

IL CAMMINO DELLA CHIRURGIA - LINFONODO SENTINELLA

dott. Claudio Pagliari

William Stewart Halsted è noto a tutti i medici ed ancora più chirurghi dai quali è riconosciuto come il padre della chirurgia mammaria. Anche le donne dovrebbero però conoscerlo perché fu straordinario scienziato ed ebbe il merito, alla fine dell'800, di rimuovere la barriera di pessimismo e rassegnazione che aleggiava intorno ai casi di tumore mammario considerato allora incurabile. Sua fu la proposta di un intervento radicale, in grado cioè di guarire.

Nella casistica di Halsted oltre il 75% delle pazienti era ad uno stadio avanzato con interessamento metastatico dei linfonodi ascellari. La sua ipotesi era infatti che la malattia rimanesse confinata alla mammella nel periodo iniziale per propagarsi ai linfonodi ascellari prima ed a qualsiasi organo successivamente attraverso i vasi sanguigni. Si convinse perciò che per impedire la progressione della malattia fosse necessario asportare completamente la mammella, i linfonodi ascellari e le vie linfatiche contenute nei muscoli pettorali.

Halsted dimostrò che almeno una parte delle pazienti da lui operate guarivano definitivamente e pertanto la mastectomia s'impose in tutto il mondo come l'intervento che doveva essere sempre applicato in tutti i casi di cancro mammario.

Ci vollero alcuni decenni per mettere in crisi queste convinzioni: negli Anni Sessanta tra gli scienziati serpeggiava un profondo senso di frustrazione perché i risultati dimostravano che la mastectomia di Halsted guariva solamente una parte delle pazienti.

Alcuni chirurghi come J.A. Urban, Margottini e Bucalossi allargarono la linfectomia anche alle stazioni della base del collo e del torace nella presunzione che si potessero ottenere migliori risultati.

Ulteriori studi dimostrarono però che queste mastectomie allargate non producevano nessun beneficio rispetto alla classica mastectomia di Halsted e si capì che per quanto ci si ostinasse ad allargare la cura chirurgica il destino delle pazienti non veniva influenzato dal tipo di intervento chirurgico.

Negli stessi anni grazie ad alcuni gruppi di ricerca vennero formulate nuove teorie sulla crescita e la diffusione tumorale ed anche i risultati migliorarono grazie alla chemioterapia.

Un contributo fondamentale e straordinario venne dal gruppo di ricerca dell'Istituto Tumori di Milano diretto dal prof. Umberto Veronesi che proponeva di curare il cancro asportando solo una parte della mammella, quella ove risiedeva la malattia. Veniva dunque proposta una quadrantectomia al posto della mastectomia, almeno per i tumori di più piccole dimensioni. Tutto questo era realizzabile anche grazie alle campagne di informazione sanitaria che inducevano le donne ad essere più attente e consapevoli. L'impiego della mammografia si estese e conseguentemente venivano diagnosticati i tumori sempre più piccoli per i quali l'asportazione di tutto la mammella sembrava eccessiva.

In alternativa ad un intervento demolitivo come la mastectomia veniva proposta, almeno per i tumori di più piccole dimensioni, una terapia chirurgica conservativa che consisteva nella quadrantectomia ed un trattamento radiante complementare nella presunzione che microscopici residui tumorali potessero rimanere.

Questa proposta trovò entusiastici sostenitori ma anche tenaci oppositori.

Oggi, dopo circa quarant'anni, è chiaramente dimostrando che la quadrantectomia permette una percentuale di guarigione simile a quella della mastectomia ma con risultati estetici incomparabilmente migliori.

La filosofia del trattamento chirurgico mutò ulteriormente agli inizi degli anni Novanta. La disponibilità di nuove tecnologie e di nuove terapie mediche sempre più efficaci indusse i chirurghi a considerare la possibilità di applicare una chirurgia ancor meno aggressiva e mutilante

che non contemplasse necessariamente una linfadenectomia ascellare completa. Naturalmente non si discuteva circa la necessità di asportare i linfonodi metastatici ma si notava sempre più frequentemente che linfonodi ascellari, al successivo esame microscopico, apparivano sani e quindi asportati inutilmente.

Il problema reale consisteva nella impossibilità di sapere prima dell'intervento chirurgico se i linfonodi fossero metastatici o meno ed in questo non aiutavano nemmeno i più moderni strumenti diagnostici come la TAC o la Risonanza Magnetica.

Per anni i chirurghi si rassegnarono ad asportare completamente i linfonodi ascellari per scoprire in seguito che in circa 7-8 casi su 10 avrebbero potuto evitarlo. L'asportazione di linfonodi sani infatti rappresenta un danno perché viene rimosso tessuto che aiuta le difese immunitarie a combattere la malattia ma soprattutto espone al rischio di complicanze quali il linfodema dell'arto superiore che talvolta può essere invalidante.

Il problema fondamentale consisteva quindi nella possibilità di conoscere lo stato dei linfonodi prima di doverli asportare.

E' noto il meccanismo di migrazione delle cellule tumorali che dal focolaio primitivo si staccano e attraverso le vie linfatiche raggiungono gradualmente i linfonodi ascellari. Il primo di questi linfonodi viene chiamato "linfonodo sentinella" ed è eccezione che le cellule tumorali possano interessare linfonodi più distali senza coinvolgere tale linfonodo.

Se il linfonodo sentinella è sano è molto probabile che anche gli altri linfonodi più distali lo siano. Quando invece il linfonodo sentinella è metastatico è possibile che anche altri linfonodi siano sede di localizzazione delle cellule tumorali.

A questo punto indispensabile diventa conoscere quale sia il linfonodo sentinella considerando che non ha una posizione costante ma dipende dalla sede del tumore primitivo e da altri fattori individuali.

La soluzione a questo problema ci viene offerta dai radioisotopi che sono le sostanze a radioattività molto bassa e che vengono allontanate rapidamente dall'organismo.

Poche ore prima dell'intervento il radionuclide viene iniettato in prossimità del tumore primitivo e successivamente migra verso i linfonodi attraverso le stesse vie linfatiche seguite dalle cellule tumorali. In poche ore si concentra nel linfonodo sentinella che può essere agevolmente individuato dal chirurgo mediante apposite sonde rilevatrici di radioattività.

Mediante una piccola incisione ascellare il linfonodo sentinella viene asportato ed esaminato al microscopio: se è indenne non è necessario asportare i rimanenti linfonodi ascellari come invece si rende necessario nella eventualità di localizzazione di cellule tumorali.

La positività della ricerca del linfonodo sentinella, in mani esperte, raggiunge il 95-99% e consente di limitare ad una unica seduta tutta la parte chirurgica della terapia oncologica.

Attualmente, grazie alla quadrantectomia ed alla tecnica del linfonodo sentinella, è possibile curare il cancro della mammella con una prognosi sempre migliore evitando quelle mutilazioni che fino a qualche tempo fa costituivano una vera e propria malattia nella malattia.