

PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

Ricostruzione mammaria

INFORMAZIONI GENERALI SULLA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA

Lo scopo della Chirurgia Plastica Estetica è quello di correggere difetti o dismorfie di varia natura. Chi si aspetta dalla Chirurgia Plastica Estetica trasformazioni miracolose è destinato ad inevitabili delusioni.

La Chirurgia Plastica Estetica comporta atti medici e chirurgici e, poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non lo è nemmeno la Chirurgia Plastica Estetica. Si deduce che non può essere pronosticata in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue. È necessario sottolineare che alcuni fattori condizionano il risultato finale: fra questi, in primo luogo, ma non solo, i processi di guarigione e di cicatrizzazione che continuano per mesi dopo l'intervento e non sono completamente controllabili dal Chirurgo né dal Paziente, le condizioni generali di salute e le abitudini di vita del Paziente, la sua età, le caratteristiche specifiche della pelle e del tessuto sottocutaneo, l'aspetto fisico e le influenze ormonali ed ereditarie. Tali elementi, insieme ad altri fattori, influenzano la variabilità del risultato finale. Ogni atto chirurgico, così come la Chirurgia Plastica Estetica, produce inevitabilmente sequele, di differente entità a seconda del tipo d'intervento e del caso specifico, che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento: fra queste inevitabili sono le cicatrici. Il più delle volte, peraltro, a seguito di tali interventi, le ferite chirurgiche, situate lungo pieghe o solchi naturali, o comunque occultate per quanto possibile in sedi difficilmente accessibili allo sguardo, appaiono poco visibili, ma in realtà sono permanenti ed indelebili.

Talora, a causa di una particolare predisposizione individuale, di sopravvenute complicazioni post-operatorie o di una scarsa attenzione del Paziente ai suggerimenti impartiti, le cicatrici possono risultare di qualità scadente. È bene quindi ricordare che il Chirurgo Plastico può garantire solo delle ferite chirurgiche suturate con grande precisione, non delle cicatrici invisibili.

Come in qualsiasi tipo di chirurgia, anche in Chirurgia Plastica Estetica, sono possibili errori e complicanze. I primi, imprevedibili e indesiderabili, e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni Paziente deve considerare prima dell'intervento. Di conseguenza, per i suddetti motivi, pur rispettando le regole della Chirurgia Plastica, l'intervento potrebbe non determinare, seppure in casi particolari, il conseguimento degli obiettivi e del risultato auspicato che, di conseguenza, non può essere garantito o assicurato.

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

I progressi della chirurgia e le nuove tecnologie nel campo dei biomateriali consentono oggi di ricostruire con risultati confortanti le mammelle operate.

La ricostruzione offre un miglioramento della qualità di vita non solo dal punto di vista psicologico, ma anche fisico, evitando le modificazioni della colonna dorsale e lombare, che in certi casi sono state descritte comparire in seguito ad una mastectomia.

La mammella non è solo l'organo deputato all'allattamento, ma è stata da sempre considerata il simbolo stesso della femminilità. È importante quindi che l'aspetto corporeo menomato dalla malattia venga ripristinato al più presto possibile.

È dimostrato che non esistono controindicazioni di alcun tipo alla ricostruzione nella grandissima maggioranza dei casi. Essa non interferisce né con l'andamento della malattia né con le eventuali terapie oncologiche.

Se al momento della diagnosi, come è naturale, la donna è preoccupata solamente, o soprattutto, per la presenza del tumore, dopo l'esecuzione dell'intervento demolitivo essa sarà profondamente addolorata per la menomazione subita. È quindi importante che venga rassicurata dal fatto che il processo di ricostruzione è già stato avviato o comunque può essere iniziato.

Una volta si consigliava di attendere almeno 5 anni prima di ricostruire perché non c'era modo di essere

sicuri di avere asportato tutta la malattia. Oggi, con i progressi della chirurgia e con la possibilità di valutare al microscopio la radicalità dell'asportazione chirurgica, il consiglio è di ricostruire il più presto possibile. Infatti, come già detto, la ricostruzione non interferisce né con l'evoluzione del tumore né con le eventuali terapie da intraprendere dopo l'intervento chirurgico, né con la possibilità di evidenziare in tempi rapidissimi un'eventuale ripresa della malattia. La procedura ideale è la *ricostruzione immediata*, iniziata cioè al momento stesso della mastectomia. Se, per vari motivi, la ricostruzione non viene eseguita nel corso dello stesso intervento di asportazione della mammella, si parla di *ricostruzione differita*. *Non è mai troppo tardi per procedere ad una ricostruzione mammaria.*

COME SI ESEGUE L'INTERVENTO

Deve essere chiaro alla Paziente che non sarà mai possibile riavere esattamente quel seno che le è stato tolto, né cancellare le cicatrici derivanti dall'intervento chirurgico demolitivo.

L'obiettivo del Chirurgo Plastico Ricostruttivo è di ottenere la migliore simmetria tra la mammella ricostruita e quella conservata, con il minor danno possibile per la Paziente sia in termini di esiti cicatriziali che di sofferenze.

Non esiste una metodica di ricostruzione in assoluto migliore delle altre e quindi consigliabile in tutti i casi. Sono numerosi, infatti, i parametri di cui il Chirurgo Ricostruttivo deve tener conto al momento della scelta della tecnica più idonea:

- *Tipo di demolizione eseguita.* È diverso progettare una ricostruzione in caso di *quadrantectomia* (asportazione di un quadrante, cioè di una parte della mammella), o in caso di *adenectomia sottocutanea* (asportazione della ghiandola lasciando gran parte della cute e il complesso areola-capezzolo), o in caso di *mastectomia semplice o radicale modificata* (asportazione dell'intera mammella comprendente cute, areola e capezzolo e ghiandola) o, infine, in caso dell'ormai raramente eseguita, *mastectomia secondo Halsted*, in cui, oltre alla mammella, vengono asportati anche i muscoli pettorali.
- *Tipo costituzionale della Paziente.* Lo spessore del pannicolo adiposo sottocutaneo ed il trofismo muscolare giocano un ruolo molto importante nella scelta della tecnica di ricostruzione.

- *Forma e dimensioni della mammella controlaterale.* Essendo la simmetria l'obiettivo principale della ricostruzione, è fondamentale conoscere quali tecniche siano più idonee a riprodurre una mammella di forma e dimensioni simili a quelle del lato opposto.
- *Altre caratteristiche proprie della Paziente.* Tra queste l'atteggiamento mentale (se sia più predisposta ad una ricostruzione in un unico tempo o se accetti più interventi), la distanza tra domicilio e ambiente ospedaliero (importante in caso di uso di espansori cutanei), la presenza di eventuali malattie intercorrenti, pregressi interventi chirurgici in aree possibili donatrici di lembi, la dedizione al fumo, ecc.
- *Terapie adiuvanti successive all'atto chirurgico demolitivo.* Specialmente la necessità di un trattamento radiante può rendere meno opportuno l'impiego di certe tecniche ricostruttive a favore di altre.
- *Il desiderio della Paziente.*

La scelta della metodica di ricostruzione è un momento molto delicato e ogni candidata deve essere opportunamente informata e supportata psicologicamente.

Non può quindi esistere una tecnica valida per tutte le Pazienti.

Per ogni donna deve essere individuata la procedura più appropriata.

Nella scelta intervengono *la sensibilità e l'esperienza del Chirurgo* - che deve essere in grado di eseguire tutte le tecniche ricostruttive per non forzare la scelta della Paziente, dirigendola sempre nella direzione della procedura a lui nota - e *la psicologia della donna*, alla quale deve essere fornita una corretta informazione su tutte le possibilità offerte dalla moderna Chirurgia Plastica, evidenziandone pregi, difetti e rischi, sfrondata dalle gratificazioni personali del Chirurgo, dalle mode del momento e da ogni giustificazione che non sia il reale beneficio della Paziente.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche.

Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti, e il presente prospetto informativo firmato.

In taluni casi, quando il Chirurgo lo ritenga opportuno, 3 settimane circa prima dell'intervento, vengono

eseguite una o due donazioni di sangue da effettuare presso un Centro Emotrasfusionale; se necessario, le unità di sangue verranno infuse nel corso dell'intervento o nel post-operatorio al fine di ridurre l'anemia. Una metodica alternativa, con la stessa finalità, consiste nell'esecuzione di un prelievo di sangue immediatamente prima dell'intervento.

Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.

Un mese prima dell'intervento dovrà sospendere l'eventuale terapia ormonale estroprogestinica (pillola), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone, per diminuire i rischi di tromboembolia.

Almeno 2 settimane prima dell'intervento dovrà sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo aspirina) e almeno un mese prima sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso. Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo, asportato lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi e depilate le ascelle.

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande.

TECNICHE DI RICOSTRUZIONE

Le tecniche di ricostruzione possono essere distinte in due grandi gruppi:

1. tecniche che prevedono l'uso di materiali protesici;
2. tecniche che fanno uso esclusivo di tessuti propri della Paziente prelevati da zone diverse da quella mammaria.

□ METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO L'IMPIEGO DI MATERIALI PROTESICI

□ INDICAZIONI ALL'INTERVENTO

I casi in cui i tessuti residui nell'area mammaria siano sufficientemente trofici e abbondanti e sia presente, e innervato, il muscolo grande pettorale.

□ CONTROINDICAZIONI ALL'INTERVENTO

Soggetti sottoposti a mastectomia che preveda la denervazione o l'asportazione del muscolo grande pettorale; soggetti sottoposti o da sottoporre a radioterapia; soggetti molto magri oppure obesi con mammelle molto voluminose.

□ PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche.

Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti, e il presente prospetto informativo firmato.

In taluni casi, quando il Chirurgo lo ritenga opportuno, 3 settimane circa prima dell'intervento, vengono eseguite una o due donazioni di sangue da effettuare presso un Centro Emotrasfusionale; se necessario, le unità di sangue verranno infuse nel corso dell'intervento o nel post-operatorio, al fine di ridurre l'anemia. Una metodica alternativa, con la stessa finalità, consiste nell'esecuzione di un prelievo di sangue immediatamente prima dell'intervento.

Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.

Un mese prima dell'intervento dovrà sospendere l'eventuale terapia ormonale estroprogestinica ("pillola"), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone, per diminuire i rischi di tromboembolia.

Almeno 2 settimane prima dell'intervento dovrà sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo aspirina) e almeno un mese prima sospendere il fumo che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso. Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo, asportato lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi e depilate le ascelle.

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande.

□ **MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO**

La forma apparentemente più semplice di ricostruzione mammaria è quella che prevede la sostituzione della mammella asportata con una protesi di forma e dimensioni adeguate.

In questo caso la ricostruzione avviene in due interventi più importanti e uno ambulatoriale per la ricostruzione del Complesso Areola-Capezzolo (CAC). La protesi mammaria viene posta al di sotto del muscolo grande pettorale, tra questo e la parete toracica. Per completare lateralmente la copertura muscolare della protesi si solleva parte del muscolo serrato anteriore o della sua fascia e lo si sutura al grande pettorale. La protesi è così separata dal sottocute da un completo piano muscolare.

Molto spesso, dopo la mastectomia, non vi è tessuto a sufficienza per poter ricreare immediatamente, anche con l'ausilio di una protesi, una mammella di dimensioni e forma simili alla controlaterale.

In questi casi viene impiegato il cosiddetto *espansore tessutale*. Esso consiste in una protesi "speciale, di uso temporaneo", di dimensioni leggermente più ampie della prescelta protesi definitiva. Una volta inserito l'espansore vuoto (una specie di sacchettino a forma di goccia), esso viene riempito di soluzione fisiologica nel corso delle settimane successive (generalmente nell'arco di circa 2 mesi), attraverso una valvola posta sulla superficie dell'espansore. Di solito il riempimento viene eseguito una volta la settimana. Questo provoca una distensione dei tessuti e la creazione di una tasca sufficiente ad accogliere la protesi. Durante il periodo di gonfiamento dell'espansore, soprattutto nelle 24-48 ore successive all'inserimento di soluzione fisiologica, potranno essere avvertiti "fastidi" o dolori veri e propri controllabili, solitamente, con normali analgesici.

Quando il volume dell'espansore sarà giudicato sufficiente e dopo un ulteriore periodo di "adattamento dei tessuti" (generalmente almeno 5-6 mesi dopo il termine del gonfiamento), l'espansore verrà rimosso e sostituito con la protesi definitiva nel corso di un altro intervento chirurgico. Generalmente in questo nuovo intervento viene rimossa la cicatrice del precedente intervento di mastectomia e, attraverso questa via, si sostituisce l'espansore con la protesi "definitiva", dopo aver eseguito una capsulectomia (l'asportazione completa della capsula) o una capsulotomia (la sola incisione della capsula senza asportazione). Esistono anche le cosiddette "protesi espansore", molto usate in passato, poi in parte abbandonate e

oggi nuovamente in rilancio per l'immissione in commercio di nuovi modelli. Queste sono protesi dotate di una particolare valvola a distanza, attraverso la quale si può modificare il volume della protesi stessa, anche dopo mesi dall'intervento, introducendo o sottraendo soluzione sterile. In questo modo la protesi può essere gonfiata progressivamente nelle settimane successive all'inserimento, rendendo inutile l'utilizzo di un espansore.

I risultati per il momento sembrano meno buoni di quelli ottenuti con espansione e protesizzazione in 2 interventi, ma forse potranno migliorare con l'evoluzione tecnica dei materiali.

□ **CARATTERISTICHE DELLE PROTESI MAMMARIE**

Indipendentemente dalle dimensioni e dalla forma, le protesi mammarie sono costituite da un involucro di silicone che contiene gel di silicone o altre sostanze (soluzione fisiologica, idrogel).

Le *protesi contenenti gel di silicone* sono quelle fino ad oggi maggiormente usate (più di 3 milioni di donne ne sono portatrici) e di cui, grazie ad un'esperienza clinica più che trentennale, sono meglio conosciuti i risultati clinici a distanza, con riferimento sia ai risultati estetici sia alle possibili complicanze o effetti indesiderati.

Alcuni anni or sono il loro uso è stato temporaneamente sospeso, negli Stati Uniti, solo per la Chirurgia Estetica, in quanto sospettate di provocare malattie neoplastiche ed autoimmunitarie e di mascherare la presenza di eventuali tumori della mammella in corso di mammografia.

Studi eseguiti su grandi numeri di donne portatrici di protesi contenenti gel di silicone hanno potuto dimostrare che:

1. le protesi mammarie non influiscono in alcun modo sulla formazione o sullo sviluppo di un tumore, né sulla sua cura;
2. non esiste prova che malattie autoimmunitarie siano state causate dalle protesi, si tratterebbe di casuali concomitanze;
3. le eventuali difficoltà diagnostiche incontrate in corso di mammografia possono essere superate da un radiologo esperto mediante particolari manovre e proiezioni aggiuntive, oltre che, laddove ritenuto opportuno, mediante un'eventuale risonanza magnetica nucleare.

Mentre in Italia l'utilizzo di protesi contenenti gel di silicone non è mai stato sospeso, dal 2006 è stato

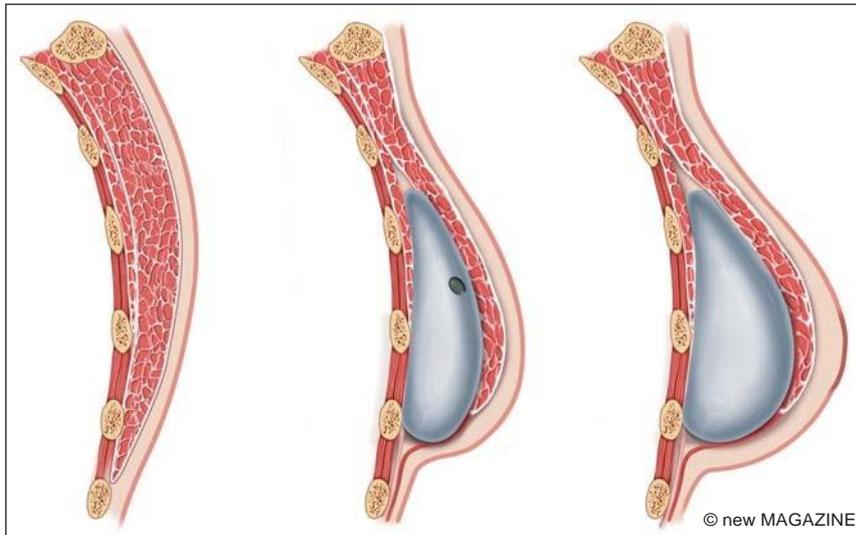


Figura 63. Ricostruzione mammaria mediante posizionamento di espansore mammario e sua successiva sostituzione con protesi definitiva.

riammesso negli Stati Uniti d'America anche per le finalità estetiche. È bene ricordare che il silicone (i cui elementi fondamentali sono il silicio e l'ossigeno) è il costituente anche di numerosi altri prodotti utilizzati in Medicina (cateteri, rivestimenti di "pace makers", sonde, ecc.) ed è contenuto anche nell'acqua che beviamo.

Le *protesi contenenti soluzione fisiologica* (acqua e sale) hanno lo svantaggio di una consistenza meno naturale di quelle contenenti gel di silicone. Possono provocare, in taluni casi, un rumore, dovuto ai movimenti del liquido in esse contenuto e avere la tendenza a perdere liquido, e di conseguenza volume, col passare del tempo.

Le *protesi contenenti idrogel* (acqua e una catena di zuccheri) sono meno impiegate e, in alcuni casi, hanno dimostrato delle variazioni di volume nel tempo.

Indipendentemente dalla qualità del materiale prescelto, è comunque importante che siano rispettati i requisiti costruttivi imposti dalle leggi vigenti.

Le protesi possono avere una *superficie* liscia o, più frequentemente oggi, una superficie irregolarmente zigrinata (testurizzazione) che ne rende più difficile lo spostamento e meno frequente la formazione della cosiddetta *capsula fibrosa periprotetica*, causa, quando molto evidente, di un cattivo risultato.

Esistono inoltre protesi in silicone rivestite da poliuretano che alcuni Chirurghi preferiscono per una sup-

posta minore incidenza della contrattura capsulare periprotetica (*si veda di seguito*).

Oltre che per il materiale di cui sono costituite, le protesi mammarie possono essere scelte in base alle loro dimensioni, forma e consistenza del gel di silicone in esse contenuto (più o meno morbido). Per quanto riguarda le *dimensioni*, la scelta dipende, entro certi limiti, dalle preferenze della Paziente. Dovranno, infatti, essere rispettate alcune regole di equilibrio armonico: una protesi di grandi dimensioni non si adatta al torace sottile di

una donna piccola e magra. Per quanto riguarda la *forma*, esistono protesi rotonde (non adatte alla ricostruzione), con base circolare, e protesi "anatomiche" cosiddette "a goccia".

Ciascun tipo di protesi, a parità di altezza e di larghezza può avere una proiezione (cioè un profilo) di dimensione variabile, tale da conferire alle nuove mammelle una sporgenza anteriore più o meno accentuata.

In sintesi, la scelta della protesi più adatta dipende fondamentalmente dalle dimensioni della mammella controlaterale e del torace della donna.

Gli impianti mammari sono classificati come dispositivi medicali e sono soggetti ad usura. *La maggioranza delle ditte produttrici pur certificando la qualità di produzione con una garanzia sull'integrità strutturale, non ne assicurano la durata illimitata e ne consigliano la sostituzione dopo 10 anni.*

□ ANESTESIA

L'intervento di inserimento dell'espansore e di sostituzione di questo con la protesi definitiva vengono eseguiti in anestesia generale.

A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.

□ **DURATA DELL'INTERVENTO**

L'inserimento dell'espansore mammario dura circa 45-60 minuti.

La sua sostituzione con una protesi definitiva dura circa 90 minuti se non si deve modificare la mammella controlaterale (aumentarla o ridurla o rimodellarla). Se si interviene anche sull'altra mammella la durata complessiva sarà di circa 2-4 ore.

□ **DECORSO POST-OPERATORIO**

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale un certo dolore, controllabile con comuni analgesici, che regredirà nel giro di pochi giorni.

I drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi quando la quantità di liquido drenato nelle 24 ore sarà inferiore ai 30-40 cc.

Dovrà essere indossato un apposito reggiseno prescritto dal Chirurgo che dovrà essere acquistato prima del ricovero in ospedale. Esso sarà utilizzato giorno e notte per circa 45 giorni e sarà corredato da una fascia elastica contenitiva, allo scopo di mantenere posizionate le protesi nella sede opportuna.

Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica.

Per la prevenzione dell'embolia polmonare viene solitamente prescritta una profilassi con eparine a basso peso molecolare che solitamente inizia dopo l'intervento e viene proseguita per 3-4 settimane.

La dimissione avviene generalmente al momento della rimozione dei drenaggi.

Per i primi 3-4 giorni post-operatori è raccomandato il riposo, con particolare attenzione a non utilizzare i muscoli pettorali (ad esempio, non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi). A letto è bene riposare con il busto rialzato. Dovrà, inoltre, essere evitato il fumo: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

Per la prima settimana dovrà essere evitata la guida di veicoli. I punti di sutura verranno rimossi 7-10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.

Per le prime 2 settimane dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia, il sollevamento di pesi e l'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

□ **PRECAUZIONI**

Dopo la rimozione dei punti potrà essere ripresa l'attività lavorativa.

Per circa un mese dovrà essere evitato ogni tipo di attività sportiva e l'esposizione diretta al sole o ad eccessive fonti di calore (ad esempio, sauna, lettino abbronzante, ecc.).

Durante tale periodo, inoltre, dovrà essere evitata la posizione prona ("a pancia in giù") ed eseguiti, laddove prescritti, gli esercizi quotidiani di "automasaggio" delle mammelle, per diminuire i rischi di retrazione della capsula periprotetica.

Si raccomanda di segnalare la presenza di protesi all'atto della mammografia.

Si ricorda l'importanza di conservare e di esibire ad ogni visita di controllo il documento identificativo delle protesi.

□ **POSSIBILI COMPLICAZIONI**

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la ricostruzione mammaria può dare luogo a complicazioni sia anestesologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che chirurgiche. Queste, a loro volta, possono essere distinte in complicazioni generali e complicazioni specifiche.

COMPLICAZIONI GENERALI. Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici pre-operatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

Fra le complicazioni di carattere generale sono da ricordare: l'ematoma, il sieroma, l'infezione, le necrosi cutanee e la riapertura spontanea della ferita.

- La formazione di *ematomi*, conseguente a sanguinamenti nella sede di impianto della protesi, può verificarsi nei primi giorni dopo l'intervento. Si manifesta con repentini aumenti di volume e/o forti dolori localizzati ad una mammella che devono essere immediatamente segnalati al Chirurgo. In caso insorgano ematomi di una certa entità, infatti, è necessario provvedere all'aspirazione o al drenaggio del sangue. Se ciò non fosse sufficiente, sarà necessario un intervento chirurgico per rimuovere

la protesi e reinserirla dopo aver fermato il sanguinamento.

- La formazione di *sieromi* consiste nell'accumulo, attorno alla protesi, di variabili quantità di liquido giallognolo e trasparente, chiamato "siero". Raccolte di modesta entità si riassorbono spontaneamente, mentre raccolte più cospicue possono richiedere l'evacuazione chirurgica, come sopra specificato a proposito degli ematomi.
- Le *infezioni* sono rare, ma, se non dominabili con gli antibiotici, possono rendere necessaria, seppure molto raramente, la rimozione delle protesi e l'attesa di alcuni mesi prima del loro reinserimento.
- Le *necrosi cutanee* sono rare e vengono trattate inizialmente in modo conservativo e successivamente, se necessario, con trattamento chirurgico. Se la necrosi comporta l'esposizione della protesi o dell'espansore, questi andranno rimossi e dovrà essere rispettato un periodo di alcuni mesi prima di poter procedere ad un nuovo intervento ricostruttivo.
- La riapertura spontanea della ferita (*deiscenza*), rara, nei casi più gravi può comportare l'esposizione della protesi (*si veda sotto*).

COMPLICAZIONI SPECIFICHE. Si segnalano: la retrazione della capsula periprotetica (contrattura capsulare), la rottura della protesi, lo spostamento della stessa (dislocazione e/o rotazione), l'esposizione della protesi e le alterazioni della sensibilità della pelle.

- In una certa percentuale di casi (circa il 20% dai dati di letteratura), in genere alcuni mesi dopo l'intervento, ma, sebbene più raramente, anche a distanza di anni, si verifica la *retrazione della capsula cicatriziale* che circonda le protesi. La protesi mammaria rappresenta un corpo estraneo, al pari di una valvola cardiaca artificiale, di una protesi d'anca, ecc.; è naturale che l'organismo reagisca circondando la protesi con una membrana connettivale (capsula periprotetica), per separarla dai tessuti circostanti. Nella maggior parte dei casi la mammella con protesi rimane abbastanza morbida. In altri casi invece, a causa di una reazione eccessiva dei tessuti, la capsula periprotetica subisce un progressivo ispessimento e si contrae. Tale evenienza (retrazione della capsula periprotetica) può indurre una fastidiosa sensazione di tensione dolorosa e talora un'alterazione della forma della mammella; può altresì verificarsi lo spostamento laterale o verso l'alto della protesi con una conseguente asimmetria mammaria.

Con utilizzo di protesi dotate di una superficie ruvi-

da ("testurizzata") il rischio di retrazione della capsula è diminuito rispetto al passato ma tuttora presente nelle percentuali segnalate.

Anche l'utilizzo di protesi rivestite da poliuretano sembra ridurre il rischio di contrattura capsulare in percentuale difficile da valutare per la mancanza di studi su vaste casistiche in Chirurgia Ricostruttiva. Qualora la retrazione della capsula periprotetica sia di grado marcato, può essere opportuno procedere con un intervento correttivo consistente nella sua incisione o asportazione. A volte, nonostante tale intervento correttivo, la contrazione della capsula può verificarsi nuovamente. Per il formarsi costante della capsula periprotetica, anche se sottile, può divenire evidente, soprattutto nelle Pazienti magre, il fenomeno del "*wrinkling*", che consiste nella visibilità di "ondulazioni" della superficie della mammella in quanto i tessuti superficiali aderiscono alla protesi e ne seguono le depressioni dovute a minore riempimento soprattutto della parte superiore.

- Una complicanza rara è la *rottura della protesi*, che può verificarsi in occasione di forti traumi locali (ad esempio, le contusioni toraciche contro il volante o da cintura di sicurezza in corso di incidenti automobilistici), ma raramente anche spontaneamente, senza trauma importante apparente. Il rilievo di variazioni della forma o della consistenza della mammella dovranno quindi indurre la Paziente a consultare il Chirurgo. Qualora il sospetto di rottura venga confermato dall'esame ecografico e/o dalla risonanza magnetica nucleare, sarà necessario procedere alla rimozione della protesi ed all'eventuale sostituzione.
- Lo *spostamento della protesi* (dislocazione e/o rotazione) avviene raramente e può verificarsi precocemente, ma anche a distanza di tempo; può indurre asimmetrie poco evidenti, che non pregiudicano il buon risultato estetico d'insieme. Qualora invece provochi un'asimmetria evidente, può essere opportuno un intervento correttivo qualora manovre di riposizionamento non abbiano dato buon esito.
- L'*esposizione della protesi o dell'espansore* è un evento raro, che si può verificare in seguito ad infezioni, a necrosi cutanee (morte di una parte di tessuto di copertura) o alla diastasi (apertura spontanea) della ferita. In tale caso è necessario rimuovere la protesi ed attendere almeno 6 mesi prima di un nuovo inserimento.
- La *sensibilità della pelle* potrà rimanere alterata

(diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.

□ **CICATRICI ED ALTRE SEQUELE**

Per la ricostruzione si utilizzano le stesse vie di accesso della mastectomia. Quindi non vengono praticate incisioni supplementari e di conseguenza non vi saranno cicatrici, oltre quelle derivanti dalla mastectomia.

La qualità delle cicatrici varia con il passare dei mesi e dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale. Generalmente la loro visibilità diminuisce con il tempo.

Peraltro, talune Pazienti, a causa di una eccessiva reattività cutanea, possono sviluppare cicatrici arrossate o rilevate e perciò facilmente visibili, che durano diversi mesi o sono permanenti (cicatrici ipertrofiche) o cicatrici “allargate” di colore normale (cicatrici ipotrofiche). Si tratta di un’evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. Cicatrici non estetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con trattamento medico o con un intervento dopo un congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall’intervento).

Oltre che a livello della cute, tessuto cicatriziale è presente anche nei piani profondi e può determinare, in alcuni casi, deformità della mammella difficilmente correggibili.

In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici si estendono oltre i limiti dell’incisione chirurgica (cheloidi) e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento.

Inizialmente le mammelle possono apparire leggermente più alte del normale, in particolare quando le protesi vengono posizionate sotto i muscoli pettorali. A distanza di alcune settimane o alcuni mesi dall’impianto retro-pettorale delle protesi, può rendersi evidente, durante la contrazione dei muscoli pettorali, un’alterazione della forma di una o entrambe le mammelle (“deformità dinamica”).

□ **METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO UN APPORTO DI TESSUTO NELL’AREA MAMMARIA E L’IMPIEGO DI MATERIALE PROTESICO**

Nel caso in cui i tessuti dell’area mammaria non siano idonei, o per quantità o per qualità (danno ai tessuti da radiazioni), ad essere usati per ricevere una

protesi o ad essere espansi, si può ricorrere all’apporto di tessuto sano da aree limitrofe.

Il lembo più frequentemente impiegato in questo caso è il *lembo muscolo-cutaneo di grande dorsale*. Questo muscolo assieme ad una losanga di cute dal dorso viene sollevato dalla sua sede anatomica, situata sul dorso in corrispondenza della regione scapolare, e viene ruotato anteriormente nell’area mammaria ad integrare o sostituire il tessuto lì presente per permettere l’introduzione di un espansore e/o di una protesi. Questa tecnica può essere impiegata anche in caso di assenza del muscolo grande pettorale che andrà ad essere rimpiazzato dal grande dorsale.

Altri lembi fascio-cutanei (lembo di Holmström) o adipo-cutanei (lembo di scorrimento dei tessuti addominali) possono essere sollevati dalle zone limitrofe a quella mammaria. Sotto i predetti lembi sono introdotte protesi o, più frequentemente, espansori mammari.

A volte queste procedure sono impiegate allo scopo di poter disporre di tessuto abbondante che permetta l’uso immediato di una protesi definitiva, evitando la fase di espansione e il secondo atto chirurgico della sua sostituzione.

Lo *svantaggio* principale di queste metodiche è rappresentato dagli esiti cicatriziali secondari al prelievo del lembo, che possono lasciare cicatrici difficili da mascherare al dorso.

□ **METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO L’USO DEI TESSUTI PROPRI DELLA PAZIENTE SENZA MATERIALI ESTRANEI**

□ **VANTAGGI DELLA RICOSTRUZIONE CON TESSUTI PROPRI**

Sono rappresentati dal fatto di avere una mammella formata solo da tessuti propri, senza materiali estranei. Questo fatto permette, tra l’altro, un invecchiamento e quindi una modificazione della nuova mammella abbastanza simile a quella della mammella controlaterale.

□ **INDICAZIONI**

Qualora non vi siano le condizioni per una ricostruzione con una delle tecniche già descritte, oppure se la Paziente non è favorevole all’uso di materiali estranei o se il seno controlaterale è di notevoli dimensioni e la Paziente non è disponibile ad una modifica



Figura 64. Ricostruzione mammaria mediante utilizzo di lembo muscolare di latissimus dorsi.

sostanziale dello stesso, vi è la possibilità di ricostruire la mammella utilizzando esclusivamente tessuti propri della Paziente.

□ **CONTROINDICAZIONI**

Sono solo relative e sono rappresentate da Pazienti molto magre od obese, Pazienti con precedenti interventi addominali che possono aver compromesso la vascolarizzazione della parete.

□ **MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHE UTILIZZA IL LEMBO ADDOMINALE**

Dopo la fase di espansione, che è comunque utile per fornire del tessuto con lo stesso colore e la stessa trama di quello mammario, si procede a trasportare in sede mammaria, e modellare opportunamente, lembi di tessuto di sufficiente volume, prelevati da altre aree del corpo. In qualche caso questi lembi possono essere mobilizzati su un peduncolo vascola-

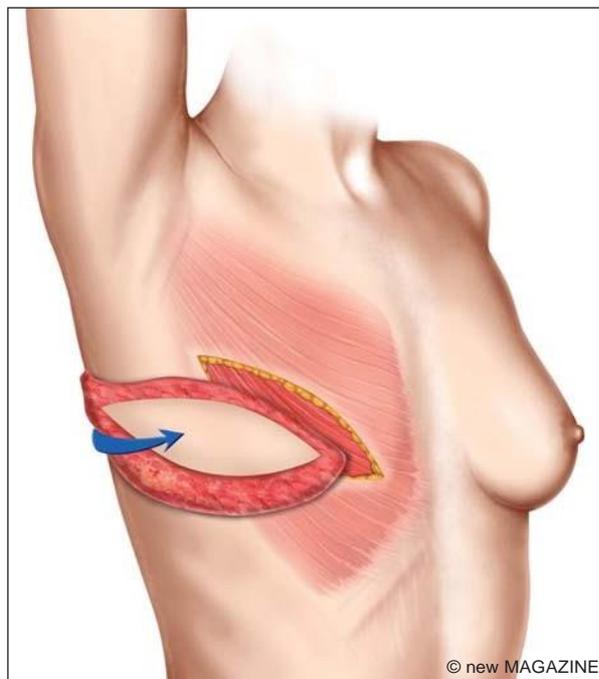


Figura 65. Riposizionamento del lembo in regione mammaria.

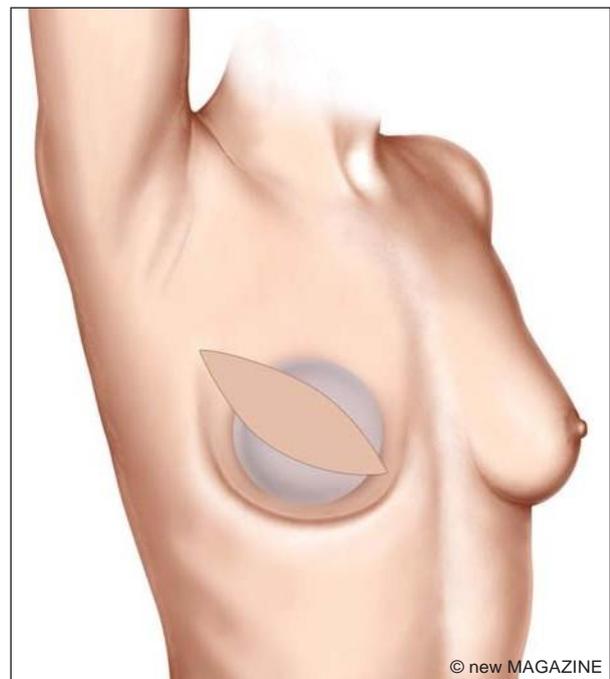


Figura 66. Eventuale posizionamento di protesi sotto al lembo.

re che verrà lasciato integro (lombi pedunculati); in altri casi, il lembo verrà completamente staccato e la sua sopravvivenza nell'area mammaria garantita da micro-anastomosi vascolari, cioè dall'affrontamento dei vasi sanguigni del lembo e dell'area ricevente.

Il più noto e il più usato di questi lombi è il cosiddetto TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Esso consiste nel prelievo del tessuto adiposo e cutaneo di tutta l'area addominale sotto ombelicale e nel suo trasferimento in sede mammaria. La vascolarizzazione del lembo è assicurata da vasi perforanti che raggiungono la superficie attraverso il muscolo retto dell'addome, che funge quindi da vettore.

Esistono due versioni di questo lembo: la versione microvascolare e la versione pedunculata, che a nostro avviso presenta alcuni esiti rappresentati dal grave indebolimento della parete addominale che comporta ed dal rischio di necrosi del lembo.

1. Nella *versione pedunculata* il muscolo retto viene sezionato nella parte bassa dell'addome, mantenendolo unito al tessuto addominale e sollevato fino al margine dell'arcata costale. Il lembo viene, quindi, portato in sede mammaria facendolo passare sotto i tessuti sovra ombelicali e toracici. In questo caso, la vascolarizzazione è garantita dai vasi epigastrici superiori, continuazione dei vasi mammari interni. Questi vasi sanguigni non vengono interrotti durante l'intervento.
2. Nella *versione microvascolare*, anziché sollevare tutto il muscolo retto addominale, solo un piccolo frammento di esso viene prelevato ed in particolare solo quella piccola porzione attraverso la quale transitano i vasi perforanti.
3. Un tipo più avanzato di lembo microvascolare, di introduzione più recente permette di non prelevare affatto il segmento di muscolo, isolando al suo interno solo i vasi perforanti. Si tratta del lembo DIEP (Deep Inferior Epi-

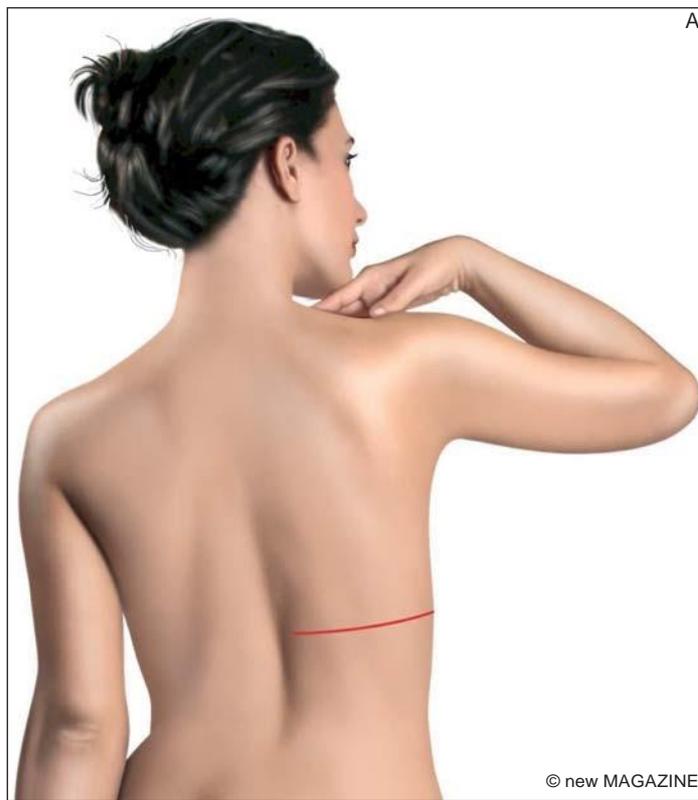


Figura 67. Cicatrice del dorso orizzontale (A) e cicatrice del dorso verticale (B).

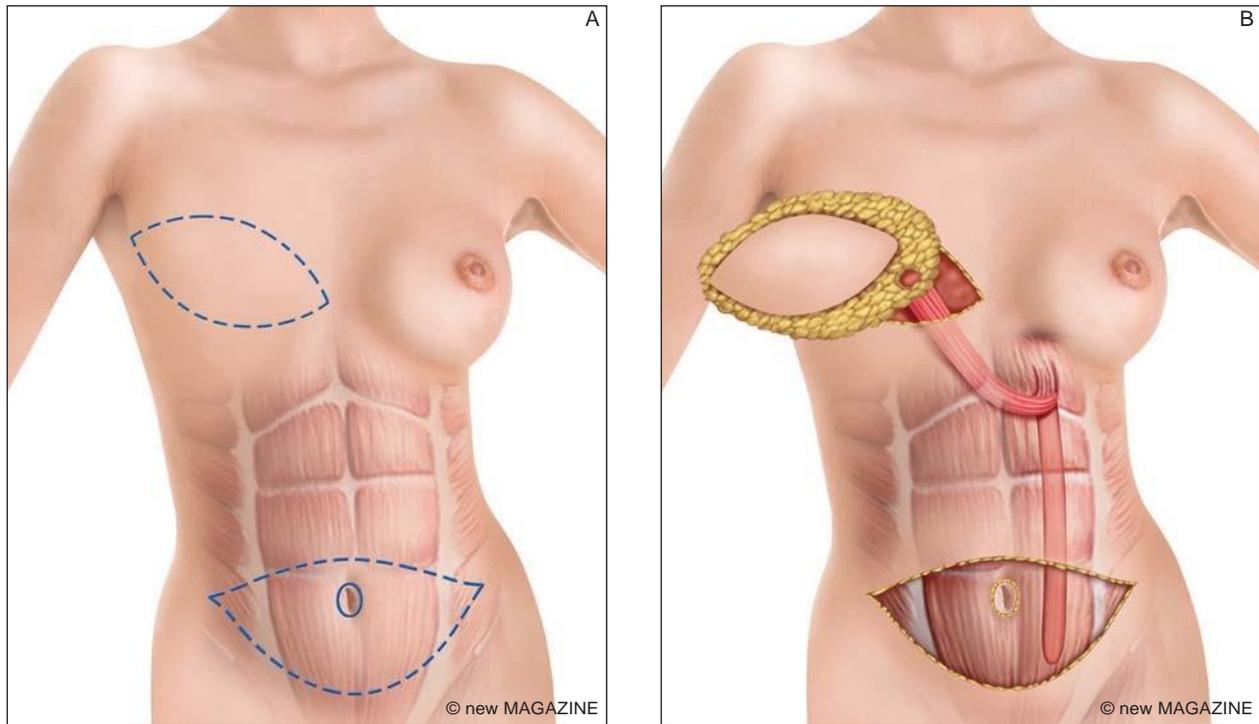


Figura 68. Ricostruzione mammaria con TRAM flap: allestimento (A) e trasposizione del lembo addominale (B).

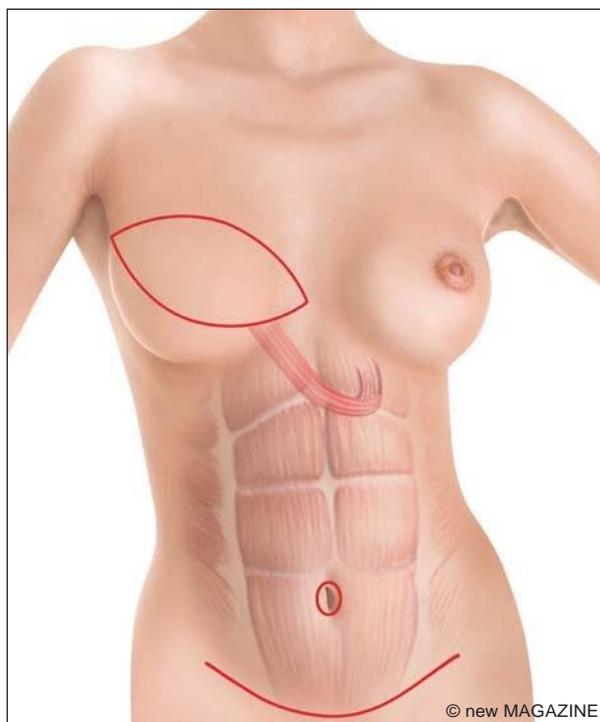


Figura 69. Ricostruzione mammaria con TRAM flap: risultato finale.

gastric Perforator), che consente oggi di utilizzare il tessuto addominale sotto l'ombelico senza asportare né danneggiare in modo grave i muscoli retti dell'addome. Il peduncolo vascolare è isolato come descritto precedentemente.

I grandi vantaggi del lembo microchirurgico stanno in un danno molto più limitato alla parete addominale, in una maggiore maneggevolezza del lembo nella fase di modellamento e in una migliore vascolarizzazione dei tessuti per il maggior calibro del peduncolo vascolare rappresentato dai vasi epigastrici inferiori profondi.

Il lembo in questo caso viene completamente separato dal corpo e trasportato in sede mammaria dove viene eseguita, al microscopio operatorio, con dei fili di sutura molto più sottili di un capello, l'anastomosi tra i vasi del lembo stesso ed altri preparati nell'area ricevente. Per esporre questi vasi situati lateralmente allo sterno è necessario asportare un piccolo tratto di costa.

La regione dell'addome dove viene prelevato il lembo viene riparata avanzando il tessuto sovra-ombelicale verso il basso e unendolo al margine inferiore. Internamente la fascia viene suturata come in

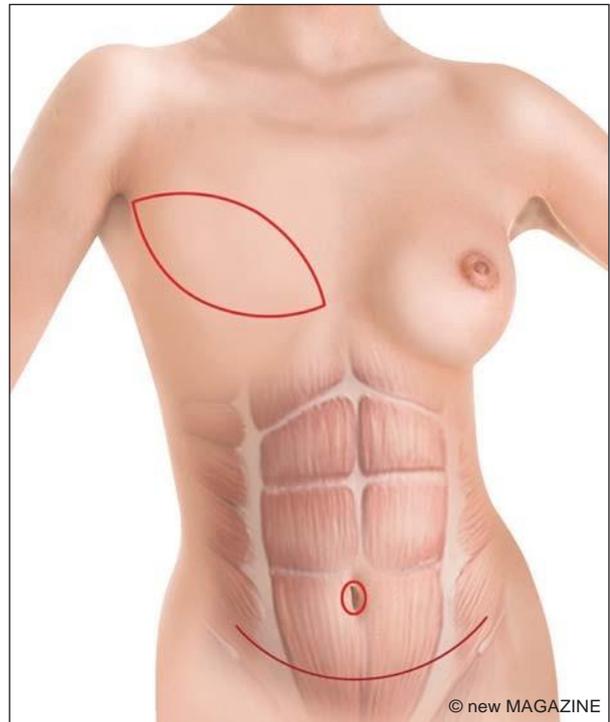
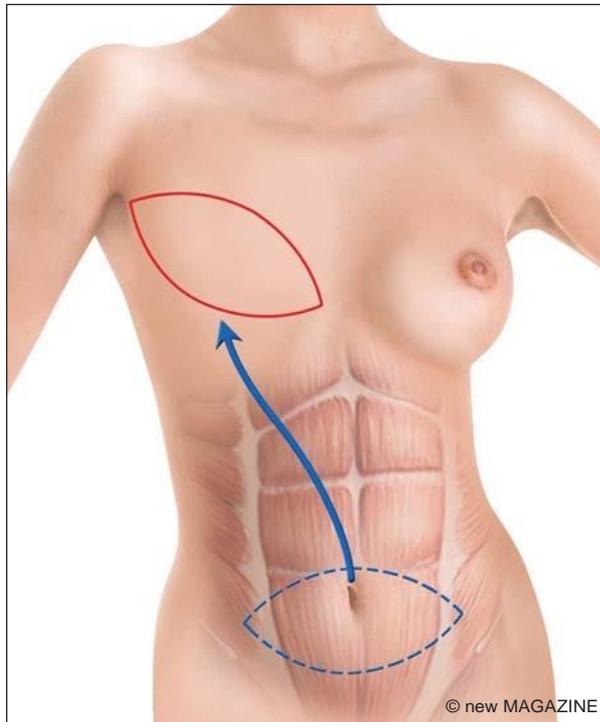


Figura 70. Ricostruzione mammaria mediante lembo microchirurgico DIEP.

un qualunque intervento di chirurgia addominale. La ferita cutanea viene suturata. In pratica, si realizza la stessa procedura di un'addominoplastica.

Anche l'ombelico viene coinvolto nel rimodellamento dell'addome e, pur mantenendo la propria posizione originaria, viene temporaneamente inciso e per questo residua una cicatrice circolare lungo la sua circonferenza.

- **MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHE UTILIZZA IL LEMBO PRELEVATO DALLE COSCE**
Un'alternativa al lembo DIEP è il lembo TMG (Transverse Myocutaneous Gracilis). Prevede un'incisione lungo la parte interna della radice della coscia, circa dal punto di mezzo della parte anteriore della coscia al punto di mezzo della parte posteriore (all'interno della piega glutea), passando internamente sulla coscia.
Viene prelevata un'ellissi di cute e sottocute trasversale alla radice della coscia ed il muscolo gracile, che è un muscolo adduttore che si trova sulla parte interna della coscia e la cui assenza non determina alcun danno funzionale.

Il peduncolo vascolare che porta sangue al lembo viene isolato in tutta la sua lunghezza fino ai vasi femorali profondi.

Il lembo, dopo il distacco, viene portato in sede mammaria e modellato opportunamente.

La sopravvivenza del lembo è garantita dall'apporto di sangue che si realizza mediante una anastomosi al microscopio esattamente come spiegato a proposito del lembo addominale.

Il riparo della coscia avviene avvicinando i due lembi come si fa nel lifting di coscia.

- **ANESTESIA PER TUTTI GLI INTERVENTI CON LEMBI**
L'intervento viene eseguito in anestesia generale. A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.
- **DURATA DELL'INTERVENTO**
L'intervento dura tra le 5 e le 8 ore.
- **DECORSO POST-OPERATORIO**
Al termine dell'intervento, per un più completo mo-

monitoraggio, la Paziente può essere trasferita in Terapia Intensiva dove rimarrà per la notte, rientrando in Chirurgia Plastica il mattino successivo.

Nel periodo post-operatorio il dolore viene controllato con specifici analgesici.

In seconda giornata post-operatoria la Paziente sarà posta seduta sul letto e verranno suggeriti appositi esercizi di respirazione. Verrà rimosso anche il catetere vescicale.

Il terzo giorno inizia la deambulazione.

I drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi quando la quantità di liquido drenato nelle 24 ore è inferiore ai 30-40 cc.

Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica.

Per la prevenzione dell'embolia polmonare viene solitamente prescritta una profilassi con eparine a basso peso molecolare, che solitamente inizia dopo l'intervento e viene proseguita per 3-4 settimane.

La dimissione avviene generalmente dopo una settimana dall'intervento.

Per i primi 3-4 giorni post-operatori è raccomandato il riposo, con particolare attenzione a non utilizzare i muscoli pettorali (ad esempio, non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi). A letto è bene riposare con il busto orizzontale. Dovrà, inoltre, essere evitato il fumo: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

Per le prime 2 settimane dovrà essere evitata la guida di veicoli. I primi punti di sutura verranno rimossi 7-10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo. Dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia, il sollevamento di pesi e l'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

In caso di lembo TMG dovrà essere evitata la posizione seduta con cosce flesse a 90 gradi sul bacino per due settimane e si dovrà portare per un mese una guaina contenitiva che verrà fatta indossare alla fine dell'intervento.

N.B. La mammella ricostruita sarà inizialmente più voluminosa della controlaterale e sarà necessario un secondo intervento, di minore entità, eseguito dopo alcuni mesi dal primo, per un modellamento al fine di migliorare la simmetria.

□ POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la ricostruzione mammaria può dare luogo a complicazioni sia anestesologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che chirurgiche. Queste, a loro volta, possono essere distinte in complicazioni generali e complicazioni specifiche.

COMPLICAZIONI GENERALI. Staticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici pre-operatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

- Fra le complicazioni di carattere generale sono da ricordare: l'ematoma, il sieroma, l'infezione e la riapertura spontanea della ferita.
- La formazione di *ematomi*, conseguente a sanguinamenti nella sede di intervento, può verificarsi nei primi giorni. Si manifesta con repentini aumenti di volume e/o forti dolori localizzati ad una mammella che devono essere immediatamente segnalati al Chirurgo. In caso insorgano ematomi di una certa entità, infatti, è necessario provvedere all'aspirazione o al drenaggio del sangue. Se ciò non fosse sufficiente, sarà necessario un intervento chirurgico per drenare il sangue raccolto.
- La formazione di *sieromi* consiste nell'accumulo di variabili quantità di liquido giallognolo e trasparente, chiamato "siero". Raccolte di modesta entità si riassorbono spontaneamente, mentre raccolte più cospicue possono richiedere l'evacuazione chirurgica, come sopra specificato a proposito degli ematomi.
- Le *infezioni* sono rare e generalmente dominabili con gli antibiotici.

COMPLICAZIONI SPECIFICHE. Si segnalano: la necrosi del lembo, le difficoltà di guarigione della fonte, le alterazioni della sensibilità della pelle, le ernie e le asimmetrie.

- *La necrosi del lembo* è la complicanza più grave e può avvenire entro la prima settimana dall'intervento. È importante un attento e molto frequente monitoraggio del lembo nel post-operatorio per accorgersi al più presto di eventuali problemi circolatori. In altre parole, possono manifestarsi delle difficoltà al passaggio del sangue tra l'organismo

ed il lembo attraverso l'anastomosi vascolare (ricordiamo che si tratta di vasi del diametro di 1,5-2,5 millimetri). Nel caso questo accada, può essere necessaria una urgente riesplorazione dell'anastomosi in sala operatoria nuovamente in anestesia generale. Si tratta di un'evenienza rara.

Nel caso persistessero le difficoltà circolatorie all'interno del lembo le conseguenze possono essere una necrosi (morte) di una parte o di tutto il lembo. La parte necrotica va rimossa.

In caso di necrosi parziale è possibile a volte utilizzare i tessuti residui, se sono sufficienti, per rimodellare la neo-mammella. Nei casi in cui la necrosi sia totale o i tessuti residui siano insufficienti, sarà indispensabile rimuovere i tessuti trasferiti senza successo e procedere ad una nuova ricostruzione utilizzando metodiche alternative.

Le attuali percentuali di fallimento riportate in letteratura oscillano tra l'1% e il 6% per la variante microvascolare e tra il 4% e il 20% (comprendendo molte necrosi parziali) per la variante pedunculata, secondo le casistiche.

La necrosi può interessare anche solamente il tessuto sottocutaneo (liponecrosi) e manifestarsi anche tardivamente. Nella maggioranza dei casi si avvertirà una tumefazione dura nel contesto del lembo, che verrà riassorbita spontaneamente se di dimensioni contenute o dovrà essere asportata chirurgicamente se di grandi dimensioni. Non richiede il sacrificio del lembo.

La necrosi, molto raramente, può interessare la parete addominale nell'area limitrofa alla sutura e può richiedere, ancora più raramente, un trattamento chirurgico.

- Le *difficoltà di guarigione della ferita*, sia a livello del lembo che dell'area donatrice all'addome o alla coscia si possono avere ritardi o difficoltà di guarigione della ferita.
- La *sensibilità della pelle* potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.
- Le *Ernie o "bulging" (rigonfiamenti della parete addominale)* possono manifestarsi a livello dell'area donatrice sull'addome con una scarsa frequenza. Sono più frequenti nei lembi pedunculati, meno nei lembi TRAM e molto rare nei lembi DIEP.
- Sia a livello addominale che mammario possono comunque presentarsi delle *asimmetrie* che possono, ma non sempre, essere corrette chirurgicamente.

□ CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

Cicatrici saranno presenti sia a livello mammario sia a livello addominale o della superficie interna della coscia.

Nell'area mammaria ci potrà essere solo la cicatrice dovuta alla mastectomia, se è stato inserito un espansore mammario ed il lembo addominale usato come una protesi "naturale", quindi completamente interna. Nel caso la quantità di tessuto non fosse sufficiente a contenere tutto il lembo addominale ci sarà inevitabilmente una seconda cicatrice, che, quando possibile, si cercherà di mascherare nel solco sottomammario. In questo caso, oltre alla cicatrice, sarà evidente il diverso colore della cute del lembo rispetto a quella dell'area mammaria. Se non fosse possibile fare coincidere la seconda cicatrice con il solco sottomammario, saranno visibili due cicatrici delimitanti una sorta di patch rappresentato dalla cute del lembo, che, provenendo dall'addome, sarà inevitabilmente diversa da quella del torace.

Oltre che in regione mammaria, anche nella sede di prelievo del lembo addominale, residuerà una cicatrice orizzontale, situata a metà strada tra l'ombelico ed il pube lunga quanto l'addome. Una cicatrice sarà presente anche attorno all'ombelico.

In caso di lembo TMG, la cicatrice sarà all'interno della coscia sul solco inguinale. Con il tempo potrà "allargarsi" e divenire parzialmente visibile e, raramente, dolorosa.

La qualità delle cicatrici varia con il passare dei mesi e dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale. Generalmente la loro visibilità diminuisce con il tempo. Peraltro, talune Pazienti, a causa di una eccessiva reattività cutanea, possono sviluppare cicatrici arrossate o rilevate e perciò facilmente visibili, che durano diversi mesi o sono permanenti (cicatrici ipertrofiche) o cicatrici "allargate" di colore normale (cicatrici ipotrofiche). Si tratta di un'evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. Cicatrici non estetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con trattamento medico o con un intervento, dopo un congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall'intervento). Oltre che a livello della cute, tessuto cicatriziale è presente anche nei piani profondi e può determinare, in alcuni casi, deformità della mammella difficilmente correggibili.

In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici si estendono oltre i limiti dell'incisione chirurgica (cheloidi) e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento.

RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO

L'ultimo atto della ricostruzione mammaria è ricreare il complesso areola-capezzolo.

Generalmente si esegue dopo alcuni mesi dal termine della ricostruzione per permettere un assestamento definitivo della neo-mammella.

Molteplici sono le tecniche ideate per raggiungere lo scopo: l'areola può essere formata da cute dell'areola controlaterale, se questa è sufficientemente grande, trapiantata in forma spirale; da tessuto delle grandi labbra o inguinale per sfruttarne la maggiore pigmentazione o, più semplicemente, può essere tatuata direttamente sulla neo-mammella nella forma e dimensione desiderata.

Tutte queste metodiche presentano lo stesso difetto, consistente nella progressiva depigmentazione con il passare degli anni.

Il capezzolo può essere ricostruito con un trapianto di una parte del controlaterale o può essere costruito con lembi locali di varia foggia, opportunamente modellati.

Nei 4-6 mesi successivi all'intervento sarà necessario utilizzare un parapezzolo in silicone per evitare ogni pressione sul nuovo capezzolo. Nonostante ciò la proiezione del capezzolo diminuisce nei primi dodici mesi anche di oltre la metà della proiezione originaria.

COSA ASPETTARSI DALL'INTERVENTO RICOSTRUTTIVO?

Qualunque sia la metodica ricostruttiva adottata deve essere chiaro che non sarà mai possibile ricostruire esattamente la mammella asportata, né eliminare le cicatrici delle incisioni praticate.

Grazie al continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche e dei materiali protesici è comunque possibile ottenere mediamente un risultato piuttosto soddisfacente, sia in termini di forma della mammella ricostruita sia in termini di posizione. È importante che ciò si verifichi sia a Paziente vestita, sia a Paziente in costume, sia a Paziente svestita completamente. Il maggior beneficio della ricostruzione per la Paziente deve essere psicologico, permettendole di dimenticare con il tempo la mutilazione subita e quindi la malattia di base. Ciò sarà possibile solo se la stigmata dell'intervento chirurgico, cioè la sua conseguenza

nell'aspetto della donna, sarà minimo anche a Paziente spogliata, come è spesso nella vita di tutti i giorni. La meta da raggiungere, per il Chirurgo Ricostruttivo, è una neo-mammella che sia talmente simile a quella dell'altro lato, per fare in modo che la Paziente non ricordi gli interventi ogniqualvolta si guarda allo specchio. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale ottenere una buona simmetria tra le due mammelle. Spesso ciò si realizza solo con un "ritocco" anche a carico della mammella controlaterale.

IL SENO CONTROLATERALE

L'obiettivo primario della ricostruzione, come si è detto, è l'ottenimento di una simmetria tra le mammelle.

In una certa percentuale di casi, per ottenere una buona simmetria, è necessario correggere la mammella controlaterale, che si può presentare di dimensioni, forma o posizione un po' diverse da quella ricostruita o semplicemente di forma poco attraente, non gradita alla Paziente e spesso difficile da riprodurre durante la ricostruzione.

Poiché comunque di interesse primario risulta il problema oncologico, è necessario escludere prioritariamente, con opportuni accertamenti, il sospetto di una bilateralità della neoplasia. Allo stesso modo si cerca di dissuadere dall'intervento le Pazienti ad alto rischio di comparsa di neoplasia bilaterale (età molto giovane di insorgenza del cancro, neoplasia multifocale, carcinoma lobulare, parenti di primo grado con storia di neoplasia mammaria bilaterale).

È oggi opinione corrente che procedure chirurgiche che coinvolgano la ghiandola mammaria non solo non favoriscano l'insorgenza di una neoplasia, ma nemmeno modificano la possibilità di diagnosticare in tempi rapidi l'insorgenza di un eventuale tumore. Non tutti gli Autori sono però d'accordo su questo. La correzione della mammella controlaterale, indipendentemente dalla tecnica di ricostruzione, è attuata in una percentuale di casi che oscilla dal 30% all'80% secondo le diverse casistiche.

RICOSTRUZIONE MEDIANTE INNESTO DI GRASSO PRELEVATO DALLA STESSA PAZIENTE

In tempi molto recenti è comparsa un'ulteriore meto-

dica ricostruttiva che prevede il trasferimento di grasso libero, prelevato con un apposito apparecchio (simile a quello usato per la lipoaspirazione) da altre aree del corpo della stessa Paziente, opportunamente trattato, e reiniettato nella sede della mammella da ricostruire.

La sede di iniezione è trattata preventivamente inserendo un espansore del tipo di quelli già descritti per la ricostruzione protesica o applicando un dispositivo esterno prima dell'intervento.

Poiché non è possibile trasferire in un unico intervento la quantità di grasso necessaria per la ottenere una adeguata neo-mammella e poiché una certa percentuale del grasso trasferito viene riassorbita, l'intervento ricostruttivo sarà eseguito a tappe distinte tra loro di alcuni mesi. In altre parole saranno necessari mediamente 4-6 interventi di prelievo e inserimento di grasso.

Trattandosi di una metodica molto nuova, le esperienze, anche in campo internazionale, sono piuttosto limitate.

La comunità scientifica sta ancora dibattendo il problema.

CONCLUSIONI

La ricostruzione mammaria fa ormai parte integrante di ogni intervento per tumore al seno, in quanto si è visto essere importantissimo per la donna poter ristabilire al più presto la corretta immagine corporea alterata dall'intervento demolitivo. Pertanto, tutte le donne che devono essere sottoposte ad interventi demolitivi alla mammella dovrebbero essere correttamente informate di questa possibilità e dovrebbero avere un incontro con il Chirurgo Plastico per una corretta presentazione del problema e per la discussione dei possibili risultati.

Come si è visto, esistono numerose metodiche ricostruttive. Per ottenere i migliori risultati è importante adattare il tipo di ricostruzione al tipo di danno e al tipo di Paziente. Non esiste quindi "la" metodica ideale, migliore delle altre, ma solo la più idonea per quel determinato caso.

Tutte le tecniche, se correttamente eseguite, nella Paziente idonea, possono dare ottimi risultati.

Il Chirurgo Plastico è lo specialista più idoneo alla scelta e all'esecuzione dell'intervento ricostruttivo.

La **SICPRE** ringrazia i colleghi e soci Bruno Azzena, Alessandro Casadei, Daniele Fasano, Eugenio Fraccalanza, Pier Camillo Parodi, Mauro Schiavon e Luca Siliprandi del Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica (**GTVER**), autori del libro "Il consenso informato consapevole in Chirurgia Plastica Estetica" (ISBN 978-88-8041-059-1), edito dalla casa editrice new MAGAZINE, da cui è tratto questo prospetto informativo.

AGGIORNAMENTO INFORMATIVA RICOSTRUZIONE MAMMARIA

E' stata recentemente evidenziata un'eventuale relazione fra le protesi mammarie ed una rara forma di linfoma, il cosiddetto ALCL (linfoma anaplastico a cellule giganti) che non è un tumore della mammella, ma del sistema linfatico. L'incidenza attualmente rilevata in Italia è, secondo i dati del Ministero, di 2.8 casi su 100.000 (0.0028%) e sembra essere più frequente in alcuni tipi di impianti protesici a testurizzazione aggressiva. Questa malattia si evidenzia nella grande maggioranza dei casi con un importante versamento sieroso non infiammatorio a distanza di anni dall'intervento; ha prognosi eccellente con guarigione clinica, se trattata precocemente con la capsulectomia e la rimozione delle protesi. Soltanto in casi molto più rari si manifesta come una massa palpabile periprotetica. Anche sulla base di queste possibili complicanze, è necessario rivolgersi al chirurgo in caso di modifiche evidenti delle regioni mammarie e, in ogni caso, si raccomanda un corretto follow up annuale anche in assenza di sintomatologia.

Aggiornato alla data 15.03.2019



SICPRE

Società Italiana di
Chirurgia Plastica
Ricostruttiva ed Estetica