

INFORMAZIONI PREOPERATORIE PER IL PAZIENTE

RISCHI CHIRURGICI E FATTORI DI RISCHIO

MASTOPLASTICA ADDITIVA CON PROTESI DI SILICONE

PAZIENTE _____

Consegnata il _____

CONSIDERAZIONI GENERALI

La mastoplastica additiva con protesi di silicone rappresenta un compromesso tra la possibilità di conferire un aspetto gradevole al seno della paziente e gli inconvenienti legati alla presenza di un corpo estraneo (la protesi). Nonostante i continui miglioramenti delle tecniche e dei materiali utilizzati, il seno che subisce l'intervento di mastoplastica additiva non è più in condizioni "naturali", quindi si comporta diversamente: invecchia diversamente, ha una sensibilità e consistenza diversa e molte altre caratteristiche diverse dal seno non aumentato. Per capire meglio questo concetto si può paragonare questo fenomeno a quello di un dente con un'otturazione, esso non è più come prima, ha una diversa sensibilità, resistenza, a volte l'otturazione va sostituita dopo un intervallo di tempo ovvero adattata nel tempo alla masticazione, etc.. Lo stesso accade al seno con protesi che può richiedere interventi di miglioramento che contrastano l'invecchiamento accelerato dovuto al peso della protesi (sollevamento del seno o mastopessi), interventi di sostituzione della protesi, etc..

TECNICHE DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

La mastoplastica additiva consiste nell'introduzione di una protesi di silicone od altro materiale al di sotto della ghiandola mammaria, della fascia muscolare, o del muscolo pettorale. Ciò viene realizzato attraverso vari tipi di incisioni cutanee e con protesi di forma e dimensione varia.

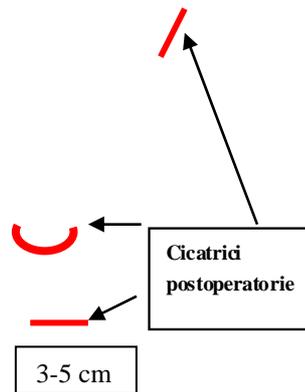
ALTERNATIVE ALLA MASTOPLASTICA ADDITIVA

In alcuni casi una dieta appropriata, esercizio fisico e mantenimento di un peso corporeo ottimale possono influire sul volume del seno. Anche i massaggi rassodanti, le creme idratanti agiscono nella stessa direzione. Il controllo di certe malattie e condizioni metaboliche ed ormonali, i reggiseni push-up, sorreggenti, con o senza le protesi esterne valorizzano e contribuiscono all'aspetto estetico del seno. Recentemente sono stati introdotti sul mercato dispositivi che applicati sul seno esercitano una pressione negativa favorendone lo sviluppo volumetrico (Brava®). Questi dispositivi sono ancora poco studiati e non tutti i chirurghi li ritengono efficaci e/o sicuri. Egualmente è stato da poco introdotto sul mercato un filler (riempitivo a base di acido ialuronico, Macrolane®) che sembra molto promettente e sicuramente verrà utilizzato sempre più di frequente. Anche l'uso del grasso autologo, il proprio grasso, tecnica chiamata lipofilling, permette aumenti volumetrici e migliorativi della forma; probabilmente anche questo presidio assumerà importanza sempre maggiore. L'uso di integratori e/o farmaci da assumere per bocca non è invece condiviso da tutti.

CICATRICI

Un'incisione (3-5 cm di lunghezza) è praticata in corrispondenza del **solco sottomammario** di ambedue le mammelle, oppure in posizione **periareolare**, guarisce lentamente ed è permanente. Le cicatrici possono non essere esattamente nel solco sottomammario o simmetriche tra loro. Un **incisione ascellare** è anche possibile secondo alcuni chirurghi. La qualità delle cicatrici dipende dal tipo di cute e di risposta cellulare del paziente, quest'ultima è fortemente influenzata dal fumo di sigaretta. **Pazienti fumatori hanno una qualità di cicatrice notevolmente inferiore rispetto a non fumatori**, ad esempio vi è un ritardo nel processo di guarigione, la tendenza all'allargamento della cicatrice, etc.. Per alcuni mesi le cicatrici sono visibili, ma migliorano nel tempo. Occasionalmente, se il paziente produce una cicatrizzazione eccessiva, residuano delle cicatrici rilevate (cicatrice ipertrofica, cheloidea). Questo fenomeno è raro nei pazienti caucasici (bianchi) e più frequente nei pazienti di colore. Le cicatrici possono essere dure e dolorose, specialmente nei primi sei-dodici mesi, talora permanentemente. Talvolta le cicatrici, da ciascun lato, non seguono gli stessi tempi di guarigione.

La revisione chirurgica delle cicatrici può essere necessaria dopo alcuni mesi dall'intervento.



TIPI DI PROTESI MAMMARIE

Nel corso degli anni le protesi sono cambiate molto nelle loro caratteristiche di confort e durata, grazie all'introduzione di nuovi materiali e tecniche di assemblaggio. L'involucro esterno delle protesi mammarie è sempre costituito dal silicone solido in lamina, la superficie è rugosa (**testurizzata**) per diminuire il rischio di rigetto della protesi. Alcuni chirurghi utilizzano anche protesi a superficie liscia, ma raramente. Il contenuto interno può essere **1) soluzione fisiologica**: sono protesi poco utilizzate in Europa perché non garantiscono un aspetto ed una consistenza vicine a quelle di un seno naturale. Sono certamente molto sicure sotto il profilo medico perché in pratica sono costituite da acqua e sale. I modelli degli anni passati avevano la tendenza a perdere del liquido e quindi diminuire di volume col tempo. **2) Hydrogel**: è uno zucchero complesso, anche queste protesi non sono molto utilizzate sebbene non siano stati individuati problemi significativi durante il loro utilizzo. Il loro uso è stato però sconsigliato in alcuni paesi dell'Unione Europea. Hanno la caratteristica di essere facilmente avvertite palpatariamente rispetto alle protesi di silicone. **3) silicone in gel coesivo**: il silicone è utilizzato come riempitivo delle protesi mammarie sino dagli anni 60. Non è certo un materiale perfetto, ma rappresenta ancora il miglior compromesso estetico (maggior somiglianza di aspetto e consistenza con il seno naturale) e funzionale. Infatti, malgrado il silicone sia stato imputato di associazione con il cancro mammario, le malattie reumatiche ed autoimmuni, rotture spontanee in aereo, etc., nessuna delle precedenti associazioni è stata scientificamente dimostrata a tutt'oggi. Le protesi ripiene di silicone coesivo sono attualmente le protesi più utilizzate per la mastoplastica additiva nei Paesi dell'Unione Europea; negli USA questo tipo di protesi è tornata in uso nel 2004 prima sperimentalmente e successivamente estesa a tutti i pazienti.

Alcune protesi in commercio sono ricoperte di **poliuretano**, una sostanza che sembra diminuire significativamente il rischio di contrazione capsulare. Vi sono tuttavia controversie secondo alcuni legate all'utilizzo di questo materiale che sembra aderire tenacemente al tessuto mammario e non separarsene al momento della rimozione della protesi. Gli effetti a lungo termine del poliuretano sulla ghiandola mammaria non sono conosciuti completamente.

La **durata o tempo di vita media** di una protesi di silicone sembra aggirarsi sui **10-15 anni**, va tuttavia ricordato che i dati disponibili sono molto difficili da accertare e sono relativi ad uno specifico tipo di protesi. Quindi è necessario considerare che potrebbe rendersi necessaria la **sostituzione della protesi nel corso degli anni**. Alcune protesi di ultima generazione sono accompagnate da un certificato di garanzia a vita emesso dalla casa produttrice, anche in questo caso il dato è difficile da verificare scientificamente, ma certo attesta la convinzione della bontà del prodotto da parte della casa produttrice.

PROTESI ANATOMICHE E PROTESI ROTONDE

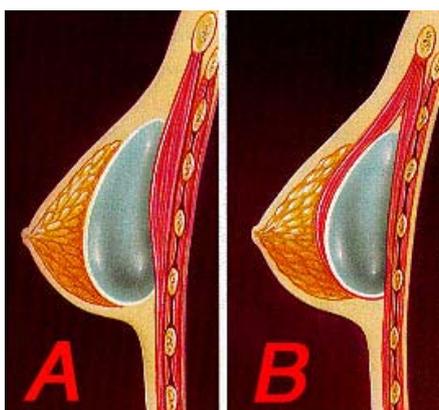
Indipendentemente dal materiale da cui sono costituite, le protesi mammarie hanno vari volumi (indicati in centimetri cubici) e forme. Si riconoscono due **forme principali**: **1) protesi rotonde**, che hanno forma di un segmento di sfera, hanno una circonferenza regolare; **2) protesi anatomiche**, anche conosciute come protesi a goccia. Assomigliano ad una mezza goccia, con un polo superiore allungato e sottile, che si inserisce nel polo superiore del seno; un polo inferiore più largo e prominente che viene posizionato nella parte inferiore del seno. In generale queste protesi sembrano essere associate ad un risultato più naturale del seno e sono preferite da alcuni chirurghi. Le protesi anatomiche possono essere associate a **rotazione spontanea**, cioè la parte superiore si posiziona inferiormente e la superiore inferiormente. Ne consegue una deformazione del seno. Questo evento è raro ma possibile e non è necessariamente relativo ad un errore tecnico.

La scelta della **forma** della protesi da utilizzare rimane un aspetto tecnico dell'intervento e, sebbene venga preso in considerazione il desiderio della paziente, è di competenza del chirurgo. Lo stesso vale per il volume da utilizzare. Per la scelta del **volume** da utilizzare esistono più tecniche basate sulle misurazioni preoperatorie del seno e sull'uso di protesi di prova.

POSIZIONE DELLA PROTESI

Le protesi mammarie possono essere posizionate sotto la ghiandola mammaria (**posizione sottoghiandolare o sottomammaria**), sotto la fascia muscolare (**posizione sottofasciale**), o sotto il muscolo pettorale (**posizione sottomuscolare**): ciò in relazione all'anatomia della regione toracica, alla forma e dimensione del seno della paziente, alla grandezza della protesi, etc.. Il chirurgo discute di questi aspetti con il paziente per offrire il seno più naturale possibile. Attualmente la tecnica più utilizzata è il posizionamento al di sotto del muscolo pettorale nella parte alta del torace, al di sotto della ghiandola mammaria nella parte inferiore del seno (**tecnica sottomuscolare dual-plane**).

Nel caso del posizionamento sottomuscolare della protesi è normale che quando il muscolo è contratto (ad esempio durante l'esercizio fisico) la protesi si deforma e si sposti nella tasca creata.



A. *Posizione sottoghiandolare*

B. *Posizione sottomuscolare*

1. POSIZIONE SOTTOGHIANDOLARE

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> • Non movimenti del seno con l'attività muscolare • Inizialmente meno doloroso • Aspetto più naturale nel seno ptosico 	<ul style="list-style-type: none"> • Minor copertura dei margini della protesi • Maggior visibilità delle irregolarità • Aumento della ptosi ghiandolare • Maggior atrofia ghiandolare

2. POSIZIONE SOTTOMUSCOLARE

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> • Maggior copertura dei margini della protesi • Minor visibilità della protesi • Minor rippling del polo inferiore • Minor tendenza alla ptosi ghiandolare • Minor atrofia ghiandolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimento del seno con l'attività muscolare • L'attività muscolare può produrre indentazioni nel solco mammario • Inizialmente più doloroso • Aspetto innaturale con la ptosi ghiandolare

1. 2. tratte da: Heden P., Jernbeck J. and Hober M.: *Breast augmentation with anatomical cohesive gel implants. Clinics in Plastic Surgery*, 28(3), 531-52, 2001.

MISURA DELLA PROTESI E RIPPLING

La protesi è un corpo estraneo e il chirurgo la “nasconde” nella regione toracica per aumentare di volume il seno. Per questa ragione è normale avvertire palpatariamente e vedere parte della protesi (**rippling**). Questa condizione può essere più o meno presente, in forma di nodularità localizzata o di consistenza diffusa; dipende dalla dimensione della protesi e dalla struttura anatomica della paziente (pazienti magre hanno un rischio più alto di rippling di pazienti obese, protesi grandi sono più palpabili di protesi piccole). Il rippling può anche comparire in seguito a dimagrimenti o interruzione dell'assunzione di pillole anticoncezionali. La protesi deve essere coperta totalmente dalla mammella (sebbene non si può coprire la parte inferiore della protesi perché non vi è tessuto mammario), per questa ragione il

volume finale della protesi non può essere garantito. Il chirurgo sceglie la protesi che meglio è nascosta dal tessuto mammario. Il volume della protesi utilizzata dipende anche dall'elasticità della cute, dalle dimensioni preoperatorie del seno e dalla posizione della protesi (sottomuscolare/sottoghiandolare). Si dà sempre meno importanza alla dimensione volumetrica della protesi e sempre più importanza alle misurazioni preoperatorie del seno. **In generale la scelta della misura della protesi dipende dalla dimensione e dalle caratteristiche anatomiche del seno. Non è possibile usare ogni misura di protesi né vi è garanzia della misura finale del seno. Non è realistico aspettarsi una misura prestabilita, ogni protesi va scelta per il seno che la deve ospitare; è possibile solo approssimare la misura finale del seno mediante le misurazioni preoperatorie, ma non è possibile garantirla.** Recentemente è stato introdotto un software specifico che assiste la paziente ed il medico nella scelta della protesi che meglio si avvicina al desiderio della paziente ed alle caratteristiche anatomiche del seno, Biodinamic System®.



La fotografia mostra una paziente che ha sviluppato il "rippling" (visibilità delle protesi)

CONTRATTURA CAPSULARE

Le protesi sono dei corpi estranei e possono essere accettati o rigettati dal corpo umano. Il rigetto della protesi è conosciuto come contrazione capsulare o incapsulamento. La contrattura capsulare si riscontra nel **2-10%** dei pazienti e può avvenire in ogni momento dopo l'intervento, anche se spesso si fa riferimento ai primi cinque anni postoperatori. Consiste in un ispessimento della cicatrice interna (capsula) attorno alla protesi con il seno che diventa duro, doloroso e cambia di forma. La contrazione capsulare si tratta, in genere, con la rimozione (capsulectomia) o il rilascio del tessuto cicatriziale (capsulotomia) e con il riposizionamento della protesi. Dopo una prima contrazione capsulare è più facile per il corpo riconoscere la protesi e di conseguenza il rischio di una seconda contrazione aumenta (**20-22%**). La contrazione capsulare non dipende dal chirurgo o dalla protesi, ma da una reazione del corpo umano non prevedibile. Non è possibile determinare prima dell'intervento quale paziente svilupperà il rigetto, in pratica non vi è un test di screening, al momento, che permetta di individuare pazienti a maggior rischio per contrazione capsulare. Altrimenti non vi è una terapia medica che possa risolvere il problema. Recentemente un farmaco antiasmatico (Accoleit, Zafirlukast, Astrazeneca Spa) viene consigliato come profilassi e trattamento della contrazione capsulare. Non vi è tuttavia un dato scientifico sicuro che ne attesti l'efficacia e tutti i chirurghi sono favorevoli al suo utilizzo.

ROTTURA DELLA PROTESI

Le rotture della protesi è un'evenienza estremamente rara in quanto le attuali protesi hanno una capsula molto resistente, tuttavia a seguito di traumi chirurgici o traumi esterni accidentali può essere possibile. Una rottura accidentale, può manifestarsi attraverso il cambiamento della forma, della consistenza e della proiezione del seno. L'esame ecografico o la risonanza magnetica possono accertarla. Il gel di silicone, attualmente molto coeso, difficilmente migra e si infila nei tessuti circostanti; è comunque necessario un intervento di sostituzione della protesi. Non è verosimile che le attuali protesi mammarie possano spontaneamente esplodere in aereo.

FUMO DI SIGARETTA

Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di infezione e prolunga i tempi di guarigione; è stato dimostrato che un paziente fumatore ha un rischio 10 volte superiore di sviluppare una complicazione rispetto ad un paziente non fumatore. La guarigione delle ferite dipende dal flusso del sangue alla zona operata. Il fumo di sigaretta induce uno stato di vasocostrizione cronica (riduzione del calibro dei vasi) con conseguente riduzione del flusso sanguigno.

Ogni sigaretta quindi produce una vasocostrizione acuta dei vasi; è fortemente raccomandato di smettere di fumare completamente 2-3 settimane prima e 2-3 settimane dopo l'intervento chirurgico, non sono ammessi cerotti o caramelle contenenti nicotina. Il rischio di infezione diminuisce lentamente in pazienti che smettono di fumare, ma rimane sempre più alto rispetto a pazienti non fumatori. In particolare nel paziente che subisce l'intervento di mastoplastica additiva, il fumo di sigaretta è responsabile di ritardi di guarigione delle ferite che possono avere come conseguenza la riapertura delle stesse, l'esposizione della protesi all'ambiente esterno, l'infezione, la necessità di rimozione della protesi. Anche la qualità delle cicatrici è influenzata negativamente dal fumo di sigaretta.

CONTROLLI POST-OPERATORI

I controlli post-operatori sono di fondamentale importanza e sono parte integrante del trattamento chirurgico. Ogni paziente che si sottopone all'intervento di mastoplastica additiva deve ritornare come richiesto per farsi controllare dai medici o dal personale infermieristico e deve attenersi alle istruzioni postoperatorie. Il paziente concede il proprio consenso ai controlli postoperatori e si assume la responsabilità per le complicazioni derivanti dal non partecipare ai controlli. Mancare ad un appuntamento post-operatorio espone il paziente a rischi maggiori che possono avere come conseguenza il fallimento totale dell'intervento, la necessità di rimozione della protesi. Al paziente è in genere richiesto di tornare a controllo a 3,7,15,30,90,180-360 giorni. Qualche volta possono essere richiesti controlli ad intervalli diversi o più frequenti.

INFEZIONE E RIMOZIONE PROTESI

In qualsiasi intervento chirurgico esiste sempre il rischio di infezione. Per ridurlo, tutti i pazienti ricevono antibiotici intraoperatori per via endovenosa e successivamente, a casa per circa sette giorni in compresse ovvero intramuscolari. Raramente, specialmente nei fumatori, le ferite si infettano e vi è la necessità di un altro ciclo di antibiotici e di medicazioni. **In alcuni pazienti l'infezione batterica può essere resistente alla terapia antibiotica e può essere necessario rimuovere la protesi.** A volte il germe responsabile è il MRSA (stafilococco meticillina resistente) che vive abitualmente in ambiente ospedaliero e in questo caso la terapia comprende anche l'ospedalizzazione del paziente e la somministrazione di antibiotici per via endovenosa. Alcuni mesi dopo si procede al posizionamento di una nuova protesi. Questo rischio è particolarmente elevato nei pazienti fumatori ed in coloro che non tornano ai controlli postoperatori e non si attengono alle raccomandazioni postoperatorie.

ASIMMETRIA

Ogni donna ha una disuguaglianza delle due mammelle (una lievemente più larga o più piccola dell'altra, un capezzolo più alto o più basso, i solchi mammari ad altezze diverse). I seni dopo l'intervento mantengono in genere le stesse differenze di partenza. **Le differenze di simmetria dei due seni (forma, volume, posizione areola-capezzolo e solchi sottomammari, posizione del polo inferiore del seno rispetto al solco sottomammario) non sono migliorate dalla mastoplastica additiva, non vi è garanzia di risultato estetico né simmetria dei due seni.**

FORMA E POSIZIONE DEL SENO

La forma e la posizione del seno non cambiano dopo l'intervento di mastoplastica additiva, cambia solo il volume. Se il paziente non è contento della forma e della posizione del seno (ad esempio seno disceso con il polo superiore svuotato), dovrà ricorrere ad un altro tipo di intervento (rimodellamento del seno, mastopessi). Questo è particolarmente vero nel caso di un seno triangolare o tubolare. **La mastoplastica additiva non ottiene il sollevamento del seno né il riempimento del polo superiore, anzi la mammella tende a scendere più rapidamente dopo la mastoplastica additiva a causa del peso della protesi.** Nel tempo il seno potrebbe avere bisogno di un sollevamento/riposizionamento in alto (mastopessi).

EMATOMA

L'ematoma è una raccolta di sangue nella nuova tasca della mammella. Il rischio è più alto nelle prime 24 ore dopo l'intervento. Un piccolo tubo (drenaggio) è in genere lasciato in sede per drenare il sangue per le prime 24-48 ore dopo l'intervento; il drenaggio non previene l'ematoma ma ne limita la gravità. Nel caso di una grossa raccolta di sangue è necessario un secondo intervento. Il rischio di sanguinamento si riduce lentamente nell'arco di 2-3 settimane con il processo di guarigione. Se il seno presenta un ematoma postoperatorio e questo viene evacuato chirurgicamente, sembra esservi un modesto aumento della frequenza di contrazione capsulare, il meccanismo di ciò non è ben compreso. **In rarissimi casi è possibile che la perdita ematica intra e perioperatoria determini la necessità di una trasfusione di sangue.**

Sollevare pesi con le braccia ed effettuare attività sportiva durante questo periodo non è permesso. **L'aspirina non va assolutamente assunta** per almeno tre settimane prima e tre settimane dopo l'intervento.

DOLORE

Un modesto dolore è presente nella mastoplastica additiva, specialmente se la protesi è stata posta in posizione sottomuscolare. Molto dipende dalla soglia di sopportazione del paziente e dalla sensibilità individuale. Sono comunque somministrati antidolorifici dopo l'intervento per prevenire il fastidio; è stato riportato che il dolore può sopravvenire anche più tardi, aggravarsi durante il ciclo mestruale e la notte o durante le prime ore del mattino, o divenire permanente.

Il dolore permanente è possibile, sebbene raro, dopo la mastoplastica additiva. In genere risulta molto difficile da trattare efficacemente e può essere necessario dover rimuovere permanentemente le protesi. Si vuole qui sottolineare ancora che il seno che ha subito l'intervento di mastoplastica additiva non è un seno in condizioni naturali, ha infatti un corpo estraneo al suo interno, e non si comporta più come prima dell'intervento.

ANESTESIA

L'anestesia generale e la sedazione comportano dei rischi: tali rischi sono discussi con l'anestesista. Essi comprendono la trombosi venosa profonda, la tromboembolia, l'embolia polmonare, l'ipertermia maligna, il decesso ed altri. In generale i rischi anestesilogici sono valutati mediante esami clinici ed ematologici, non è tuttavia possibile escludere completamente le complicazioni anestesilogiche in nessun intervento chirurgico.

SENSIBILITA' DEL CAPEZZOLO E DELLA CUTE

La sensibilità e la capacità erettile dei capezzoli può essere compromessa dopo l'intervento, in genere con una diminuzione o con una assenza ovvero con un incremento. Questo è dovuto alla tecnica chirurgica che interrompe i nervi sensitivi; nell'arco di mesi, in genere, i nervi ricrescono e il cervello con la sua plasticità si rieduca alla nuova situazione e agli stimoli tattili. Raramente vi un'alterazione **o perdita permanente della sensibilità della cute e dell'areola-capezzolo e della capacità erettile del capezzolo**, ma questi fenomeni sono possibili e contemplati.

La sensibilità della cute della mammella è in genere alterata per mesi con sintomi che vanno da un'assenza ad una ipersensibilità anche **permanente**, comprendente sensazioni di calore, brivido, irradiazione, bruciore, parestesie, etc..

ALLATTAMENTO

La capacità d'allattamento dopo l'intervento di mastoplastica additiva con protesi di silicone è in genere poco modificata. Tuttavia essa può essere compromessa anche in modo grave e permanente, spaziando dalla diminuzione alla perdita completa (da un seno od entrambi), al dolore in fase di allattamento, mastiti ricorrenti, infezioni del capezzolo con ascessi anche cronici. Quanto sopra elencato può divenire un danno permanente e va accettato prima di procedere all'intervento. Nel caso dell'incisione periareolare, parte della ghiandola mammaria e dei dotti galattofori (i condotti che trasportano il latte) sono parzialmente interrotti. A ciò consegue un danno permanente della capacità di allattamento ed anche la perdita permanente. Quanto sopra non rappresenta un errore medico e non è completamente prevedibile, molto dipende dalla risposta individuale del paziente.

DEPRESSIONE

La depressione è una condizione frequente e la chirurgia plastica non ne è il trattamento, anzi un paziente depresso con seno piccolo rimarrà depresso anche con un seno aumentato, forse con un peggioramento della propria condizione emotiva. La chirurgia plastica per sé può indurre uno stato di depressione postoperatoria. Pazienti con depressione cronica non sono candidati per questo tipo di chirurgia. Se si è in cura con farmaci antidepressivi, è necessaria una certificazione del medico curante che conceda il nullaosta all'intervento. Un ruolo importante nella soddisfazione del paziente dipende dalla corretta informazione dei fatti e dei rischi dell'intervento, dalle aspettative realistiche, dalle motivazioni che spingono il paziente ad effettuare un intervento di chirurgia plastica. Anche la famiglia e l'ambiente lavorativo e sociale in genere contribuiscono all'umore del paziente. Si raccomanda un buon **rapporto medico-paziente**, basato sul dialogo e la conoscenza reciproca. Tale rapporto ha una valenza fiduciaria e non può essere sostituito da alcuna forma contrattuale.

SCREENING DEL CANCRO MAMMARIO

Non vi è alcuna evidenza scientifica che le protesi mammarie concorrano all'insorgenza o alla progressione del cancro della mammella, possono però cambiare il modo di fare la mammografia per cercare masse tumorali. Quando si richiede una mammografia di routine, bisogna recarsi in un centro qualificato dove i tecnici radiologi hanno esperienza in tecniche particolari per indagare un seno con protesi. Sono richieste a volte anche altre indagini strumentali. Gli ultrasuoni, o la risonanza magnetica possono essere necessari per studiare sia il tessuto mammario che la condizione della protesi. Spesso dopo una mastoplastica additiva è possibile palpare masse estranee. Queste sono in genere masse preesistenti, che sono semplicemente spinte in fuori dall'impianto, ma non sono causate dalla protesi. Non è stata altresì accertata una relazione tra protesi di silicone e malattie autoimmuni o reumatiche, sebbene non è possibile neanche escluderla. Nel caso dell'incisione periareolare, per esigenze tecniche, viene prodotto un piccolo danneggiamento della

ghiandola mammaria e dei dotti galattofori; di questo piccolo danneggiamento risulta un'immagine mammografica ed ecografica visibile permanentemente.

RISULTATI FINALI

Sono necessarie alcune settimane o mesi prima che il seno operato si normalizzi e raggiunga la forma e la misura definitiva. Inizialmente il seno ha una **forma squadrata**, specie nel polo inferiore, e **rigonfia nel polo superiore**, con il tempo (nelle settimane o mesi dopo l'intervento) esso perde parte del volume raggiunto per diminuzione dell'edema (gonfiore) causato dall'atto chirurgico, tende a scendere verso il basso, specialmente se sono utilizzate protesi di grandi dimensioni (per effetto della forza di gravità le protesi ed i seni di grandi dimensioni vengono più facilmente attratti verso il basso). I pazienti devono essere consapevoli che seni grandi e pesanti tendono a scendere prima di seni piccoli. Quindi un paziente che ha richiesto una protesi di grandi dimensioni, **potrebbe nel tempo avere bisogno di un intervento di sollevamento del seno (mastopessi).**

Ho letto tutte le informazioni e le ho comprese, insieme alle spiegazioni datemi dal chirurgo. Ho avuto tempo di riflettere e formulare domande.

CONCEDO IL MIO CONSENSO AD EFFETTUARE L'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITTIVA MONOLATERALE / BILATERALE CON PROTESI DI SILICONE DI

FORMA _____.

INCISIONE DI ACCESSO _____.

Accetto di tornare al controllo postoperatorio come e negli intervalli richiesti dal chirurgo. Sono consapevole che la mancata presenza ai controlli postoperatori può essere causa di complicazioni anche severe.

CHIRURGO

TESTIMONE

PAZIENTE

DATA _____