***Ricostruire la fiducia: opzioni chirurgiche per il cancro al seno***

**Oratore 1** 00:02

Bill, stai ascoltando il podcast "Cancer Assist" , condotto dal Dott. Bill Evans e offerto dal Cancer Assistance Program. Qualunque sia la tua esperienza, siamo qui per offrirti aiuto e speranza mentre affronti la prevenzione, il trattamento e la cura del cancro, quando ne hai veramente bisogno.

**Dottor Bill Evans** 00:20

Benvenuti al podcast "Cancer Assist". Sono il vostro ospite, il Dott. Bill Evans, professore emerito alla McMaster University qui ad Hamilton, Ontario, Canada. Ho menzionato la nostra sede perché stiamo ricevendo molti ascoltatori o spettatori su YouTube da tutto il mondo. Abbiamo quindi visto un aumento del numero di utenti dalla Germania, dagli Stati Uniti e da Hong Kong. E naturalmente, con i podcast, si possono raggiungere persone ovunque, quindi, ovunque stiate ascoltando, benvenuti al podcast. Il focus del podcast di oggi è sulla ricostruzione del seno e su altri interventi di ricostruzione che possono essere eseguiti sui pazienti oncologici. Sono affiancato da un esperto, il Dott. Christopher Coronius, professore associato alla McMaster University. Prima di parlare un po' di più di Chris, vorrei solo fare qualche commento sul podcast "Cancer Assist", offerto dal Cancer Assistance Program qui ad Hamilton. CAP è un'organizzazione benefica che fornisce una varietà di supporto gratuito ai pazienti oncologici che ricevono le loro cure presso il Jurbinsky Cancer Center. Questi servizi includono supporto nutrizionale, prodotti per l'incontinenza , parrucche e altri copricapi, reggiseni per mastectomia e, soprattutto, corse gratuite da e per il centro oncologico per trattamenti o appuntamenti. Una delle cose davvero speciali del programma CAP, che non conosco nessun'altra organizzazione benefica, è il prestito di attrezzature, come sedie a rotelle, ambulatori, deambulatori, sedie comode e altri dispositivi che possono aiutare i pazienti a rimanere nelle loro case e al sicuro. Si tratta quindi di un'iniziativa davvero speciale, resa possibile dalle generose donazioni del pubblico e da eventi speciali. Quindi, se dopo aver ascoltato questo podcast vi sentite caritatevoli, potreste prendere in considerazione l'idea di fare una donazione al Cancer Assistance Program. Voglio fare un ringraziamento speciale alla famiglia Hutton. L'Hutton Family Trust ha supportato il podcast di assistenza al cancro fin dall'inizio, quindi ne siamo molto grati. Ora, lasciatemi presentare il nostro ospite di oggi, Christopher Coronius. Come ho detto, è professore associato al McMaster, lavora presso il Jurvinsky Cancer Center ed esegue diverse procedure di ricostruzione del cancro presso l'ospedale. Gather, lei si occupa anche di chirurgia traumatologica all'Hamilton General Hospital.

**Oratore 2** 02:41

Esatto, sì, parte dei nostri ruoli come chirurghi plastici ricostruttivi, a parte il mio, sai, il mio ruolo principale al centro oncologico è quello di coprire la chirurgia ricostruttiva importante negli ospedali traumatologici, così come la copertura pediatrica presso

**Dottor Bill Evans** 02:56

Anche McMaster. Quindi hai fatto la tua formazione, la tua specializzazione qui a McMaster, e poi hai fatto la tua borsa di studio in microchirurgia presso quella straordinaria struttura oncologica di Houston, in Texas, l'MD Anderson Cancer Center. E poi, sei , credo, quasi unica come chirurgo, avendo conseguito un master in metodologia della ricerca sanitaria a McMaster, quindi sei ovviamente molto impegnata nella ricerca oltre che nella chirurgia vera e propria. Quindi benvenuto. Benvenuto allo show. Grazie. Grazie per avermi invitato. È fantastico. Quindi vogliamo parlare innanzitutto di ricostruzione del seno, e mi colpisce il fatto che se ne senta parlare molto di più, e presumo che il numero di donne che richiedono la ricostruzione del seno sia in aumento. Le ragioni, suppongo, sono ovvie: le donne vogliono apparire il più femminili possibile e, dopo aver ricevuto una diagnosi di cancro al seno, non ritrovarsi con un seno in meno e con un aspetto sbilanciato, per così dire. Quindi cosa vedi adesso, e qual è la motivazione che spinge le ragazze a venire e come sono state indirizzate a te? Sì,

**Oratore 2** 04:15

Ottima domanda. Molti dei miei referenti provengono da oncologi chirurghi, chirurghi senologi, chirurghi generali che eseguono mastectomie. Molte pazienti che visitiamo sono in fase di diagnosi di cancro, quindi non hanno ricevuto alcun trattamento iniziale e stanno decidendo i tempi della ricostruzione. Quindi questa è una popolazione. La seconda popolazione di donne che visitiamo sono quelle che potrebbero essere sottoposte a ricostruzione differita, ovvero hanno subito una lumpectomia o un intervento di chirurgia conservativa del seno e/o una mastectomia, e hanno seguito le terapie di supporto. Loro... Forse erano, o non erano candidate alla ricostruzione anticipata a causa della gravità della malattia, o non l'hanno perseguita in quel momento, e ora vengono definite "ricostruzione differita", quindi sarà indipendente dai tempi del cancro. Quindi , ovviamente, in un ospedale oncologico , vediamo molte ricostruzioni immediate, ma eseguiamo anche ricostruzioni differite per pazienti, sia del nostro centro che di altri centri.

**Dottor Bill Evans** 05:27

Quindi la tendenza nella chirurgia per il cancro al seno, mi sembra, è stata quella di interventi chirurgici meno numerosi, sia per la comprensione della biologia e l'uso di terapie adiuvanti efficaci, ma anche perché abbiamo un programma di screening efficace e troviamo i problemi in una fase iniziale, quindi quegli individui presumibilmente non hanno bisogno di ricostruzione, o raramente ne hanno bisogno, quindi sei

**Oratore 2** 05:51

Hai assolutamente ragione riguardo all'aumento della percentuale di cancro al seno che può essere gestito con la conservazione del seno, quindi una lumpectomia, radioterapia, neoadiuvante, quindi iniziale, chemioterapia, immunoterapia e tumori più piccoli. Questa popolazione, tuttavia, tende a essere un'ottima candidata per quella che chiamiamo chirurgia oncoplastica. Quindi, se un tumore e una resezione sono piccoli e il seno è altrimenti grande, per prevenire alcune delle deformità del contorno che altrimenti si verificherebbero con una lumpectomia e radioterapia, o per fornire un migliore equilibrio e una maggiore soddisfazione del paziente in termini di estetica, contorno e aspetto, possiamo eseguire procedure molto simili a una riduzione del seno o a un lifting del seno contemporaneamente alla lumpectomia, che viene incorporata in un modello di tessuto che altrimenti verrebbe rimosso durante una riduzione del seno. Il seno può essere rimpicciolito. Entrambi i lati possono essere rimpiccioliti. Questa è un'opportunità nuova e in un certo senso unica, prima che venga eseguita la radioterapia, per modificare l' impronta, l'involucro cutaneo e il volume del seno.

**Dottor Bill Evans** 07:17

Sembra molto complicato, mi sembra che il processo decisionale coinvolga diversi attori, soprattutto quando hai menzionato la chemioterapia neoadiuvante, che per chi ascolta significa somministrare la chemioterapia prima di qualsiasi intervento chirurgico o radioterapia. Quindi, è proprio in anticipo, per ridurre le dimensioni del tumore con i farmaci. Quindi c'è il ruolo degli oncologi radioterapisti, in genere dopo l'intervento chirurgico, ma poi bisogna considerare la tempistica dell'intervento per ottenere un equilibrio e risultati il più possibile normali.

**Oratore 2** 07:57

Diritto a entrambi i seni. Hai assolutamente ragione . E ci sono ricerche su questo argomento che affermano che l'onere del processo decisionale iniziale per le pazienti a cui viene diagnosticato un tumore al seno può essere significativo. Le pazienti sono costrette a prendere diverse decisioni contemporaneamente, come ad esempio: devo sottopormi a una lumpectomia o a una mastectomia? Devo sottopormi a chemioterapia? Devo sottopormi a radioterapia? Devo sottopormi a un intervento chirurgico su un seno o su entrambi? Ho una predisposizione genetica a questo problema? Ho bisogno di test genetici? Quanto tempo ci vuole? Ho figli? Voglio figli? Sono abbastanza giovane da dover preservare la mia fertilità? Sto lavorando? Come pago le bollette? Quanto tempo posso permettermi di assentarmi dal lavoro? Quali sono i miei benefit? Non so nemmeno di quali benefit ho. Non so quanto tempo ci vuole perché facciano effetto, o come funzionino.

**Dottor Bill Evans** 08:51

Una miriade di domande e sfide. E

**Oratore 2** 08:54

Ogni, sapete, il Cancer Center è un posto fantastico per via dei diversi specialisti che abbiamo, ma ognuno di loro è come se ti passasse una palla diversa da gestire, proverbialmente, e ora stai cercando di capirne ogni singolo aspetto. Ci sono. Ci sono programmi, assistenti e persone che aiutano, aiutano le persone a prendere decisioni su questo, un'iniziativa del Jervins Gospels chiamata "Pin' Program". Si rivolge specificamente alle donne più giovani con tumore al seno, perché molte di queste decisioni e questo tipo di supporto devono essere esterni, diciamo, agli oncologi che lavorano all'interno dell'ospedale, ci sono esigenze uniche che le donne più giovani hanno, e molte di queste, queste,

**Dottor Bill Evans** 09:40

palle da destreggiare, date le molteplici discipline coinvolte nell'aspetto medico del processo decisionale, questo viene fatto in gruppo, come so che abbiamo conferenze multidisciplinari sui casi? È lì che si svolgerà gran parte di questa discussione nel seno?

**Oratore 2** 09:54

Gruppo? Sì, hai perfettamente ragione . Le conferenze multidisciplinari sono... Sono il luogo in cui si discutono i casi e dove, in un certo senso, si suggerisce il percorso di cura migliore per i casi limite, ma per una serie di casi più di routine, queste discussioni avvengono individualmente, con il paziente o tra gli altri operatori sanitari, per definire le fasi di cura da mettere insieme.

**Dottor Bill Evans** 10:24

Le richieste di ricostruzione sono più frequenti tra le donne più giovani? E il motivo per cui lo chiedo è in parte perché sono rimasta scioccata quando, lavorando a Ottawa, ho sentito una donna dire che voleva solo il seno, e lei era tipo, basta così, una cosa del genere. Era una donna anziana, e in un certo senso potevo capirlo, ma sono rimasta un po' scioccata quando l'ho sentito. E immaginate le donne più giovani che vogliono apparire il più normali possibile, perché sono... Sono giovani, sono sposate, hanno delle relazioni. Sì,

**Oratore 2** 10:59

È interessante, perché ci sono dati che direbbero che alle donne più giovani piace qualsiasi cosa. Potrebbe essere una distribuzione normale, e le donne nella fascia media sono in realtà quelle che cercano e si sottopongono alla maggior parte delle ricostruzioni mammarie, mentre per le donne più giovani, avere un seno piatto, sottoporsi a due mastectomie, è un'opzione più popolare attualmente rispetto al passato, e questo argomento, sapete, le tendenze sui social media, di avere un seno piatto e una sutura di tipo estetico, sapete, questo significa che c'è ancora un ruolo per l'estetica e il contorno per le donne che scelgono questa opzione, ma che quando si guarda alle estremità più giovani dello spettro e a quelle più anziane, queste donne sono in realtà più propense a scegliere di non sottoporsi a ricostruzione rispetto, ad esempio, alle donne nella fascia media. In Canada, la maggior parte delle donne che si sottopongono a mastectomia non persegue alcuna forma di ricostruzione, e ci sono diverse ragioni per questo. Ci sono problemi di accesso, ci sono preoccupazioni per le complicazioni e la sorveglianza e cose del genere. Dal punto di vista del paziente, quando si considerano le aree del Nord America, diciamo negli Stati Uniti, dove la ricostruzione è probabilmente praticata il più possibile, il numero è ancora probabilmente intorno al 50% in molti studi che perseguiranno la ricostruzione, in Canada, sarà più basso, sai, nelle città, potrebbe avvicinarsi al 30% ma altrimenti, in contesti diversi, è probabile che sia dal 10 al 20% e

**Dottor Bill Evans** 12:37

Alcune delle cose che dici sono dovute all'accesso. Immagino che non ci siano molte persone come te con la formazione necessaria per svolgere questo tipo di lavoro in Canada al momento. È corretto?

**Oratore 2** 12:46

È tutto relativo. Quindi penso che dipenda dalle persone con la giusta formazione, e poi dal lavorare in ospedali dove è possibile coordinare facilmente un chirurgo oncologo e un chirurgo ricostruttivo. Quindi hai ragione. Ci sono meno strutture che mettono insieme tutti i pezzi, ma ci sono molte strutture che non sono Centri Oncologici Regionali che lo fanno molto bene, come a livello locale, Oakville fa un ottimo lavoro nell'eseguire un volume maggiore di ricostruzioni mammarie, pur non essendo un centro oncologico regionale che è stato principalmente sostenuto dal Dr. Roger Short all'inizio, in termini di, diciamo, ricostruzione tissutale più complessa. E ora una delle mie coinquiline, la Dr.ssa Lauren Willoughby, lavora lì. È molto attiva anche sui social media e risponde a molte domande dei pazienti, ma eseguono un volume molto elevato di procedure ricostruttive. E questo, questo vale solo per questa regione. Ora, tu

**Dottor Bill Evans** 13:47

Ho detto che alcuni pazienti potrebbero essere preoccupati per le complicazioni. E ci sono alcune caratteristiche individuali che li espongono a un rischio maggiore di complicazioni, come l'età o il peso?

**Oratore 2** 14:01

Oppure, sì, anche questa è un'ottima domanda. Questo argomento è sempre trattato nelle nostre linee guida e nelle nostre discussioni. Quindi , i fattori che potrebbero aumentare il rischio di complicazioni in qualsiasi tipo di intervento chirurgico tendono ad essere gli stessi di altre comorbilità, come malattie cardiache o polmonari o disturbi emorragici. Per alcuni degli interventi con lembo che eseguiamo, fattori come il fumo possono complicare o rendere i pazienti non idonei per alcune operazioni, il peso dei pazienti, a seconda del tipo di intervento chirurgico che stiamo cercando di eseguire, può aumentare il rischio di determinate complicazioni e, ovviamente, alcuni aspetti della terapia oncologica possono aumentare il rischio di complicazioni in interventi precedenti, se si sono verificati più tentativi, o se si tratta di una recidiva, se si è stati sottoposti a radioterapia in passato. Questi sono i fattori che aumenteranno il rischio di complicazioni per qualcuno.

**Dottor Bill Evans** 15:04

Stavo pensando in particolare a quando hai menzionato i trattamenti precedenti, secondo cui la radioterapia, che tende a creare cicatrici nei tessuti , deve rendere molto più difficile intraprendere un intervento di chirurgia ricostruttiva appropriato. Ora, non so molto sui tipi di chirurgia ricostruttiva. Nella mia mente semplice sono gli impianti. E poi c'è l'utilizzo del tessuto della persona stessa, una sorta di trasferimento autologo di tessuto, sì. Quindi al 100%

**Oratore 2** 15:33

Giusto? È semplice, è il modo in cui lo spiego anche io, che ci sono due modi principali per ricostruire il seno. Il primo, come hai detto, è fondamentalmente quello di utilizzare un impianto alla fine per ricostruire il seno, e nell'altro , nell'altro modo, il tessuto della paziente viene utilizzato per entrambi. E ci sono modi in cui vengono utilizzati entrambi. Quindi , in alcuni casi, il tessuto della paziente può essere utilizzato per ricostruire la zona in cui è stata somministrata la radiazione, e poi un impianto viene posizionato al di sotto per fornire il volume del seno. Ma in una vera ricostruzione autologa, il tessuto della paziente viene utilizzato anche per il volume del seno.

**Dottor Bill Evans** 16:13

E da dove viene? Quel volume di tessuto, il

**Oratore 2** 16:16

Il gold standard, quello più comunemente praticato in Nord America, sarebbe il basso addome. Quindi, se immagini tutta la pelle tra l'ombelico e dove si trova la cicatrice del taglio cesareo, ovvero la piega sopra il bacino, o, sai, quell'incisione a ventaglio e acciaio, o la piega che abbiamo tutti, tutto quel tessuto può essere utilizzato per ricostruire un seno se, se si tratta di entrambi i seni, è fondamentalmente diviso. Ci sono modi per utilizzare tutto quel tessuto per un seno solo, se necessario. Sai, inizia a diventare più complicato, ma questa è la regione. Altre aree più comuni sono la parte centrale della coscia, tra le gambe , è un'altra area. Ma più ci si allontana da tessuti dall'aspetto e dall'aspetto simili, più le cose cambiano. Un'altra area è la parte bassa della schiena. Ovviamente, la pelle dell'addome è diversa da, diciamo, la parte bassa della schiena e i fianchi, ma queste sono tutte opzioni per le persone .

**Dottor Bill Evans** 17:21

Ora. Deve essere collegato al proprio apporto di sangue? Come fa a rimanere vitale?

**Oratore 2** 17:27

Sì, bella domanda. Molte persone vengono e chiedono se, se si tratta di qualcosa come l'innesto di grasso che si vede in estetica, dove viene eseguita una liposuzione e il grasso viene semplicemente iniettato, non è questo il modo in cui viene ricostruito un intero seno. Quindi, quando spostiamo un pezzo di tessuto intorno al corpo, non è semplice come un innesto cutaneo, dove un pezzo di tessuto viene rasato e poi inserito in un nuovo punto e piantato come se fosse erba, e ci si aspetta che viva dei nutrienti della ferita; quando spostiamo un grosso pezzo di tessuto è necessario un afflusso e un deflusso di sangue, quindi hai assolutamente ragione. Quindi, nella parte inferiore dell'addome, dobbiamo fare un'incisione attraverso la fascia, attraverso il tessuto connettivo, come attraverso il corsetto che tutti abbiamo e che tiene insieme la parete addominale e separa il mondo esterno dall'interno, un'incisione viene fatta attraverso il sangue, i vasi sanguigni vengono incanalati attraverso i muscoli addominali. Il metodo moderno per farlo è quello di prelevare pezzi di muscolo, il più possibile, insieme al tessuto sovrastante, e di inseguire quel vaso sanguigno nella direzione del bacino per ottenere una lunghezza e un calibro adeguati in modo da poterlo spostare. E una volta prelevato quel pezzo di tessuto dall'addome o da qualsiasi altra parte da cui possa provenire, quell'arteria e vena, l'afflusso e il deflusso del sangue vengono poi cuciti a un'arteria e a una vena sotto un microscopio e colleghiamo queste arterie e vene insieme nell'area in cui vogliamo posizionare questo tessuto sotto un microscopio, e poi ci aspettiamo che sopravviva, e nella stragrande maggioranza dei casi lo fa. Quindi, sapete, i tassi di fallimento in Nord America sono, sapete , dell'uno , uno e mezzo percento.

**Dottor Bill Evans** 19:17

Davvero così in basso? Sì, trovo davvero sorprendente che tu possa farlo anche con me,

**Oratore 2** 19:21

Ogni volta che lo faccio, ogni volta che prendi un'arteria o una vena di circa due, tre millimetri , la cuci a un'altra, poi togli le pinze e funziona. È come se, sì, avessi appena catturato di nuovo un fulmine. È incredibile, sì, io.

**Dottor Bill Evans** 19:39

Penso che sia davvero incredibile. Sì. Quindi ora, quando si esegue un impianto, si prende un corpo estraneo e lo si inserisce in una tasca creata. E a volte, se questo avviene in ritardo, si dovrebbe creare la tasca, a quanto ho capito. Puoi spiegarlo? Corretto?

**Oratore 2** 19:58

Sì, hai perfettamente ragione . Lo stai capendo. Il concetto chiave è che quando l'intervento chirurgico viene eseguito immediatamente, come dopo una mastectomia nella stessa operazione, i bordi e il tessuto mammario sono ancora presenti anche se l'intervento viene eseguito in modo differito, in modo che, dopo la mastectomia e il periodo di guarigione, la parete toracica sia più piatta e si debba creare l'area o la tasca in cui deve essere inserito l'impianto. Per questo, utilizziamo un espansore tissutale. Si tratta di un dispositivo temporaneo. È molto simile a una protesi mammaria. Ha una porta, quindi la porta è magnetica. Un espansore tissutale può essere posizionato nel punto in cui è stata eseguita una mastectomia, attraverso la stessa incisione. Le protesi vengono chiuse ogni due settimane. Se vedi qualcuno come me al centro oncologico e in una clinica, quella porta viene trovata usando una calamita. Un ago viene inserito come qualsiasi altro, come qualsiasi port, e questo dispositivo viene riempito. Una volta che il paziente è soddisfatto delle dimensioni e del volume di ciò che viene inserito, è necessario eseguire un secondo intervento per rimuovere l'espansore e posizionare un impianto. Questo processo dura circa sei o sette mesi. Quanto tempo è?

**Dottor Bill Evans** 21:19

Avevo un'idea di come funzionasse, ma questa spiegazione è davvero utile . Ora capisco, e spero che anche le persone che ascoltano capiscano, penso che questa sia una conversazione davvero interessante . Faremo una breve pausa qui, poi torneremo e parleremo ulteriormente con il Dott. Kronius.

**Oratore 1** 21:35

Vorremmo prenderci un momento per ringraziare i nostri generosi sostenitori, l'Hatton Family Fund e lo studio creativo Banco, che rendono possibile il podcast Cancer Assist. Il programma Cancer Assistance è più attivo che mai, fornendo supporto essenziale ai pazienti e alle loro famiglie. Continuiamo a impegnarci a fornire servizi gratuiti ai pazienti della nostra comunità, inclusi trasporto e attrezzature, prestiti, articoli per la cura personale e il comfort, parcheggio e formazione pratica. Questi servizi sono resi possibili dalla generosità dei nostri donatori, attraverso donazioni una tantum , donazioni mensili, raccolte fondi da terze parti, sponsorizzazioni aziendali e opportunità di volontariato. Visitate cancerassist.ca per scoprire come potete fare la differenza nella vita dei pazienti oncologici e delle loro famiglie.

**Dottor Bill Evans** 22:18

Siamo tornati con il Dott. Chris Coronius e stiamo parlando di ricostruzione del seno in questo momento. Abbiamo alcune domande aggiuntive che ci sono arrivate, in particolare riguardo al risparmio del capezzolo, alla sensibilità del capezzolo e così via, e forse anche su come effettuare l'incisione per preservare il più possibile la sensibilità del seno.

**Oratore 2** 22:41

Sì, questi sono argomenti nuovi ed entusiasmanti. La capacità di preservare la maggior quantità di tessuto possibile durante una mastectomia è interamente attribuibile al miglioramento delle tecniche dei nostri colleghi oncologi chirurghi, chirurghi generali, chirurghi senologi, oncologi chirurghi, alla loro capacità di lasciare pelle vitale, un involucro cutaneo vitale, mentre eseguono una mastectomia in sicurezza. E quello che dirò è che, col passare del tempo, penso che siano diventati molto più bravi a eseguire la loro parte della procedura rispetto a noi nella ricostruzione, ma fornire e lasciare una pelle ben fornita, come un buon apporto di sangue, che sopravviverà a un intervento chirurgico ci ha permesso di fare diverse cose. Quindi , in un sottogruppo di pazienti, dove è sicuro, dal punto di vista del cancro, è possibile eseguire una mastectomia preservando il capezzolo e l'areola. E questo è il metodo più comunemente utilizzato e lascia una cicatrice . E la cicatrizzazione viene eseguita più comunemente nella piega mammaria, chiamata piega sottomammaria. È la piega sotto il seno, quindi si può praticare un'incisione in quel punto e poi estenderla leggermente fino alla parete laterale, rimuovendo tutto il tessuto mammario. E il fatto che questa cicatrice tenda ad avere la migliore estetica, e la nostra capacità di preservare il capezzolo, dipende molto dalla selezione dei pazienti. Sono la paziente giusta per un intervento di conservazione del capezzolo? In generale, la paziente dovrebbe essere una persona che non ha subito un intervento chirurgico precedente, non ha ricevuto radiazioni, non ha subito alcun intervento, nessuna procedura, altrimenti ciò ridurrebbe l'afflusso di sangue al capezzolo e all'areola. E da un punto di vista estetico non sarebbe una persona che altrimenti trarrebbe beneficio da, ad esempio, un lifting o una riduzione del seno. Bisogna essere davvero soddisfatti dell'involucro di pelle che circonda il seno, così come del suo volume, perché una volta rimossa la ghiandola mammaria all'interno, è molto difficile modificare la forma dell'esterno. Al contrario, quando eseguiamo riduzioni del seno, è facile modificarne la forma esterna, perché gran parte di essa si basa sulla ghiandola interna. E questo, tutto questo per dire che c'è molta selezione in gioco, ma queste procedure sono valide e possono ridurre il numero di interventi a cui le donne si sottopongono e, in generale, proprio come accade con la terapia conservativa del seno, come le lumpectomie, più l'anatomia e il corpo di una paziente vengono preservati, e più parti del corpo rimangono visibili dopo l'intervento, in genere, più saranno soddisfatte a lungo termine, e questo è logico per molti tipi di intervento chirurgico. Il fatto che possiamo eseguire procedure di conservazione del capezzolo in pazienti selezionate, sia per il tumore che per la loro anatomia , è importante per le pazienti che non possono sottoporsi a mastectomie con conservazione del capezzolo; anche la tipologia delle cicatrici è un aspetto importante e su cui informarsi. In generale, una mastectomia è un'incisione di tipo orizzontale all'incirca a livello del capezzolo e dell'areola. Se il capezzolo e l'areola vengono rimossi , si tratta di un'incisione in quella zona per una mastectomia che verrà chiusa. Molto spesso si tratta di un'incisione orizzontale, nelle forme di ricostruzione immediata; possiamo convertirla in qualcosa che assomiglia di più a una riduzione o a un lifting del seno, dove c'è un'area rotonda al centro, e se viene utilizzato un pezzo di tessuto, allora quella è la finestra in cui si può vedere questo pezzo di tessuto, e poi il resto della stampa può essere personalizzato, simile a una riduzione, dove è una T rovesciata o un motivo a forma di ancora al di sotto. Tuttavia, per la maggior parte delle mastectomie e la maggior parte delle ricostruzioni con impianti, ciò che si vedrà è una cicatrice orizzontale o verticale che incorporerebbe l' area del capezzolo e dell'areola dove si trovava prima.

**Dottor Bill Evans** 26:58

esiste un tipo di incisione preferito per preservare la sensibilità del seno,

**Oratore 2** 27:04

Per quanto riguarda il capezzolo, per le operazioni di conservazione del capezzolo, quello suggerito tende a essere il solco sottomammario, associato al minor numero di complicazioni, ma la sensibilità al capezzolo e all'areola e la ricostruzione di questo è anche un nuovo modo di fare le cose, in cui un innesto nervoso, quindi un pezzo della propria anatomia, viene sezionato e spostato fino al seno, e un ramo di un nervo che corre attraverso il capezzolo e l'areola viene poi riparato fino a un ramo nella parete toracica, sia con un innesto nervoso prelevato da sé, sia utilizzando un condotto nervoso. E questi, questi risultati sono nuovi ed entusiasmanti, e non sono perfetti, ma migliorano la sensibilità che i pazienti hanno a lungo termine. Io

**Dottor Bill Evans** 27:55

Trovo che sia piuttosto sorprendente, perché a un certo punto ho pensato di diventare anch'io un chirurgo, e pensavo che sarebbe rimasto lo stesso, più o meno com'era 40 anni fa, ma è chiaro che si è evoluto enormemente. Passiamo a un argomento non comune ma che forse preoccupa le donne che hanno sentito parlare di protesi, ed è lo sviluppo di tumori maligni a seguito dell'inserimento di una protesi, un particolare tipo di tumore chiamato linfoma. Penso che sia piuttosto raro . Voi conoscereste le statistiche, io no, ma insomma, diteci qualcosa in più su questa preoccupazione.

**Oratore 2** 28:29

Sì, il linfoma anaplastico a grandi cellule associato agli impianti mammari è un argomento emergente, e qualcosa di cui le pazienti sono pienamente consapevoli è associato agli impianti mammari testurizzati e, soprattutto, agli impianti mammari macro testurizzati. Quindi questo significa impianti mammari più testurizzati. Quindi più ruvidi. Esattamente. Quindi , quando si vedono questi impianti, sembrano quasi avere una finitura tipo carta vetrata o sabbiosa . Si ipotizza che l'infiammazione creata da questi impianti testurizzati causi una degenerazione nel sistema che porta alla formazione di un linfoma a cellule T. Ed è proprio questo il linfoma anaplastico a grandi cellule. È un linfoma a cellule T. Quindi non è un tumore al seno solido. È un problema a base di liquidi che le pazienti in genere hanno, sapete, a 7-10 anni dalla loro diagnosi. La loro ricostruzione comporterà o un'ampia raccolta di liquido in quella zona o una nuova massa. E questo, questo problema è quasi esclusivamente correlato alle protesi mammarie testurizzate, o i registri di impianti esistenti in altri paesi non sono finora riusciti a dimostrare che una protesi liscia abbia causato questo problema isolatamente. Quindi.

**Dott. Bill Evans** 30:00

Si tratta di un tipo particolare di impianto o presumibilmente non più utilizzato, sì,

**Relatore 2** 30:04

COSÌ Che esistono ancora sul mercato da alcuni fornitori, ma quelli, diciamo, di Allergan, sono stati richiamati e ritirati dal mercato. Quindi è ancora, esiste ancora come un insieme eterogeneo. E il rischio di cancro al seno nella popolazione è di uno su otto, uno su nove, a seconda di come lo si suddivide, il rischio di questo linfoma nelle pazienti con protesi macro-testurizzate è probabile, ma nell'ordine di uno su 300, quindi forse uno su 350, a seconda degli articoli che si leggono, alcuni lo hanno stimato più vicino a uno su 100, ma come ordine di grandezza è uno su centinaia. Non è uno su migliaia. Non è uno su 10.000, uno su 100.000. Come la stima originale era quando ero specializzando, come per ogni cosa, più cerchi qualcosa e più ne sai, più la trovi.

**Dottor Bill Evans** 31:02

Ma trovarlo deve essere un po' una sfida, perché trovare qualcosa intorno all'impianto, come hai detto, una massa che si forma, o altro fluido che si forma, deve essere ancora un po' un mal di testa, dal punto di vista diagnostico, da capire. E poi, quando lo fai...

**Oratore 2** 31:17

Determinare un linfoma, presumibilmente tramite una biopsia, presumo, gli impianti rimossi, e poi il giusto approccio al linfoma, questi pazienti vengono diagnosticati con un'aspirazione del fluido. Viene quindi inviato per la ricerca di marcatori cellulari. Viene eseguita una citometria e una citologia, e viene inviato per la ricerca di marcatori specifici. E se il risultato è positivo, il trattamento prevede la rimozione non solo dell'impianto, ma di tutta la capsula circostante, quindi di tutti i tessuti circostanti gli impianti, in modo che questo impianto venga rimosso con una tecnica a blocco per rimuovere tutte le parti anatomiche che erano a contatto con l'impianto. È molto probabile che, per quanto riguarda la sopravvivenza, sia superiore al 95% a lungo termine. Quindi, se una buona notizia è corretta, sì, se viene identificato e trattato in modo appropriato, è curabile. Detto questo, non è curabile per tutti. Health Canada raccoglierà dati su questa diagnosi e Internet lo dimostrerà, ovvero che ci sono tre decessi confermati per questo problema in Canada. C'è un po' di disaccordo su ciò che è pubblicato online, come sapete, altri chirurghi plastici con cui parlo affermano di essere a conoscenza di convegni canadesi. Diciamo, diciamo, un altro paziente, ma questo in un certo senso sottolinea la necessità di un registro, di cui ho già parlato in precedenza.

**Dottor Bill Evans** 32:46

Va bene? Anche io ho letto di questa malattia legata alle protesi mammarie, ma non l'ho capita bene. Forse potresti spiegarmi anche questo, e se è una cosa rara?

**Oratore 2** 32:56

Giusto? Quindi, quindi, la malattia da protesi mammarie, c'è, sapete, c'è una percentuale crescente di donne che segnalano sintomi infiammatori con le protesi mammarie. E collettivamente, questa costellazione di sintomi è definita malattia da protesi mammarie, e include cose come dolori muscolari e articolari, una sorta di annebbiamento mentale o difficoltà cognitive, affaticamento, sensazioni di ansia, e poi sintomi infiammatori come eruzioni cutanee, secchezza delle fauci, secchezza degli occhi e una serie di altri tipi di sintomi che rispecchiano la disfunzione autonomica, palpitazioni cardiache, sudorazione, difficoltà a dormire, che possono anche sovrapporsi ai sintomi della menopausa, il che rende tutto più complicato. L'ipotesi, ancora una volta, è che, sapete, le protesi mammarie che sono state installate da molto tempo, hanno subito un certo grado di rottura della loro parete, e di particelle, ed è logico che questo stesso processo che comporta una degenerazione del sistema immunitario fino a formare un linfoma a cellule T possa causare altri problemi. Sappiamo che la diagnosi di LCL è vera e stiamo cercando di scoprire cosa significhi questa diagnosi per le pazienti. Ho scritto un articolo sull'argomento quando ero ricercatore presso l'MD Anderson, dove abbiamo analizzato il database della FDA su protesi mammarie che riguardavano quasi 100.000 donne, e ha dimostrato un aumento di problemi autoimmuni e infiammatori nelle donne con protesi mammarie. Anche in questo caso, il trattamento consiste nel rimuoverle, rimuovere l' impianto. E poi c'è disaccordo tra le società professionali e la ricerca su cosa fare per gestire la capsula, il tessuto che la circonda, e in molti casi, anche questo viene rimosso con una capsulectomia completa, simile al tipo di gestione dell'ALCL. È diverso perché non è un cancro . In questo caso, una malattia, ma tutti i tessuti.

**Dottor Bill Evans** 35:01

Rimossi, si tratta di casi di ricostruzione del seno molto interessanti e, fortunatamente, relativamente rari, direi. Parliamo un po' di altri interventi di chirurgia ricostruttiva, e forse quello che sarebbe più interessante per gli ascoltatori, il nome di Terry Fox, ha fatto davvero il giro del mondo per quello che ha tentato di fare in Canada e per quanto successo ci è riuscito. Ma il suo intervento non era ricostruttivo. Ma forse, se gli fosse stata diagnosticata oggi, sarebbe stato gestito diversamente e avrebbe potuto conservare l'arto, giusto? Come è stato possibile?

**Oratore 2** 35:39

Ottima domanda. Quindi , come con altre forme di chirurgia ricostruttiva, i progressi in altre specialità ci hanno permesso di eseguire gradi di ricostruzione più elevati. Sai, la gestione moderna di un sarcoma dei tessuti molli o osseo prevede la radioterapia e poi, e poi, la chirurgia e la radioterapia possono, se responsive, spesso ridurre queste masse in qualcosa di resecabile e l'arto è salvabile. Anche le tecniche ricostruttive sono migliorate, dove possiamo usare il trasferimento di tessuto, dove, ancora una volta, si disseziona un pezzo del corpo del paziente senza causare, sai, un problema secondario a un'arteria o una vena. Si sposta questo pezzo di tessuto, che sia un pezzo di pelle e grasso, un muscolo o persino un osso, per ricostruire il difetto esistente, da dove è stato rimosso il sarcoma. E in molti casi, come nel tuo esempio, Terry Fox, se c'è una resezione ossea e il perone del paziente può essere rimosso usando la vena arteriosa. Quindi questo è l'osso sulla parte esterna della parte inferiore della gamba. E questo, questo può essere rimosso, ovviamente, lasciamo le connessioni a livello della caviglia e del ginocchio per la stabilità articolare, ma poi la parte centrale può essere rimossa e utilizzata per ricostruire gli arti ed è ancora più incredibile. Incredibile ogni volta che lo facciamo. Incredibile che ti faccia davvero sentire come se avessi fatto qualcosa che nella tua testa non dovrebbe essere possibile. È incredibile ogni volta, e

**Dottor Bill Evans** 37:17

È un lavoro meraviglioso, ed è meraviglioso perché le persone possono trarne beneficio. Quindi è enorme. E la microchirurgia, che fa parte della tua formazione, puoi parlarci un po' di cosa si tratta? Ovviamente si collega a ciò di cui stavamo parlando, ma solo per far sì che gli ascoltatori possano comprendere la terminologia e come viene applicata.

**Oratore 2** 37:38

Sì, la microchirurgia è un campo molto ampio, quindi, ma tutto si ricollega alla chirurgia al microscopio. Quindi , microchirurgia generalmente significa cucire o collegare arterie e vene per fornire il flusso sanguigno. C'è la chirurgia linfatica, dove i vasi linfatici possono essere bypassati per problemi di, diciamo, linfedema, dove i vasi linfatici possono essere ricostruiti o bypassati nel sistema venoso per trattare il linfedema, c'è la chirurgia della mano e dei nervi. La microchirurgia si applica se ti amputano un dito, ovviamente, spero di no, ma se un dito viene amputato, possiamo, possiamo tentare di ricollegarlo. Se, se un'intera mano viene amputata, possiamo tentare di ricollegarla. I nervi possono essere ricostruiti. Si possono eseguire innesti nervosi. Si possono eseguire trasferimenti nervosi.

**Dottor Bill Evans** 38:30

Quindi tutto

**Oratore 2** 38:32

Questo rientrerebbe nella mia rubrica. Sì, qualsiasi intervento chirurgico che si svolga sotto ingrandimento, sia con anelli da indossare sugli occhiali o con un microscopio operatorio. Questi sono tutti aspetti della microchirurgia. E una competenza in microchirurgia è parte integrante dell'essere un chirurgo plastico e ricostruttivo. Ora, detto questo, direi che l'esperienza derivante da una specializzazione in chirurgia plastica. Gli specializzandi escono competenti nell'eseguire alcune di queste, queste proporzioni, queste operazioni, mentre, sapete, decenni fa non sarebbe stato così. Quindi dovevi essere un microchirurgo sub-specializzato per eseguirle. Quelli con un volume più elevato come me hanno ricevuto una formazione, una borsa di studio, da ospedali, sapete, che siano in Canada, negli Stati Uniti o altrove nel mondo. E molto di questo proviene da centri specializzati in chirurgia della mano e oncologia.

**Dottor Bill Evans** 39:34

C'è un ruolo per i robot in tutto questo?

**Oratore 2** 39:37

Sì, bella domanda. Uno dei miei mentori al MD Anderson, che ora lavora al Beaumont Health in Michigan, è il Dott. Jesse Selber. Lui è un grande sostenitore della chirurgia robotica per il prelievo di tessuto, come quello addominale inferiore, ad esempio, per la ricostruzione del seno. Pratica un taglio meno profondo nella fascia addominale. Si può usare il robot. In generale, la chirurgia robotica accede a parti del corpo attraverso un'incisione meno invasiva di quanto sarebbe altrimenti necessario, ed è in grado di dissezionare l'arteria e la vena necessarie per il tessuto sovrastante attraverso un foro molto più piccolo nella protesi e una dissezione molto più piccola del muscolo. E questo è, questo è l'obiettivo della chirurgia ricostruttiva: rimettere insieme qualcosa con i tessuti del paziente, creando il minimo problema o addirittura un miglioramento estetico, a volte nella zona da cui è stato prelevato. E la sua tesi era sempre che, sapete, tutto questo sembra lontano, e siete nella testa delle persone, ma lui sosteneva che il futuro è qui, come se il futuro fosse già qui intorno a noi. Semplicemente non è distribuito uniformemente, come parti di ciò che vedete accadere nella vostra vita e parti di ciò che vedete possibile in chirurgia, per esempio. Oppure, sapete, forse questo sarà il modo in cui tutti lo faranno tra 100 anni. Ed è quindi qui adesso. Semplicemente non tutti possono...

**Dottor Bill Evans** 41:06

farlo. Quindi il mio pensiero, 40 anni fa, sulla chirurgia che sarebbe rimasta sempre la stessa, era molto, molto sbagliato,

**Oratore 2** 41:13

Sì, ma, ma forse, forse lo era, forse in parte lo era, giusto, sai, tipo, perché parte, parti delle cose che facciamo oggi esistevano. Solo che non esistevano per tutti. Non è un modo ampio e generico di farlo. Potresti aver visto cose decenni fa, che vediamo ancora oggi, e che erano, che erano.

**Dottor Bill Evans** 41:30

nuovo, e ora non lo fanno più tutti. Quindi, nella tua formazione, hai fatto formazione con, credo, le persone del... Stavo per dire programma e assistenza basata sulle prove , ma non è del tutto corretto, ma in termini di metodologia di ricerca,

**Oratore 2** 41:44

Oh sì, la mia relatrice di tesi è la Dott.ssa Melissa Brower. Ora si è trasferita, oh sì, si è trasferita all'Università di Ottawa, ma era la mia, era la mia relatrice di tesi. Faceva parte del programma di assistenza basata sulle prove di efficacia presso il Jurvensky Hospital and Cancer Center. E la mia tesi era sulla ricerca sulle linee guida. Quindi è un argomento che mi sta a cuore e ovviamente anche a lei. Quindi, sì, mi è stata di grande aiuto e mi ha permesso di imparare un lato diverso di ciò che facciamo e di come vengono assistiti i pazienti. Ad esempio, l'argomento è che, sai, posso fare un intervento chirurgico su una persona, l'impatto che una persona come lei può avere, può salvare migliaia di vite come queste, le decisioni che derivano dalle linee guida che in un certo senso mettono tutti sulla stessa lunghezza d'onda e indirizzano il modo in cui viene fornita l'assistenza, cambiano, cambiano l'intero sistema, potenzialmente.

**Dottor Bill Evans** 42:36

Ora, ho notato che hai pubblicato molto. So che parli ai convegni. Cosa? Quali sono le aree di tuo interesse nella ricerca? Aree di

**Oratore 2** 42:43

Per quanto mi riguarda, torniamo alla sicurezza del paziente. La sicurezza delle protesi mammarie è stata probabilmente la ricerca di maggiore impatto che svolgo, e che continuo a svolgere. Faccio molte revisioni sistematiche e meta-analisi, quindi ottimizzo la ricerca disponibile e la traduco in forme più fruibili per le persone, ricerche di linee guida, forme di accordo, per far sì che i medici siano sulla stessa lunghezza d'onda e nella fornitura di assistenza. E poi, alcuni degli argomenti più specifici di cui parlo ai congressi sarebbero, sai, la necessità di, ad esempio, un registro delle protesi mammarie che renderebbe più facile per qualcuno come me o qualcun altro rispondere a una domanda. Se avessimo un database più ampio e migliore con una ricerca più granulare, penso che questo migliorerebbe la vita di tutti. E poi, ovviamente, come argomento di nicchia, il salvataggio degli arti è importante per me. Molte persone eseguono la ricostruzione del seno, non molte esercitano in un posto che abbia tutti i chirurghi e le cure necessarie per la ricostruzione di sarcomi o traumi degli arti inferiori. Ho la fortuna di vivere in uno di quei posti, quindi penso che sia un argomento importante. Anche per me.

**Dottor Bill Evans** 43:55

Potrei dire che Juravinski è fortunato ad averti come parte di quella squadra. Io

**Oratore 2** 43:59

Lo apprezzo. Sì, il mio ospedale Gervinsky. Sono io, e c'è il dottor Ronan Abram. È stato un mentore per me quando ero in formazione. E ora sono abbastanza fortunato da averlo come partner, e insieme, penso che siamo in grado di aiutare molte persone e in molti casi speciali.

**Dottor Bill Evans** 44:20

modi, e ne sono assolutamente convinta. Penso che sia semplicemente incredibile quello che riesci a fare per le persone. Quindi, per concludere, Chris, mi chiedo se potresti dire ai nostri ascoltatori, quale messaggio vorresti lasciare alle pazienti con tumore al seno, in particolare per quanto riguarda la ricostruzione. Ci saranno donne che ci ascolteranno, a cui è stata recentemente diagnosticata una neoplasia al seno e che si trovano forse in un dilemma su cosa fare, e quale sarebbe il consiglio che daresti loro?

**Oratore 2** 44:52

La ricostruzione del seno è diversa per ognuno. È un intervento che migliora la qualità della vita . Sì, e interventi che migliorano la qualità della vita significano fare l'intervento giusto, sulla persona giusta al momento giusto. Quindi, in generale, la risposta non sarà la stessa per tutti, e va bene così. Non sentitevi pressati da, sapete, amici, familiari, società, persone dentro o fuori dall'ospedale, a sottoporvi a una forma o all'altra di ricostruzione. Ci sono molte opzioni disponibili. Dovreste chiedere il parere delle persone e prendere una decisione nella vostra testa e con le persone che amate per ciò che volete fare. Ci sono molte cose diverse che potete fare. Ci sono molte cose diverse che potete fare immediatamente. Ci sono molte cose diverse che potete fare in un secondo momento, e qualcuno come me può illustrarvi tutte queste opzioni e aiutarvi a prendere la decisione giusta, la decisione giusta per voi. Quindi

**Dottor Bill Evans** 45:49

Sembra che tu debba trovare te o il tuo clone, sì, ovunque si trovino nel mondo, o che tu voglia, tipo, "Io sono i confini". Sono un clone di Ronin. Quindi, sì, sì. Beh, sei una risorsa preziosa all'interno del sistema sanitario, e molto apprezzata, ne sono certa, da tutte le donne che hai già servito e da quelle che servirai in futuro. È stato un piacere parlare con te, e spero che sia stato apprezzato da chi ti ha ascoltato, e che tu abbia ricavato nuove informazioni che potrebbero esserti utili in futuro. Sì.

**Oratore 2** 46:21

mille per avermi ospitato. Se, se gli ascoltatori sono interessati a vedere cosa facciamo. Molte persone non vogliono vedere, ma alcune sì. Il mio account Instagram ha dei casi. È su Chris Coronius, quindi C, H, R, S, CO, RON, E, OS, è su Instagram. E alla gente piace vedere cosa è possibile. Quindi ci sono cose educative, ci sono casi meno di routine. Noi, io e il dottor Aram, stiamo cercando di diffondere quante più informazioni possibili.

**Dottor Bill Evans** 46:48

Possiamo. Ottimo. È un buon punto di partenza. Grazie ancora. Grazie mille.

**Oratore 1** 46:56

Grazie per aver ascoltato il podcast Cancer Assist. Per altri episodi, risorse e informazioni, scrivi a info@cancerassist.ca o segui il programma Cancer Assistance su Facebook, Twitter e Instagram. Grazie per l'ascolto. A te.