

INFORMAZIONI PREOPERATORIE PER IL PAZIENTE

RISCHI CHIRURGICI E FATTORI DI RISCHIO

MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

PAZIENTE _____

Consegnata il _____

CONSIDERAZIONI GENERALI

La mastoplastica riduttiva permette la riduzione del volume del seno e in genere il suo sollevamento. Residuano delle cicatrici a volte lunghe ed evidenti. Malgrado i continui miglioramenti delle tecniche e dei materiali utilizzati, il seno che subisce l'intervento di mastoplastica riduttiva non è più in condizioni "naturali", quindi si comporta diversamente da prima: invecchia diversamente, ha una sensibilità e consistenza diversa e molte altre caratteristiche diverse dal seno non operato. Per comprendere meglio questo concetto si può paragonare questo fenomeno a quello di un dente con un'otturazione, esso 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 che ha subito un intervento chirurgico, che può richiedere interventi di miglioramento che contrastano l'inevitabile processo di invecchiamento (ad esempio un nuovo intervento di sollevamento del seno o mastopessi).

TIPI DI RIDUZIONE MAMMARIA

Vi sono due tipi principali di riduzione mammaria: **1) con risparmio del complesso areola capezzolo:** è la riduzione più frequente, il complesso areola capezzolo rimane ancorato alla ghiandola mammaria e la mammella viene solo parzialmente alterata; **2) con innesto libero del complesso areola capezzolo:** in questo caso l'areola ed il capezzolo vengono completamente separati dalla ghiandola mammaria e innestati alla fine dell'intervento. La mammella perde completamente la capacità di allattare ed anche la sensibilità e la capacità erettile del capezzolo. Questa tecnica è riservata a mammelle di grandi dimensioni ovvero in quei casi in cui si teme un rischio di necrosi (ad esempio nei forti fumatori). In rari casi è possibile ridurre il volume mammario con la sola liposcultura, agendo esclusivamente sul tessuto adiposo. Il vantaggio è la presenza di cicatrici quasi impercettibili a discapito della capacità di modificare la forma del seno che tende ad apparire svuotato.

La scelta della tecnica da utilizzare è una decisione che spetta al chirurgo dopo aver discusso le opzioni con il paziente. Il chirurgo può anche decidere di convertire una tecnica in un'altra se lo ritiene necessario per la sicurezza del paziente.

ALTERNATIVE ALLA RIDUZIONE MAMMARIA

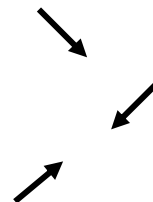
In alcuni casi una dieta appropriata, l'attività fisica, il mantenimento del peso corporeo ottimale possono contribuire alla diminuzione del volume del seno. Il controllo di alcune malattie o condizioni metaboliche ed ormonali pure condiziona il volume corporeo e mammario. Massaggi rassodanti e creme idratanti solo parzialmente agiscono sull'ipertrofia mammaria.

CICATRICI

Le cicatrici residue decorrono **intorno all'areola, verticalmente sino al solco sottomammario per una lunghezza variabile e nel solco sottomammario (queste possono debordare ai lati centralmente e lateralmente)**. A volte è possibile che le cicatrici siano solo periareolari (riduzione periareolare), oppure periareolari e verticali (riduzione verticale), ovvero periareolari, verticali e nella metà laterale del solco (riduzione a L). In alcune aree della ferita (intorno all'areola e in basso vicino al solco vi può essere una **deiscenza** (allargamento o ritardo di guarigione) dovuto alla tensione eccessiva. Per alcuni mesi le cicatrici sono visibili, ma migliorano nel tempo. Le cicatrici possono non essere esattamente nel solco sottomammario o simmetriche tra loro. 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.. Occasionalmente, se il paziente produce una cicatrizzazione eccessiva, possono essere rilevate (**cicatrice ipertrofica, keloidea**). Questa cicatrizzazione è rara nei pazienti caucasici (bianchi) e più frequente nei pazienti di colore. Le cicatrici possono essere **dure e dolorose**, specialmente nei primi sei mesi, ma anche **permanentemente**. Talvolta le cicatrici, da ciascun lato, non seguono gli

stessi tempi di guarigione. Alcuni pazienti possono richiedere una revisione chirurgica di cicatrice dopo alcuni mesi, in anestesia locale.

**CICATRICI
PERMANENTI
MASTOPLASTICA
RIDUTTIVA**



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 obbligatorio 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 riduttiva, il fumo di sigaretta è responsabile di ritardi di guarigione delle ferite che possono avere come conseguenza la riapertura delle stesse, l'infezione, la sofferenza vascolare dei tessuti, la **necrosi della cute e del capezzolo**, etc.. 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 opera di mastoplastica riduttiva 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. 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 spesso.

NECROSI

Uno degli eventi più drammatici legati a questo intervento è la **necrosi cutanea e/o del complesso areola capezzolo**. Questa è dovuta ad uno scarso apporto di sangue all'areola, in genere nei forti fumatori, che va incontro a morte; è possibile anche una necrosi della cute, specialmente nelle aree di tensione e spesso è correlata ad un concomitante episodio infettivo. **Nel caso di necrosi dell'areola o della cute ci si deve sottoporre prima a continue medicazioni e successivamente ad interventi di chirurgia ricostruttiva e tatuaggi per restituire un areola finta ed insensibile agli stimoli.**

INFEZIONI

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 medicazioni continue. **In alcuni pazienti l'infezione batterica può essere resistente alla terapia antibiotica.** 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. 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 E RETRAZIONE DEL CAPEZZOLO

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 mammaria a diversa altezza, etc.). 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, etc.) non sono sempre migliorate dalla mastoplastica riduttiva.** Seni diversi preoperatoriamente richiedono spesso cicatrici di diversa lunghezza. Un'asimmetria postoperatoria permanente di volume e forma del seno, lunghezza e posizione delle cicatrici, altezza e dimensione dell'areola e del capezzolo è possibile. **Non vi è garanzia per forma e volume finali. non vi è garanzia di risultato estetico ne simmetria dei due seni.**

Molto raramente l'intervento causa o peggiora una retrazione del capezzolo che appare più infossato all'interno del seno. Spesso il problema è temporaneo ma a volte può richiedere un intervento di revisione in anestesia locale.

EMATOMA

L'ematoma è una raccolta di sangue nella 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. **In rarissimi casi è possibile che la perdita ematica intra e perioperatoria determini la necessità di una trasfusione di sangue.** Il rischio di sanguinamento si riduce lentamente nell'arco 2-3 settimane con il processo di guarigione. Se il seno presenta un ematoma postoperatorio e questo viene evacuato chirurgicamente, sembra esservi un modesto irrigidimento del seno, il meccanismo di ciò non è ben compreso.

Sollevarsi 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 riduttiva. Molto dipende dalla soglia di sopportazione del paziente e dalla sensibilità individuale. Vengono 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 prima mattina.** Dolore permanente è possibile, sebbene raro, dopo la riduzione del seno ed è in genere molto difficile da trattare efficacemente. Si vuole qui sottolineare ancora che il seno che ha subito un intervento non è più in condizioni naturali.

ANESTESIA

L'anestesia generale comporta dei rischi che sono discussi con l'anestesista. Essi comprendono la trombosi venosa profonda, la tromboembolia, l'embolia polmonare, l'ipertermia maligna 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.. Nel caso della tecnica a innesto libero di areola e capezzolo, la sensibilità è totalmente e permanentemente compromessa.

ALLATTAMENTO

La capacità d'allattamento dopo l'intervento di riduzione del seno 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. Tutto quanto sopra può divenire un danno permanente e va accettato prima di procedere all'intervento. Nel caso della tecnica

di innesto libero di areola e capezzolo vi è la perdita permanente e completa della capacità di allattamento. Quanto sopra non rappresenta un errore medico.

INNESTO LIBERO DI COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO

Durante l'intervento chirurgico, per motivi legati alla vascolarizzazione cutanea, è possibile che si renda necessario posizionare il complesso areola capezzolo attraverso un innesto libero. In questo caso i tempi di guarigione saranno più lunghi e non vi sarà in alcun modo, nel postoperatorio e permanentemente negli anni successivi, alcuna sensibilità e capacità erettile del capezzolo, ne capacità di allattamento. Il chirurgo discute con il paziente le diverse opzioni chirurgiche preoperatoriamente; è tuttavia possibile che durante l'intervento sia costretto a cambiare il piano chirurgico, agendo nel migliore interesse del paziente.

DEPRESSIONE

La depressione è una condizione frequente e la chirurgia plastica non è un trattamento per essa, anzi un paziente depresso con seno grande rimarrà depresso anche con un seno ridotto, forse con un peggioramento della sua situazione emotiva. La chirurgia plastica per se 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 la riduzione del seno concorra all'insorgenza o alla progressione del cancro della mammella, tuttavia cambia la tecnica di eseguire la mammografia per ricercare masse tumorali. Sono richieste a volte anche altre indagini strumentali. Gli ultrasuoni, o la risonanza magnetica possono essere necessari per studiare il tessuto mammario ed evidenziano esiti cicatriziali dell'intervento eseguito. Spesso dopo una riduzione mammaria è possibile apprezzare palpatoriamente le cicatrici interne.

RISULTATI FINALI

Sono necessarie alcune settimane o mesi prima che il seno 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, col 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, e ad assumere una forma rotondeggiante. I pazienti devono essere consapevoli che ogni seno può guarire in modo e in tempi diversi dall'altro e che si può avere un'asimmetria di forma e di volume. Ad un certo livello la paziente potrebbe richiedere un intervento di correzione o 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 RIDUTTIVA MONOLATERALE/BILATERALE CON POSSIBILE INNESTO LIBERO DI AREOLA E CAPEZZOLO

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 _____