

# La chirurgia maggiore della mammella in day-surgery: razionale e nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXV, 5, 2004

D. Friedman, E. Gianetta, E. Giaminardi,  
M. Aicardi, V. Bachi

Università degli Studi di Genova  
Cattedra di Clinica Chirurgica I  
Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Morfologiche e  
Metodologie Integrate  
Direttore: Prof. Virgilio Bachi

## Introduzione

Negli ultimi anni, per ragioni di vario genere, la chirurgia della mammella ha subito profonde modificazioni.

Negli anni '70 abbiamo assistito al progressivo passaggio della chirurgia radicale (Halsted) a quella radicale modificata (Patey, Madden) e alle prime applicazioni cliniche della chirurgia conservativa (Quadrantectomia + RT) (13). Negli anni '80 si sono definitivamente affermate le tecniche conservative (14) alla luce anche dei grandi miglioramenti delle terapie adiuvanti; per assistere, negli anni '90, alle ulteriori riduzioni exeretiche (mastectomie settoriali, tumorectomie allargate) (15) a scopo cosmetico, anche cosmetico-funzionale (linfonodo sentinella) (11) e agli iniziali progetti rivolti a ridurre la durata del ricovero. Il 2000 dovrebbe segnare, in Italia, l'inizio dell'approccio in day-surgery della chirurgia della mammella, chirurgia che peraltro si presta, come altre, anzi come vedremo, più delle altre a tale disegno.

## Pazienti e metodo

Presso la Clinica Chirurgica I dell'Università di Genova, dal 1 gennaio 2001 al 30 settembre 2003, sono stati eseguiti 403 interventi per patologia mammaria di cui 73 (18%) in regime di ricovero convenzionale, 149

## Abstract

### *DEFINITIVE BREAST CANCER SURGERY AS AN OUTPATIENT: RATIONALE AND OUR EXPERIENCE*

*Introduction: The objective of this study was to evaluate the feasibility of outpatient breast definitive surgery.*

*Case and Methods: Between January 2001 and September 2003 181 definitive breast cancer surgical approaches were performed at Surgical Department of Genoa University on 173 patients. Mean age was 60 years (28-92). All the patients were discharged the day of surgery or the day after in the morning.*

*Results: There were no major complications or deaths. The specific complication rate was similar to inpatient setting and there was no readmission. The patients' quality of life and satisfaction were satisfactory or good.*

*Discussion: In conclusion, holding in due consideration some philosophical and technical changes, breast cancer surgery can be safely and comfortably performed on an outpatient basis.*

*Key words: Breast cancer, day surgery.*

(37%) ambulatoriali in anestesia locale e 181 (45%) in day-surgery in anestesia generale, 93 con intubazione tracheale e 88 con maschera laringea.

In questo articolo verranno presi in considerazione e quindi discussi solo quelli eseguiti in anestesia generale che hanno comportato un regime di ricovero breve (dimissione in giornata o il mattino successivo).

I 181 interventi in regime di day-surgery eseguiti su 173 pazienti con un'età media di 60 anni (28-92) sono stati: 16 mastectomie radicali modificate secondo Madden (1 maschio, 6 innesti protesici immediati), 41 mastectomie settoriali con dissezione linfonodale ascellare, 69 mastectomie settoriali con ricerca del linfonodo sentinella, 2 mastectomie totali, 3 mastectomie sottocutanee (1 maschio), 44 tumorectomie allargate (1 maschio) e 6 dissezioni linfonodali ascellari.

Non è stata eseguita profilassi antibiotica eccetto che nelle pazienti con diabete conclamato.

### *Criteria di inclusione e di esclusione*

Dopo aver analizzato la letteratura anglosassone che vanta un'esperienza nella day-surgery della chirurgia definitiva della mammella oramai più che decennale, si è giunti alla conclusione che non esistono cause meramente chirurgiche di esclusione al programma. Non esistono, peraltro, neppure parametri di esclusione assoluta in relazione a caratteristiche generiche quali quelle psicologiche, organiche e ambientali. Per ragioni legate alla giusta prudenza che dovrebbe governare ogni nuova iniziativa e per praticità sarebbe meglio parlare di criteri di inclusione a tale programma. Essi possono essere così riassunti:

- Consenso o meglio scelta della paziente;
- Ragionevole distanza dalla struttura sanitaria;
- Supporto familiare;
- Condizioni medico-psicologiche favorevoli.

La scelta di poter condurre a casa propria il periodo di così detta "convalescenza", cioè di essere dimessi immediatamente dopo l'atto chirurgico è dimostrato, peraltro, avere i seguenti vantaggi (10):

- Considerare la propria malattia meno grave;
- Migliore comprensione e accettazione familiare della malattia;
- Non sentirsi isolato dalla propria famiglia;
- Minore incidenza di autocommiserazione;
- Sentire di poter mantenere il controllo della situazione.

La scelta del regime di ricovero è stata effettuata quindi al termine di una consulenza preoperatoria da parte del chirurgo e dell'anestesista. Il chirurgo ha esposto l'entità dell'atto chirurgico in funzione della patologia confermando l'assenza di controindicazioni chirurgiche; nell'immediato periodo postoperatorio controllerà l'eventuale comparsa di complicazioni immediate. L'anestesista ha verificato l'assenza di controindicazioni di carattere medico e ha controllato, nel postoperatorio, l'eventuale insorgenza di complicazioni aspecifiche. La dimissibilità della paziente in giornata è stata decisa collegialmente.

### *Gestione della paziente*

Conclusa la fase diagnostica la paziente è stata debitamente informata dell'entità della sua patologia, delle relative possibilità terapeutiche in accordo, se possibile, agli algoritmi attuali, dell'evoluzione naturale della malattia in assenza di alcun presidio terapeutico e delle possibili complicazioni legate alla scelta della terapia stessa.

Una volta identificata la linea terapeutica e la sua organizzazione in regime di day-surgery, la paziente, se sottoposta a dissezione linfonodale ascellare, meglio se in presenza del familiare che l'assisterà a domicilio, è stata debitamente istruita riguardo l'utilizzo e la gestione del drenaggio a circuito chiuso (SIM-Drain®) mediante esempi pratici. Le è stato quindi consegnato, al momento della dimissione, un libretto suddiviso in tre sezioni. La prima

sezione contiene una breve descrizione dell'intervento chirurgico subito e le istruzioni per la gestione del drenaggio a circuito chiuso; la seconda sezione contiene la descrizione di alcuni esercizi riabilitativi; la terza sezione, protetta dalla legge sulla privacy n° 675 del 31-12-1996, è formata da questionari suddivisi in una parte riguardante i dati anagrafici e personali e una riguardante le condizioni di salute avvertite nei primi giorni dopo l'intervento, il gradimento e la soddisfazione per il tipo di approccio terapeutico a cui le pazienti sono state sottoposte. Lo scopo dei questionari è quello di riuscire, attraverso l'analisi dei risultati, a individuare con maggiore obiettività il tipo di personalità più idonea a cui proporre la day-surgery.

Al momento della dimissione, per il controllo ottimale del decorso postoperatorio immediato, alla paziente sono stati forniti i numeri di telefono del chirurgo e dell'infermiere dedicato disponibili a rispondere a qualsiasi dubbio o problema possa insorgere durante l'autogestione domiciliare. In ogni caso la paziente, a scopo informativo, è stata raggiunta telefonicamente per i primi giorni.

### **Risultati**

Solamente 2 pazienti, rispettivamente di 75 e 79 anni, una volta operate hanno rifiutato la dimissione, pur in perfetto benessere, in quanto affette da crisi d'ansia, essendo venuto meno il supporto familiare promesso. Nessuna paziente ha dovuto essere riospedalizzata per una qualsiasi ragione.

Non si sono verificate complicazioni chirurgiche immediate o decessi.

In 22 casi si sono verificati episodi di nausea e in 5 casi vomito risolti con terapia farmacologia convenzionale. Diciotto pazienti, pur avendo ricevuto come tutti la programmata terapia antalgica, hanno dichiarato di non averne avuto bisogno.

Le complicazioni specifiche sono state: infezione della ferita 11 (6.0%), ematoma 15 (8.6%), emorragia 0, sieroma clinico 14 (7.6%), flebite 5 (2.6%), deiscenza completa della ferita 6 (3.4%), cellulite 6 (3.4%).

Il drenaggio è stato posizionato solamente nelle 63 pazienti in cui l'intervento ha comportato la dissezione linfonodale ascellare. Il cordoncino endoluminale è stato rimosso mediamente in 4° giornata postoperatoria (2° - 7°) e il drenaggio in 14° (7° - 28°) con un residuo di siero medio di 40 cc (tracce - 65 cc).

Tutte le pazienti hanno accettato la procedura con soddisfazione, dichiarando di aver condotto a domicilio una qualità di vita soddisfacente o addirittura buona, spesso occupandosi di alcuni impegni domestici e/o di lavoro.

### **Discussione**

La chirurgia in day-surgery deve obbligatoriamente rispettare le seguenti caratteristiche: costi inferiori, parità di

efficacia terapeutica (soprattutto quando si parla di chirurgia oncologica), eguale percentuale di complicazioni rispetto a quella esercitata in regime di ricovero convenzionale e, soprattutto, deve essere gradita dalla paziente. In poche parole le necessità economico-amministrative devono combaciare con gli interessi della paziente.

Possiamo distinguere, nella chirurgia della mammella, un approccio diagnostico e uno terapeutico. Per quanto riguarda l'approccio diagnostico la citoaspirazione con ago sottile, l'agobiopsia sia delle lesioni palpabili sia di quelle subcliniche, nonché le tumorectomie sia a mano libera che su reperimento-guida e la diagnostica ascellare (linfonodo sentinella) possono essere condotte efficacemente in regime ambulatoriale rispettando le caratteristiche sopra ricordate. Efficacia e complicazioni non sono certamente correlate alla dinamica del ricovero. La soluzione ambulatoriale viene sicuramente preferita da parte delle pazienti a costi indubbiamente inferiori. Questo vale anche per l'approccio terapeutico con aggrissione chirurgica limitata. Non si parla quindi di day-surgery ma di normale attività ambulatoriale.

Non solo risulta intuitivo che un ricovero di minore durata comporti anche costi minori, bensì è stato più volte ampiamente calcolato (7, 18).

Quando si parla di approccio terapeutico ci si riferisce essenzialmente a quella che attualmente rappresenta la chirurgia maggiore per la patologia mammaria: mastectomia radicale modificata e mastectomia settoriale con dissezione linfonodale ascellare.

Come si è già detto l'efficacia terapeutica, come per la chirurgia minore, non è evidentemente legata al regime di ricovero.

Le complicazioni postchirurgiche devono essere analizzate in modo più dettagliato; devono essere divise in complicazioni specifiche (infezione della ferita, emorragia, ematoma, sieroma, flebiti, infezioni cutanee, deiscenza della ferita chirurgica) e complicazioni aspecifiche (dolore, nausea, vomito, ansia) legate essenzialmente all'anestesia e al tipo di paziente. Tutte le complicazioni, peraltro, possono portare a ciò che più si teme nella chirurgia giornaliera cioè la riospedalizzazione.

Per quanto riguarda le complicazioni specifiche bisogna principalmente ricordare che non sono, in ogni caso, complicazioni legate a pericolo di vita. Solo l'emorragia (vasi ascellari) percentualmente rarissima, che, peraltro, si rivela nell'immediato postoperatorio, deve essere attentamente valutata nelle prime ore di ricovero. Tutte quantunque, comunque, non sono da mettere in relazione alla lunghezza del ricovero tanto è vero che non è stato segnalato un aumento della frequenza nelle pazienti trattate in day-surgery rispetto a quelle con ricovero convenzionale (6, 8, 9, 12, 17). In alcune statistiche è stata individuata nel sieroma ascellare l'unica complicazione specifica percentualmente ma non significativamente aumentata (4). È stato peraltro in seguito dimostrato come il sieroma non sia evidentemente legato alla lunghezza del ricovero bensì ai dispositivi di drenaggio (2). Sulla base

di questa osservazione e in considerazione del fatto che, in effetti, spesso la paziente, in perfette condizioni generali, rimane ricoverata unicamente per la presenza del drenaggio, si è giunti a utilizzare drenaggi a circuito chiuso di facile autogestione. L'efficacia del drenaggio, la sicurezza del sistema di aspirazione e la estrema semplicità nella gestione, permettono di dimettere il paziente in qualsiasi momento postoperatorio. Non è più quindi il drenaggio il motivo, peraltro molto spesso unico, che ci obbliga a prolungare il ricovero per giorni e giorni.

Per quanto riguarda le complicazioni aspecifiche, come si è accennato precedentemente, esse sono legate al tipo di anestesia e alle caratteristiche personali della paziente piuttosto che all'atto chirurgico e alla durata del ricovero (10, 1). Le attuali tecniche anestesiolgiche nonché le possibilità farmacologiche di controllo del dolore, della nausea, del vomito e dell'ansia assicurano la possibilità di dimettere la paziente in giornata in condizioni generali controllate e stabili come, peraltro, risultano essere, la maggior parte dei casi, spontaneamente il giorno successivo all'operazione (10). La paziente trattata in regime di chirurgia giornaliera manifesta un equilibrio emozionale significativamente migliore e minori sintomi legati allo stress psicologico (10). Tutto ciò dovrebbe farci superare l'ancestrale convinzione, peraltro basata su problematiche non obiettivabili, che il paziente sottoposto a un'anestesia generale non possa essere dimesso in giornata.

Rimane quindi da considerare l'importante problema della selezione delle pazienti eleggibili per questo tipo di approccio terapeutico, cioè quali dovrebbero essere le caratteristiche psichiche, organiche e ambientali della paziente che ci permettono di risolvere il problema in day-surgery con tranquillità e sicurezza. In poche parole giungere alla possibilità di identificare con certezza e in maniera obiettivabile la paziente che possa accettare la proposta del ricovero breve e mantenere tale rapporto con soddisfazione.

Le principali indagini (10, 16, 5) rivelano che non esistono dati univoci relativi alla durata del ricovero su ben 5418 pazienti testate in rapporto alle più svariate caratteristiche quali età, razza, stato civile, livello culturale etc. Si può quindi affermare che è la paziente stessa che, adeguatamente informata e opportunamente seguita a domicilio, sceglie la day-surgery. I risultati ottenuti nei paesi con un'esperienza almeno decennale in questo tipo di organizzazione sono assolutamente incoraggianti; ne è dimostrazione un'indagine condotta nella maggioranza degli stati americani in cui si calcola che nel 1994 il 95% delle pazienti venivano operate in ricovero convenzionale e nel 1999 il 97% aveva scelto la day-surgery (3).

In accordo con il giusto sospetto che l'organizzazione sanitaria e sociale e soprattutto la paziente italiana, per alcuni aspetti, siano diverse da quelle americane è necessario, pur facendo tesoro dell'esperienza dei colleghi che ci hanno preceduto, che anche in Italia si sviluppi un giusto razionale, eventualmente sommando le esperienze e confrontando i dati, per arrivare in breve tempo alle

conclusioni che la day-surgery per la terapia chirurgica definitiva della patologia mammaria sia facilmente attuabile, sicura, ugualmente efficace, meno costosa e soprattutto preferita e quindi scelta dalle pazienti.

## Riassunto

Obiettivo di questo studio è quello di valutare la possibilità di affrontare la chirurgia definitiva per il cancro della mammella in regime di day-surgery.

Presso la Clinica Chirurgica I dell'Università di Genova, dal 1 gennaio 2001 al 30 settembre 2003, sono stati eseguiti in day-surgery 181 interventi su 173 pazienti. L'età media risultava essere 60 anni (28-92). Tutti i pazienti sono stati dimessi in giornata o il mattino del giorno successivo la chirurgia.

Non si sono verificate complicazioni maggiori o decessi. La percentuale di complicazioni specifiche è risultata sovrapponibile a quella osservata in regime di ricovero convenzionale e non ci sono state riospedalizzazioni per qualsiasi causa. La qualità di vita e la soddisfazione per il programma sono risultate soddisfacenti e perfino buone.

In conclusione, tenuti in debita considerazione alcuni cambiamenti necessari sull'approccio psicologico e tecnico, la chirurgia per il cancro della mammella sembra potersi condurre in regime di day-surgery con la dovuta sicurezza, efficacia e soddisfazione da parte delle pazienti.

## Bibliografia

- 1) Choi H.K., Chow L.W., Goh L.C. et al.: *The impact of post operative nausea and vomiting on the practice of day surgery for chinese women with breast diseases.* *Ambul Surg*, 2001, 9(1):29-32.
- 2) Clark J.A., Kent R.B.: *One day hospitalization following modified radical mastectomy.* *Am Surg*, 1992, 58(4):239-242.
- 3) Dooley W.C.: *Ambulatory breast cancer surgery.* *Ann Surg Oncol*, 2000, 7(3):174-175.
- 4) Travet F., Belloin J., Dupré P.F., et al.: *Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie senologique. Etude prospective de faisabilité.* *Ann Chir*, 2000, 125(7):668-676.
- 5) Ferrante J., Gonzalez E., Pal N., et al.: *The use and outcomes of outpatient mastectomy in Florida.* *Am J Surg*, 2000, 179:253-260.
- 6) Goodman A.A., Mendez A.L.: *Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis.* *Arch Surg*, 1993, 128(10):1149-1152.
- 7) Guihard P., Dravet F., Ricaud-Couprie M., et al.: *Surgical management of non palpable breast lesions in ambulatory care.* *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1999, 28(4):330-334.
- 8) Hoehn J.L.: *Definitive breast cancer surgery as an outpatient: a rational basis for the transition.* *Seminars in Surg Oncol*, 1996, 12:53-58.
- 9) Kambouris A.: *Physical, psychological, and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer.* *Am Surg*, 1996, 62(2):123-127.
- 10) Margolese R.G., Lasry J.C.: *Ambulatory surgery for breast cancer patients.* *Ann Surg Oncol*, 2000, 7(3):181-187.
- 11) Schwartz G.F., Giuliano A.E., Veronesi U.: *Proceedings of the consensus conference on the role of sentinel lymph node biopsy in carcinoma of the breast*, April 19-22, 2001, Philadelphia, Pennsylvania. *Cancer*, 2002, 94(10):2542-2552.
- 12) Tan L.R., Guenther J.M.: *Outpatient definitive breast cancer surgery.* *Am Surg*, 1997, 63(10):865-867.
- 13) Veronesi U.: *Conservative treatment of breast cancer: a trial in progress at the Cancer Institute of Milan.* *World J Surg*, 1977, 1(3):324-326.
- 14) Veronesi U., Cascinelli N., Mariani L., et al.: *Twenty year follow-up of a randomized study comparing breast-conservative surgery with radical mastectomy for early breast cancer.* *N Engl J Med*, 2002, 347(16):1227-1232.
- 15) Veronesi U., Volterrani F., Luini A.: *Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer.* *Eur J Cancer*, 1990, 126:671-673.
- 16) Warren J.L., Riley G.F., Potosky A.L., et al.: *Trends and outcomes of outpatient mastectomy in elderly women.* *J Natl Cancer Inst*, 1998, 90(11):833-840.
- 17) Wasowicz D.K., Schmitz R.F., Go P.M.: *Assessment of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patient's satisfaction.* *Ned Tijdschr Geneesk*, 2000, 144(40):1919-1923.
- 18) Will B.P., Le Petit C., Berthelot J.M., et al.: *Diagnostic and therapeutic approaches for non metastatic breast cancer in Canada, and their associated costs.* *Br J Cancer*, 1999, 79(9-10):1428-1436.

**Commento**

**Commentary**

Prof. Nicola PICARDI  
Ordinario di Chirurgia Generale  
Università degli Studi G. D'Annunzio - Chieti

*L'esperienza descritta dagli Autori è di rilevante interesse e conferma che anche atti chirurgici maggiori, come una mastectomia con linfadenectomia ascellare, possono vantaggiosamente rientrare in un programma di chirurgia e ricovero breve (Day Surgery o One Day Surgery). Da condividere sono i criteri di inclusione e l'organizzazione generale, in particolare modo il supporto conoscitivo fornito alla paziente e la reperibilità dell'organizzazione sanitaria.*

*In considerazione della prognosi meno favorevole di un intervento in due tempi – diagnostico e di trattamento chirurgico definitivo – in caso di carcinoma mammario, si concorda per questa strategia solo quando la fase diagnostica consiste in una FNAB, o in una core-biopsy con mammothone. Se invece la diagnosi viene effettuata con tumorectomia, si raccomanda di eseguire l'intera procedura diagnostica con istologia estemporanea e trattamento chirurgico nella stessa seduta, sia pure in regime di ricovero breve.*

*The authors' experience is really interesting and confirms that even major breast surgery as mastectomy with axillary lymphadenectomy, can be included in a Day Surgery or One Day Surgery proposal.*

*I share inclusion principles and general organization, particularly patient's informed consent and the availability of medical support.*

*In view of the unfavourable prognosis of intervention in two phases – diagnostic and definitive surgery – I support this strategy for breast cancer only when the diagnosis is with FNAB or through core-biopsy with mammothone. If the diagnosis is carried out by tumorectomy, the entire diagnostic-therapeutic procedure should be instead executed, by means of extemporary histology and surgical definitive treatment, in the same operation in a day surgery.*

*Autore corrispondente:*

Prof. Daniele FRIEDMAN  
D.I.C.M.I.  
Università di Genova  
Largo Rossana Benzi, 8  
16132 GENOVA

