

## PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

### *Ricostruzione dei vari distretti anatomici*

Questa scheda informativa è stata progettata come supplemento alla sua prima consultazione, per cercare di rispondere a tutte le domande che può porsi se prevede di sottoporsi ad un intervento di ricostruzione dei vari distretti anatomici. Lo scopo di questo documento è di fornire tutte le informazioni necessarie ed essenziali per consentirle di prendere la sua decisione nella completa conoscenza dei fatti. Si consiglia pertanto di leggerlo con massima attenzione.

- ***DISTRETTO TESTA-COLLO***

La chirurgia plastica ricostruttiva della testa e del collo ha come scopo il ripristino della funzione e della forma che sono andate perse in seguito a eventi traumatici e ustioni o in seguito a interventi chirurgici per asportazioni di neoplasie cutanee, ossee o dei tessuti molli. La chirurgia plastica ricostruttiva di questo distretto si suddivide in sotto-distretti anatomici comprendenti: il distretto della piramide nasale, il distretto orbito-palpebrale, il distretto del padiglione auricolare, il distretto del cuoio capelluto ed il distretto del cavo orale. Compito del chirurgo plastico è quello di ripristinare funzione ed estetica, riducendo al minimo i danni secondari necessari per la ricostruzione dei distretti danneggiati. Talvolta il chirurgo plastico opera in autonomia, mentre in altre occasioni collabora con altri specialisti (oculista, otorinolaringoiatra, neurochirurgo ecc), con lo scopo di raggiungere il miglior risultato morfo-funzionale. Nell'ambito del distretto anatomico testa-collo, la chirurgia plastica scende in campo anche nel trattamento di patologie congenite come la labiopalatoschisi (il cosiddetto labbro leporino), le deformità del padiglione auricolare, nevi congeniti giganti e anomalie vascolari. Le tecniche chirurgiche utilizzate comprendono l'utilizzo di tessuti locoregionali mobilizzati a riparare l'area danneggiata, come i lembi locali peduncolati di rotazione o avanzamento. Un'altra tecnica propria della chirurgia plastica prevede l'utilizzo di innesti cutanei. Questa tecnica consente di trasferire un sottile strato di epidermide, che sopravviverà per attecchimento diretto sul fondo vascolarizzato da riparare. Ovviamente, in alcuni casi sarà presente una differenza di colore, che con il tempo si attenuerà, oppure saranno necessari altri trattamenti chirurgici per rendere meno evidente l'esito cicatriziale. Nei casi di danni importanti, che coinvolgono tessuti diversi (cute, tessuto muscolare, mucose, tessuto osseo ecc), ci si può avvalere della ricostruzione microchirurgia. Tale tecnica, di difficile realizzazione, permette il trasferimento da altri distretti corporei di tessuti composti. Questi, opportunamente rivascolarizzati con tecniche di microchirurgia e modellati, consentono di recuperare i tessuti che sono stati asportati a causa della neoplasia nel tentativo di ripristinare, come già espresso, la forma e la funzione.

- ***DISTRETTO TORACE -ADDOME***

Le perdite di sostanza del torace e dell'addome sono, il più delle volte, secondarie a una chirurgia di exeresi. Le eziologie principali incontrate riuniscono le patologie tumorali nonché le radiodermiti condrosternali: complicanze tardive, ma ancora visibili, di alcune radioterapie. Dopo un bilancio preoperatorio di fattibilità chirurgica, l'exeresi completa e la ricostruzione parietale sono le due fasi essenziali per permettere una riabilitazione funzionale e sociale ottimale per il paziente. La strategia di questa ricostruzione parietale è condizionata dal livello della lesione in profondità. Le tre chiavi decisionali sono l'esistenza di una lesione della pleura e/o del peritoneo, la natura biologica o sintetica della ricostruzione parietale profonda, nonché la necessità di una radioterapia postchirurgica. Viene, quindi, la scelta tra una copertura superficiale della perdita

di sostanza mediante un innesto cutaneo semplice e/o mediante dei lembi tissutali vascolarizzati. Tutta la panoplia dei lembi cutanei locali e/o muscolari peduncolati può essere utilizzata per la copertura della perdita di sostanza; tuttavia, la strategia da privilegiare deve sempre restare la più semplice. L'utilizzo dei lembi liberi deve essere tenuto solo come ultima possibilità.

VEDI ANCHE RICOSTRUZIONE MAMMARIA, GINECOMASTIA

- ***DISTRETTO PELVI-PERINEALE***

Il perineo è una regione di confine difficile da ricostruire a causa del suo ruolo funzionale ed estetico. La presenza degli organi genitali esterni e dell'uretra rende questa zona anatomica particolarmente complessa da ripristinare. I rischi di disgiunzione cicatriziale e di infezione sono, d'altronde, aumentati dalla prossimità dell'ano. La gestione di una perdita di sostanza perineale deve prendere in considerazione quattro parametri chiave: l'eziologia, lo stato generale del paziente, la localizzazione e le dimensioni del difetto tissutale. È spesso indicata una gestione multidisciplinare che fa ricorso, a seconda delle esigenze, agli infettivologi, agli oncologi e ai chirurghi digestivi e agli urologi o ai ginecologi. Le tecniche di copertura e di riempimento delle perdite di sostanza perineali si sono ampiamente evolute negli ultimi anni. La cicatrizzazione in seconda intenzione è ancora indicata in mancanza di soluzioni migliori, in caso di infezione acuta o quando nessun trasferimento tissutale è soddisfacente. Gli storici lembi muscolocutanei di retto addominale e di gracile sono sempre molto utili per le dilacerazioni importanti, ma subiscono ormai la concorrenza dei lembi fasciocutanei di vicinanza più semplici e più rapidi da realizzare, così come dei lembi perforanti più rispettosi della funzione muscolare. Il lembo a petalo di loto e il lembo fasciocutaneo pudendo centrati sui rami terminali dei vasi pudendi interni sono particolarmente interessanti per la loro semplicità e la loro efficacia. Essi forniscono una soluzione alla maggior parte delle perdite di sostanza piccole o medie della regione. I lembi perforanti peduncolati provenienti dall'addome, dalla regione glutea o dalla faccia anterolaterale della coscia sono più impegnativi sul piano tecnico. Essi sono, dunque, utilizzati in seconda intenzione.

- ***ARTI***

Traumi ad alta energia coinvolgono spesso le estremità dal corpo umano e le lesioni derivanti possono determinare danni severi agli arti superiori e/o inferiori, privando così il paziente delle sue estremità e comportando danni funzionali molto gravi. Le principali applicazioni della chirurgia plastica sono a livello delle mani, dove, anche per traumi banali di tipo lavorativo o domestico, si possono perdere importanti funzioni come la flessione e l'estensione delle dita e la sensibilità. In questi casi è importante effettuare una corretta diagnosi ai fini di ristabilire la funzionalità perduta delle dita. Gli interventi più frequentemente effettuati riguardano la sutura dei tendini flessori ed estensori delle dita delle mani e interventi più complessi come il ripristino della continuità nervosa. Si può arrivare sino a interventi complessi di microchirurgia che permettono, qualora ci sia una indicazione opportuna, il reimpianto di dita, di mani o di arti. Tali procedure di solito vedono la collaborazione con gli ortopedici. La chirurgia plastica ricostruttiva riveste un ruolo fondamentale anche nelle fratture esposte, nelle ferite complesse che interessano più tessuti oltre la cute, e a seguito di asportazioni di tumori benigni e maligni dei tessuti molli e/o delle ossa. Campi ulteriori d'applicazione della chirurgia plastica a livello degli arti sono rappresentati dalle piaghe da decubito che si creano nei pazienti costretti a letto in seguito a gravi incidenti oppure nei pazienti para/tetraplegici. Tali lesioni da decubito si possono verificare a livello della regione sacrale, del tallone, del troncantere e delle ginocchia. Compito del chirurgo plastico sarà quello di riparare questi difetti utilizzando lembi locoregionali qualora possibile. Altro campo di applicazione della chirurgia plastica è rappresentato dai pazienti vasculopatici (per esempio nel diabete) oltre che in casi di arteriopatia obliterante periferica, specialmente in soggetti diabetici, nel caso di ulcere vascolari e neoplastiche.

ARTO SUPERIORE

Le tecniche di ricostruzione delle perdite di sostanza cutanee dell'arto superiore sono molto evolute nel corso dei tre ultimi decenni, beneficiando dell'apporto successivo delle nuove tecniche. Lo sviluppo della

microchirurgia vascolare nel corso degli anni Settanta ha consentito l'utilizzazione dei lembi liberi. Questi ultimi, tra cui in particolare il lembo di latissimus dorsi, sono soprattutto impiegati nell'arto superiore nei casi di lesioni estese. I lembi sottocutanei peduncolati tra cui il lembo antibrachiale radiale che fu il primo a essere descritto agli inizi degli anni Ottanta, sono oggi i più utilizzati. Altre tecniche più classiche, come il lembo inguinale di Mc Gregor, conservano tuttavia delle indicazioni. L'arsenale dei mezzi terapeutici a disposizione dei chirurghi si è anche considerevolmente arricchito, rendendo il capitolato d'oneri di ricostruzione dell'arto superiore più «pesante». Quest'ultimo deve ormai rispondere non soltanto a un obbligo funzionale che autorizza una rieducazione precoce, ma anche a considerazioni estetiche. Nel quadro della traumatologia, l'affidabilità della copertura cutanea deve autorizzare il trattamento «tutto in un tempo» dell'insieme delle lesioni. A livello del braccio e della spalla, il lembo peduncolato di latissimus dorsi consente di trattare l'insieme delle lesioni. Le perdite di sostanza della regione del gomito sono più difficili da trattare e la scelta della tecnica è in funzione delle dimensioni della lesione e dell'esistenza dell'eventuale associazione di lesioni vascolari. Possiamo utilizzare un lembo muscolare peduncolato di brachioradiale, un lembo antibrachiale radiale o interosseo posteriore a peduncolo prossimale o, ancora, un lembo brachiale esterno. Il lembo peduncolato di latissimus dorsi consente da una parte di trattare la lesione cutanea e dall'altra di rianimare la flessione del gomito. Nei casi di una lesione vascolare associata con impossibilità di realizzare un lembo locale è possibile realizzare un ponte vascolare con un lembo peduncolato toracico o realizzare un lembo antibrachiale libero controlaterale-ponte. A livello dell'avambraccio, le perdite di sostanza estese o prossimali possono beneficiare di un lembo libero di latissimus dorsi. Al terzo distale dell'avambraccio la scelta tra lembo libero peduncolato distale e lembo interosseo posteriore o antibrachiale radiale a peduncolo distale è funzione delle esigenze estetiche o delle lesioni associate. A livello del polso bisogna aggiungere a queste ultime tecniche i lembi fasciocutanei quali il lembo dorsocubitale di Becker o lembo muscolare peduncolato di pronatore quadrato. Per ciascuna zona esistono più tecniche e la scelta non è sempre facile, perché deve integrare gli imperativi lesionali, funzionali e estetici alle abitudini del chirurgo così come alle possibilità tecniche e di rianimazione, in particolare nel quadro dell'urgenza.

Il trattamento delle perdite di sostanza cutanee della mano fa appello a tecniche varie, dalla cicatrizzazione guidata ai lembi liberi passando per gli innesti cutanei, lembi locali, lembi regionali e lembi a distanza. Le tecniche presentate sono sperimentate. Le indicazioni sono discusse in funzione della localizzazione e dell'importanza della perdita di sostanza da trattare. Lo principio informatore è di ottenere una ricostruzione funzionale ed estetica nei migliori termini, consentendo una mobilitazione precoce, garanzia di un buon risultato funzionale. La scelta del metodo più efficace e più semplice non esclude la sofisticazione allo scopo di raggiungere lo scopo fissato.

## ARTO INFERIORE

La copertura delle perdite di sostanza dell'arto inferiore è una chirurgia difficile, soprattutto perché esistono una moltitudine di traumi e, quindi, un'infinità di situazioni cliniche molto differenti in termini di localizzazione, di lesioni associate, di tipo di tessuto da ricostruire, dell'urgenza della copertura, delle possibilità di prelievo e così via. La storia della ricostruzione dell'arto inferiore segue la storia della chirurgia plastica passo per passo: lembi muscolari, lembi cutanei, microchirurgia, lembi perforanti e supermicrochirurgia; ma la questione cruciale dell'interesse della conservazione di un arto si pone ancora nella pratica corrente. Occorre spiegare ad alcuni traumatizzati molto gravi (lesioni del nervo tibiale posteriore in particolare) che la soluzione migliore, indipendentemente dal livello di capacità tecnica raggiunto in questo inizio di XXI secolo, resta, talvolta, l'amputazione precoce, che permette una rieducazione rapida. Trovare la soluzione più appropriata tenendo conto del paziente e del tipo di perdita sostanza è la sfida di questa chirurgia.

Le complicanze del diabete ai piedi sono frequenti, complesse e potenzialmente gravi. Rappresentano in effetti più della metà delle amputazioni realizzate in Francia nel 2003. Per migliorare il trattamento di questi pazienti ad alto rischio, questi devono essere affidati a una équipe pluridisciplinare specializzata. Il piede dei diabetici

richiede innanzitutto trattamenti locali attenti e rigorosi, come anche una prevenzione efficace. Il chirurgo interviene solo in seconda istanza, quando i trattamenti locali sono inefficaci. Deve adattarsi alle particolarità di questa patologia legate alla triade fisiopatologica neuropatia-ischemia-infezione, privilegiando il trattamento più conservatore possibile. L'obiettivo del chirurgo è di trovare un equilibrio tra cicatrizzazione rapida e corretta e conservazione di una statica equilibrata allo scopo di evitare la recidiva o il peggioramento, così come occorre prevedere, in caso di ischemia, tutte le possibilità di rivascularizzazione degli arti inferiori allo scopo di aumentare le possibilità di cicatrizzazione cutanea. Infine, malgrado le possibilità limitate dei pazienti a rischio, il chirurgo deve individuare tutte le procedure di chirurgia ricostruttiva che possono essere utilizzate in funzione della localizzazione e della dimensione della perdita di sostanza, in particolare i lembi locali e innesti cutanei.

Queste sono le informazioni che vogliamo offrirle in aggiunta alla consultazione. Le consigliamo di conservare questo documento, di rileggerlo dopo la consultazione e di pensarci "con la testa riposata". Questa riflessione può sollevarle nuove domande, per le quali si aspetterà informazioni complementari. Sono a vostra disposizione per parlarne durante una futura consultazione, o per telefono o anche il giorno dell'intervento in cui noi ci incontreremo di nuovo, comunque, prima dell'anestesia

DOTT.SSA LAURA CURIC