all'istologia definitiva o stabilità della lesione (follow-up negativo al 1° anno).

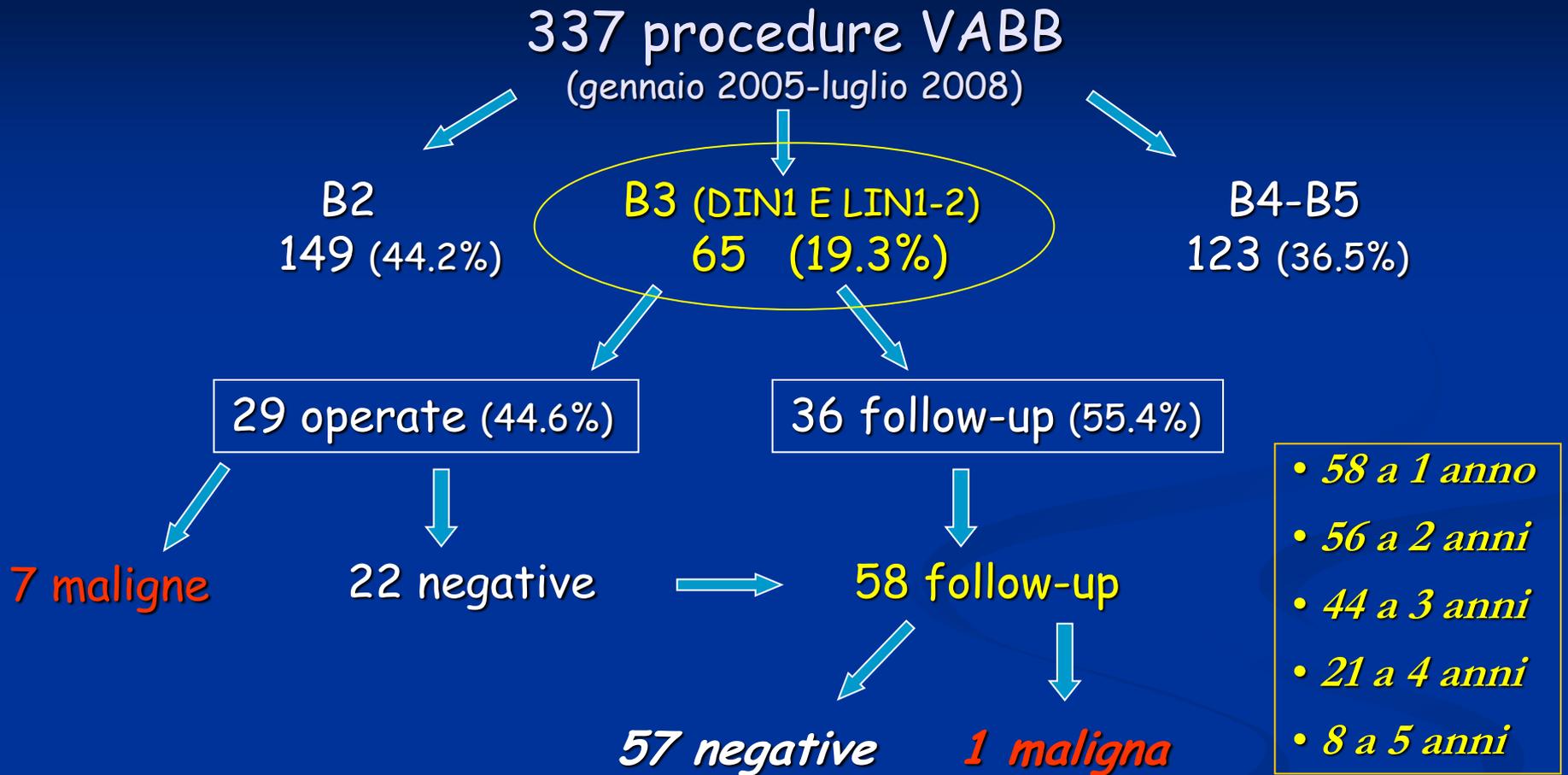
Abbiamo confrontato criteri indirizzanti all'intervento tra pazienti operate e sottostimate e pazienti operate non sottostimate (test a due code e tabelle di contingenza con p value significativo <0.05).

* Wagoner M.J. et al Am J Clin Pathol 2009

Materiali e metodi



Risultati

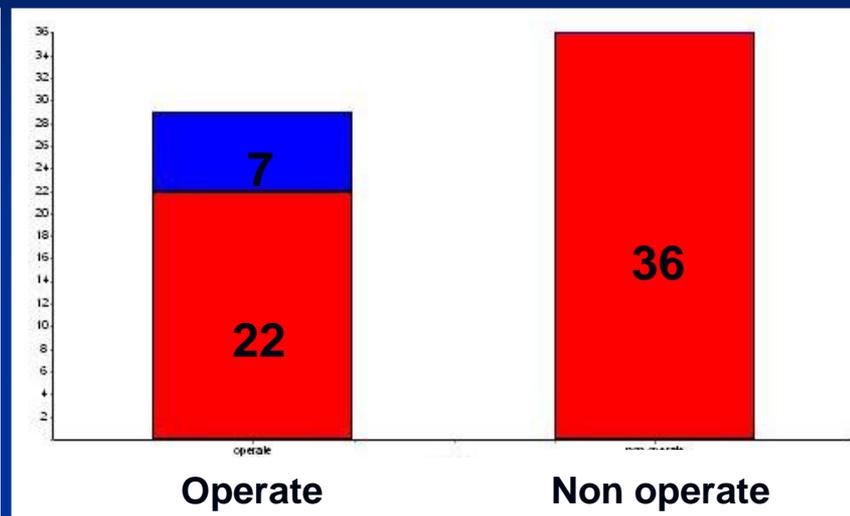


In 1/58 casi (1.7%) si è sviluppato un **CDIS ben differenziato di 6 mm al 4° anno di follow-up**: cluster di microcalcificazioni di 5 mm con diagnosi VABB di DIN1B non operato; nella sede del prelievo erano residue alcune microcalcificazioni, incrementate al 4° anno di follow-up.

Non abbiamo ottenuto alcuna informazione aggiuntiva dall'esecuzione dell'ecografia al I controllo.

Risultati

B3	Operate	Non operate	
Positive (sottostime)	7 (11%)	0	11%
Negative	22 (34%)	36 (55%)	89%
	29 45%	36 55%	65 100%



Il VPP della diagnosi VABB del **24.1%**. (7/29)

Il VPP sulle lesioni operate e su quelle con follow-up minimo di un anno è risultato **10.7%**. (7/65)

Il test di Fischer documenta la presenza di **22 FP** e **nessun FN**: tutti i casi rivelatisi positivi sono stati correttamente indirizzati all'intervento e nessun caso mandato a follow-up è esitato in carcinoma al 1° anno di follow-up.

Risultati

Parametri valutati per ogni lesione:

- l'età non differisce in modo significativo tra lesioni operate positive (sottostime) (56.8 ± 6.3) e operate negative (56.8 ± 4.7) ($p = 0.9$);
- le dimensioni delle lesioni sottostimate sono significativamente maggiori (media 29.3 ± 23.2 mm) rispetto alle lesioni operate e risultate benigne (media 12.8 ± 8 mm) ($p = 0.007$)
(rischio relativo = 1.136 con intervallo di confidenza al 95% di 1.024-1.259 ($p = 0.016$));
- la diagnosi istologica, la radicalità del prelievo e l'estensione delle atipie al VABB non sono significativamente diversi nelle pazienti sottostimate rispetto alle pazienti operate con conferma istologica di lesione B3 con atipie o negative.

Conclusioni

La **dimensione** della lesione all'imaging, essendo **significativamente predittiva di malignità**, può essere considerato un criterio di scelta per indirizzare all'escissione chirurgica.

Nessun caso di **DIN1A** è evoluto in carcinoma: l'intervento potrebbe non essere necessario, specie in lesioni piccole e completamente radicalizzate dalla VABB. Necessario completare il follow-up quinquennale.

Il VPP del **DIN1B** è stato di 28.6%, in linea con i dati in letteratura, secondo cui per tale lesione sembra necessaria l'escissione chirurgica.

Per quanto riguarda i **LIN** sono ancora troppe le discordanze tra gli studi in letteratura e troppo esiguo il nostro campione per poter stilare un protocollo di gestione comune per tutte queste lesioni.

L'**età** è un parametro prescindibile perché non significativo, quanto meno nella popolazione di screening. Dovrà essere verificato dopo l'allargamento della fascia di età, già in corso nella Regione Emilia-Romagna.

Rimane imprescindibile l'osservazione combinata di tutti i parametri valutati, seppure ad oggi non significativi dal punto di vista statistico, specie se si considera l'esiguità del campione esaminato. Nostro obiettivo è accrescere il campione in esame anche attuando studi retrospettivi multicentrici (regionali e nazionali).

Conclusioni

Follow-up

Viste le dimensioni ed di basso grado del DIN1B positivizzatosi al 4° anno di follow-up, lo si potrebbe considerare una iniziale sottostima, che sarebbe comunque stata diagnosticata al corrispettivo 2° round di mammografia di screening senza ritardo di diagnosi e soprattutto modificazione della prognosi.

Potrebbe non essere realmente necessario, né giustificato in termini economici e radioprotezionistici, eseguire controlli mammografici a cadenza annuale, né eseguire l'ecografia al 1° anno.

Dobbiamo valutare tutti i **follow-up al 5° anno.**

Servono studi multicentrici regionali e nazionali su casistiche più ampie.



LUNGA VITA ALLE SIGNORE!

PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI

mammografia
pap test

UNA
SEMPLICE
SANA
ABITUDINE.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

GRAZIE PER LA GENTILE ATTENZIONE