

Dissecazione ascellare

E. Raimond, A. Lipere, A. Pelissier-Komorek, M. Labrousse, N. Gavillon, O. Graesslin

La chirurgia è centrale per il trattamento del cancro al seno. Permette un controllo locoregionale della malattia. L'esplorazione del cavo ascellare è essenziale per il trattamento locale del cancro al seno e ha un valore prognostico. Nonostante l'avvento della biopsia del linfonodo sentinella, la dissecazione ascellare mantiene un posto importante nell'esplorazione ascellare dei tumori al seno. La sua attuazione richiede una conoscenza approfondita dell'anatomia del cavo ascellare, che comprende molti elementi neurovascolari che è importante preservare durante questo tipo di chirurgia. I principi della tecnica chirurgica della dissecazione ascellare saranno qui discussi, così come le sue complicanze e la loro gestione.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Dissecazione ascellare; Cancro al seno; Tecnica chirurgica; Complicanze

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Anatomia	1
Limiti del cavo ascellare	1
Contenuto	2
Drenaggio linfatico del seno	4
■ Indicazioni	4
■ Tecnica chirurgica	4
Sistemazione	4
Vie d'accesso	5
Tecnica chirurgica di dissecazione ascellare: accesso diretto	5
■ Complicanze della dissecazione ascellare	6
Complicanze intraoperatorie	6
Complicanze precoci	7
Complicanze tardive	8

■ Introduzione

I tumori al seno invasivi di piccole dimensioni (T1 o T2) senza linfadenopatia clinicamente palpabile presentano un'invasione linfonodale nel 30% dei casi [1, 2]. Si tratta di una macrometastasi (> 2 mm) nel 50- 60% dei casi [3]. Il valore prognostico della presenza di una macrometastasi linfonodale e del numero di linfonodi positivi è universalmente riconosciuto.

La dissecazione ascellare nel contesto dei tumori del seno ha come obiettivo:

- chiarire l'importanza del coinvolgimento ascellare (numero di linfonodi coinvolti e dimensioni del coinvolgimento), per contribuire alla strategia terapeutica adiuvante;
- contribuire alla terapia con l'asportazione dei linfonodi coinvolti, con un obiettivo locale di prevenzione del rischio di recidiva ascellare, ma anche un obiettivo generale, di partecipazione al controllo della malattia metastatica con un effetto sulla sopravvivenza.

Perciò e nonostante l'avvento della biopsia del linfonodo sentinella agli inizi degli anni '90, la dissecazione ascellare (DA) mantiene un posto importante nel trattamento del cancro al seno [4].

Saranno, qui, affrontati i seguenti punti:

- i promemoria anatomici indispensabili per la comprensione dei principi chirurgici della DA;
- le indicazioni della DA;
- la tecnica chirurgica della DA, così come le sue principali complicanze.

■ Anatomia

Limiti del cavo ascellare

La regione ascellare è una piramide quadrangolare tronca composta da quattro pareti (anteriore, posteriore, interna ed esterna), una base e un vertice.

Parete anteriore

È limitata: in alto dalla clavicola, in basso dal bordo inferiore del grande pettorale, in fuori dal solco deltopettorale e, internamente, da una linea verticale che passa al di fuori della regione mammaria.

Si ritrovano, dalla superficie fino alla profondità:

- il piano cutaneo: la pelle glabra è sottile e flessibile e ricopre un pannicolo adiposo delimitato in profondità dalla fascia superficialis, che contiene delle ramificazioni vascolari e qualche fascio nervoso;
- la fascia pettorale: ricopre la faccia anteriore del grande pettorale. Si fissa sul bordo anteriore della clavicola e sul bordo laterale dello sterno;
- il muscolo grande pettorale;
- la fascia clavipettorale: avvolge i muscoli sottoclavicolari e il piccolo pettorale. Continua lateralmente con la fascia del muscolo coracobrachiale e, in basso, con la fascia ascellare. È unita alla cute della fossa ascellare dal legamento sospensorio

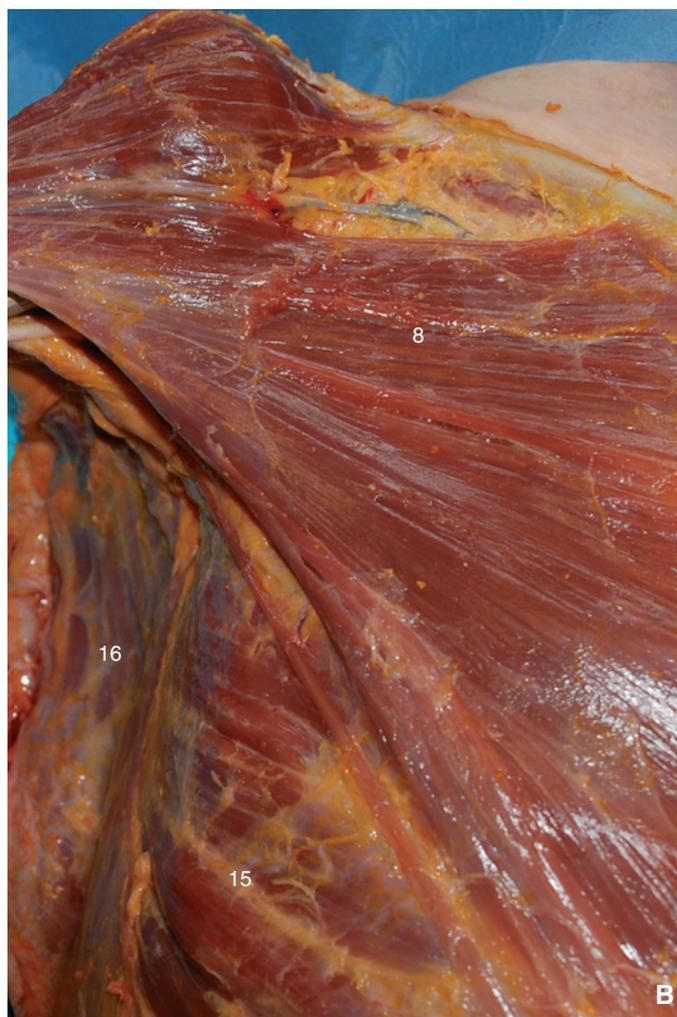
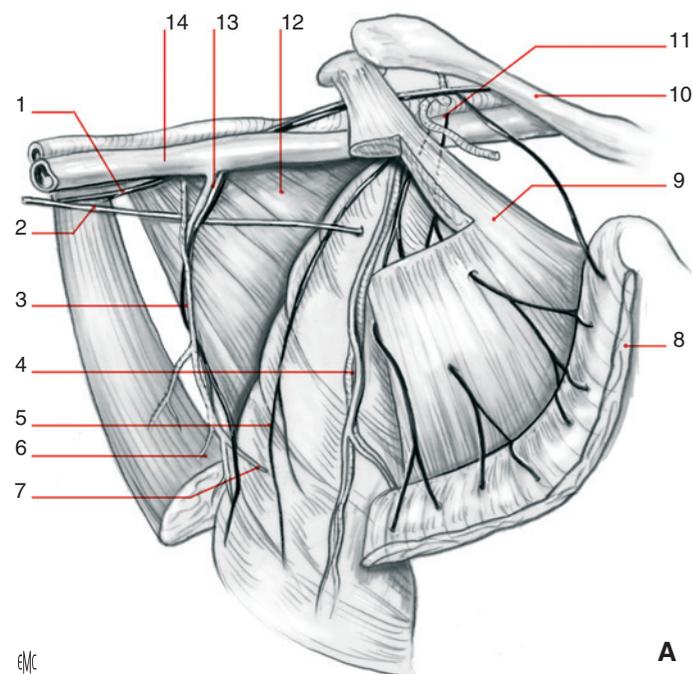


Figura 1. Anatomia dell'ascella (A, secondo [5]) e dissecazione che mette in evidenza i muscoli da individuare durante la dissecazione ascellare (B). 1. Accessorio del brachiale cutaneo interno; 2. secondo nervo intercostobrachiale; 3. peduncolo scapolare inferiore; 4. vasi mammari interni; 5. nervo toracico lungo; 6. peduncolo neurovascolare toracodorsale; 7. ramo anteriore per il muscolo grande dentato (limite inferiore della dissecazione ascellare); 8. muscolo grande pettorale (retratto); 9. muscolo piccolo pettorale; 10. clavicola; 11. ansa dei pettorali; 12. muscolo sottoscapolare; 13. nervo del grande dorsale; 14. vena ascellare; 15. muscolo dentato anteriore; 16. muscolo grande dorsale.

dell'ascella. Sopra il piccolo pettorale, è attraversata dalla vena cefalica, dall'arteria toracoacromiale e dai nervi pettorali laterali e mediali.

Parete posteriore

È composta, dall'alto in basso:

- dal muscolo sottoscapolare, che ricopre la fossa sottoscapolare e si porta, restringendosi, verso il tubercolo minore dell'omero, dove termina;
- dal muscolo piccolo rotondo, posto dietro il sottoscapolare;
- dai muscoli grande rotondo e grande dorsale, che sono situati al di sotto del sottoscapolare.

Parete interna

È rappresentata dalla parete toracica, costituita dalle prime cinque coste, ricoperte dalla diteggiatura del muscolo dentato anteriore. Su questo muscolo corre, dall'alto verso il basso, il nervo toracico lungo (nervo del muscolo dentato anteriore). L'arteria toracica laterale scende normalmente davanti a questo nervo.

Parete esterna

È stretta ed è costituita dal muscolo coracobrachiale e dal capo breve del muscolo bicipite brachiale.

Vertice

Il vertice tronco del cavo ascellare è un défilé osseo compreso tra, davanti, la clavicola e il muscolo sottoclavicolare, indietro e in fuori, il bordo superiore della scapola e il processo coracoideo e, in dentro, la prima costa e la prima diteggiatura del grande dentato.

Base

È scavata, da cui il nome di "cavo" ascellare. È delimitata, in avanti e indietro, dalle pliche ascellari anteriore e posteriore.

È costituita:

- dalla pelle: questa è morbida, sottile e ricoperta di peli. È rivestita da una fascia superficiale che presenta dei tratti fibrosi aderenti al bordo inferiore dei muscoli grande pettorale e grande dorsale;
- dalla fascia ascellare: si estende dietro la fascia clavipettorale e si fissa alla fascia dei muscoli grande dorsale e grande rotondo. Lateralmente, il suo bordo libero costituisce l'arco ascellare teso dal bordo ascellare della scapola fino al muscolo coracobrachiale.

Contenuto (Figg. 1, 2)

L'ascella contiene dei peduncoli neurovascolari circondati da tessuto connettivo lasso che contiene numerosi gangli linfatici. Il peduncolo ascellare penetra nel cavo ascellare dal vertice di questa cavità ed esce attraverso un orifizio posto alla base dell'ascella,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284546>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284546>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)