



# NOTA INFORMATIVA

## RICOSTRUZIONE MAMMARIA IMMEDITA/DIFFERITA ETEROLOGA ± ADEGUAMENTO CONTROLATERALE

---

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [ \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ ] ora: \_\_ / \_\_

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la  
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

**Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.**

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi  
fornisce le informazioni

-----

**Alla luce di tali premesse:**

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona<sup>1</sup>?

SI       NO

FIRMA DEL PAZIENTE

-----

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI       NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

---

<sup>1</sup> Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

# INFORMAZIONI RELATIVE ALLA

## RICOSTRUZIONE MAMMARIA ETEROLOGA

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l'uomo”.

Ogni intervento chirurgico ha, come esito, la presenza di una o più cicatrici.

La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni.

È quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo.

Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e dell'innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta.

Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più facilmente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica.

È bene tenere presente, inoltre, che qualsiasi procedura chirurgica - per quanto piccola e limitata possa essere ed eseguita su pazienti in buone condizioni generali - comporta sempre la non prevedibile possibilità di insorgenza di complicazioni generali il cui tipo e gravità sono anch'esse non prevedibili.

Statisticamente si può affermare che, per persone in buone condizioni generali i cui esami clinici non dimostrino alterazioni che possono aumentare il tasso di rischio, la possibilità di insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è pressoché teorica.

Le fotografie, infine, sono importanti in chirurgia plastica quale indispensabile elemento diagnostico. Esse potranno essere eseguite prima, durante e dopo l'intervento quale documentazione clinica. Le fotografie preoperatorie potranno essere utilizzate dal chirurgo per discutere l'intervento con i pazienti ed essere impiegate a scopo scientifico con assoluta garanzia dell'anonimato.

I materiali protesici ed i presidi medico-chirurgici impiantabili mantengono la loro integrità per un periodo di tempo non prevedibile, non dipendente dalla tecnica chirurgica impiegata né dal chirurgo operatore. Per tale motivo in ogni momento potrebbe essere necessaria una loro rimozione o sostituzione.

Gli atti operatori prevedono una capacità di adattamento dei tessuti coinvolti che è soggettiva e non completamente prevedibile. Per tale motivo potrebbe essere richiesto un ulteriore procedimento di rimodellamento in relazione alla risposta individuale.

Il chirurgo referente dell'operazione in oggetto resta a disposizione per la gestione delle possibili complicanze precoci e tardive derivanti dall'intervento chirurgico in questione, avvalendosi, qualora necessario, dell'ausilio di Consulenti Specialistici.

# RICOSTRUZIONE MAMMARIA ETEROLOGA

## 1. CHE COS' È?

La **ricostruzione mammaria eterologa** è una possibilità offerta alle pazienti contestualmente ad un intervento al seno per una patologia oncologica. Negli interventi di mastectomia il recupero della forma e del volume del seno avviene grazie alla ricostruzione. La mastectomia totale è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione della ghiandola mammaria, la cute sovrastante e il complesso areola e capezzolo. La mastectomia "nipple sparing" e "skin sparing" (eseguibili in casi selezionati) prevedono, rispettivamente, l'asportazione della ghiandola mammaria con la conservazione della cute sovrastante dell'areola e del capezzolo, e l'asportazione della ghiandola mammaria e del complesso areola capezzolo, con la conservazione della cute sovrastante. Per completezza di trattamento in alcuni casi viene associata una radioterapia erogata sui tessuti rimanenti contestualmente all'intervento o entro pochi giorni. 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.

## 2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA ETEROLOGA?

**Disegni e misurazioni** sono parte integrante ed essenziale in preparazione all'intervento. Si eseguono prima dell'anestesia a paziente in posizione eretta; rappresentano una guida per le incisioni durante l'operazione quando la paziente è in posizione supina.

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.

Esistono diverse tecniche chirurgiche adatte alla realizzazione di una ricostruzione che possono essere effettuate sia contestualmente all'intervento demolitivo di mastectomia (**ricostruzione immediata**) che a distanza di tempo (**ricostruzione differita**). È bene precisare che la ricostruzione può avvenire con l'uso di **materiali eterologhi** (impianti mammari: espansori

temporanei, espansori a permanenza, protesi) o **tessuti autologhi** (lembi muscolo-cutanei, dermo-adiposi o fascio-cutanei) o con l'**associazione** delle due metodiche (materiale eterologo e tessuto autologo).

La ricostruzione con l'utilizzo di impianti mammari viene eseguita in un **tempo unico** (quando i lembi cutanei della mastectomia sono in buone condizioni ed i muscoli presenti validi e normotrofici, per cui è possibile l'inserimento diretto di un impianto protesico definitivo sottocutaneo o al di sotto della loggia sottomuscolare) **due tempi** (quando è necessario l'iniziale posizionamento di un espansore temporaneo, da sostituire con una protesi definitiva in un successivo intervento).

Gli **espansori tissutali temporanei** sono impianti aventi lo scopo di sviluppare un tessuto sufficiente a ricostruire la regione interessata mediante rifornimenti progressivi di soluzione fisiologica in regime ambulatoriale: la valvola che permette di gonfiare l'espansore è integrata nella protesi stessa o a distanza, ossia collegata mediante un piccolo tubicino di silicone.

Il secondo tempo chirurgico è quindi necessario e prevederà la sostituzione dell'espansore con protesi definitive costituite da un elastomero di silicone riempito con gel di silicone e l'eventuale simmetrizzazione della mammella controlaterale.

Le **protesi mammarie definitive** non hanno al loro interno la valvola e sono riempite di gel di silicone, sono da considerarsi paritetiche ad ogni altro bio-materiale impiantato all'interno del corpo umano e per tale ragione, in occasione di procedure chirurgiche o eventi traumatici, anche in distretti anatomici diversi da quello oggetto del trattamento attuale, necessitano di una terapia antibiotica profilattica da concordare con il medico curante. In casi selezionati possono essere utilizzate delle protesi in gel di silicone rivestite in schiuma di poliuretano.

Nei casi di mastectomia con conservazione del complesso areola-capezzolo è possibile avere complicanze come la *perdita di sensibilità del capezzolo*, altra complicanza è la *necrosi del complesso areola-capezzolo*, parziale o totale. La *sofferenza cutanea dei lembi di mastectomia* è altresì una complicanza possibile soprattutto in presenza di cicatrici preesistenti da altri interventi chirurgici sulla regione mammaria.

In caso di mammella molto grandi e ptosiche, potrà essere necessario associare una procedura di *mastopessi* che esiterà in una cicatrice a T invertita (circumareolare, verticale dall'areola al solco ed orizzontale in caso di conservazione del complesso areola-capezzolo, verticale ed orizzontale in caso mastectomia radicale). In questi casi la sofferenza della cute è più frequente e potrebbe richiedere medicazioni o revisioni in sala operatoria a seconda dell'estensione. Ulteriori cicatrici potranno essere presenti a seconda della localizzazione del tumore e delle necessità oncologiche di asportare la cute sovrastante la neoplasia o per necessità legate a fornire una adeguata copertura cutanea del dispositivo.

Gli espansori cutanei necessitano di una terapia antibiotica profilattica da concordare con il medico curante. Sarà cura del paziente preavvisare di essere portatore di impianto protesico e del curante stabilire la profilassi più appropriata al caso, anche per cure odontoiatriche.

In casi selezionati (mastectomia sottocutanea con conservazione della cute), durante il tempo ricostruttivo, può essere posizionata, in aggiunta alla protesi definitiva o all'espansore, una **rete** disponibile in commercio di diversi tipi e materiali biologica o sintetica (TIGR MATRIX SURGICAL MESH Copolimero di Glicolide, acido lattico e Trimetilene Carbonato (TMC) o Tiloop BRA® polipropilene titanizzato o Equity Equine pericardium matrix derivato dal pericardio equino o XCM Biologic™ derivato dal derma porcino, dal quale viene estratta una matrice 3D collagenosa extra

*cellulare*) anch'essa definibile come "corpo estraneo" che verrà ancorata alla loggia muscolare andando a coprire interamente il dispositivo.

Nei casi in cui la perdita di sostanza o la condizione dei tessuti derivanti dalla mastectomia non consentirà la chiusura per prima intenzione potrà essere necessaria, in associazione od in sostituzione dell'espansore o della protesi, la mobilitazione di **lembi** muscolo-cutanei, dermo-adiposi o fascio-cutanei a colmare la perdita di sostanza con cicatrici in altre aree del corpo (più frequentemente torace, addome o dorso). Possono comunque verificarsi altre complicanze minori o che per la loro inusualità non sono prevedibili.

La **mammella controlaterale** quando *ipertrofica* o *ptosica* necessita di un intervento di **simmetrizzazione** mediante *riduzione mammaria* o *mastopessi*. L'intervento di riduzione mammaria è un intervento predisposto al fine di migliorare l'aspetto di mammelle voluminose mediante la riduzione del loro volume od il loro rimodellamento. L'intervento produce inoltre la riduzione di sintomi quali dolore, senso di fastidio alle mammelle, alle spalle, al collo, ed alla porzione alta della colonna vertebrale in caso di mammelle voluminose. Talvolta può essere necessario, nonostante la riduzione del volume, inserire una protesi al fine di simmetrizzare il polo superiore della mammella sana rispetto a quella ricostruita. L'intervento di mastopessi è predisposto al miglioramento dell'aspetto di mammelle pendule, mediante l'asportazione della cute in eccesso, il rimodellamento della ghiandola ed il riposizionamento del complesso areola-capezzolo. Secondo le necessità del rimodellamento e la tecnica impiegata si può avere solo una cicatrice circumareolare oppure in associazione una cicatrice verticale o, se necessario, anche una cicatrice nel solco sottomammario; di quest'ultima può essere prevista approssimativamente la lunghezza in fase preoperatoria. Non vi sono cicatrici al di sopra dell'areola nel quadrante superiore della mammella.

Nei casi in cui la mammella sana sia di piccole dimensioni (*ipoplasica*) ma non pendula sarà necessario eseguire un intervento di *mastoplastica additiva* la cui cicatrice a seconda dei casi sarà posizionata a livello del solco sottomammario o periareolare inferiore con l'inserimento di protesi rotonde od anatomiche retroghiandolari o sottomuscolofasciali.

Se ritenuto opportuno, al termine dell'intervento viene inserito un drenaggio per lato che esce più frequentemente dalla pelle in corrispondenza dell'ascella. Viene realizzata infine una medicazione e frequentemente vengono applicati un reggisenò contenitivo e una fascia post-mastoplastica additiva.

Non vi è alcuna evidenza che l'intervento di ricostruzione mammaria mediante protesi, abbia una qualsiasi influenza nel determinarsi del cancro della mammella o di malattie autoimmunitarie. La paziente dovrà comunque sottoporsi periodicamente ai controlli mammografici e/o ecografici previsti dai programmi di prevenzione del cancro della mammella. 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.

L'intervento si esegue in regime di ricovero ordinario, generalmente richiede uno o due giorni di ospedalizzazione e dura circa 2-4 ore. La scelta del tipo di **anestesia** dipende dal singolo caso clinico e dalla tecnica prescelta. Può essere eseguito in anestesia generale, oppure in anestesia loco-regionale, associata o meno a sedazione, che verrà praticata da un medico specialista in Anestesia e Rianimazione con il quale avrà luogo uno specifico colloquio.

### 3. QUALI SONO I BENEFICI?

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.

### 4. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

L'intervento non deve essere eseguito in pazienti in gravidanza o in allattamento ed è preferibile, anche se non in tutti i casi obbligatorio, evitare l'epoca coincidente con le mestruazioni.

Nei giorni immediatamente antecedenti l'intervento chirurgico è consigliabile evitare contatti con persone con raffreddore o altre malattie infettive.

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

L'ecografia e/o la mammografia pre-operatorie hanno il duplice scopo di accertare l'eventuale presenza di tumori mammari o patologie mammarie degne di nota, altrimenti non evidenziabili, e di ottenere un'indicazione di base utile per un possibile confronto con futuri esami diagnostici che verranno eseguiti negli anni successivi all'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 per diminuire i rischi di tromboembolia dovrà essere sospesa la terapia ormonale estroprogestinica ("pillola anticoncezionale"), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone. La presenza di eventuali dispositivi intrauterini dovrà essere tempestivamente comunicata al Chirurgo.

Va evitata l'assunzione di medicinali contenenti antiaggreganti (quali l'acido acetilsalicilico) per due settimane prima e due settimane dopo l'intervento in quanto il loro utilizzo è associato ad un aumentato rischio di sanguinamento, pertanto di complicanze. Deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e, comunque, il proseguimento di tali terapie deve essere concordata con il Medico Curante, che fornirà indicazioni specifiche ai pazienti secondo la "Procedura aziendale sugli antiaggreganti e anticoagulanti".

Per quanto riguarda terapie farmacologiche differenti dalle sopra-menzionate il Medico Referente valuterà caso per caso eventuali sospensioni.

Si prescrive l'abolizione o la forte riduzione del fumo (meno di cinque sigarette al giorno) per almeno un mese prima e un mese dopo l'intervento, avendo lo stesso influenze decisamente negative sul buon esito dell'intervento. Alcuni studi hanno dimostrato che l'incidenza delle complicanze è dieci volte superiore nei pazienti fumatori rispetto ai non fumatori. Se il fumo viene

eliminato secondo le indicazioni fornite si arriva ad un'incidenza di complicanze pari a quella dei non fumatori.

Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario eseguire una doccia e indossare biancheria intima pulita e abiti comodi al fine di ridurre il rischio di infezioni pre-operatorie. Deve essere asportato lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi e si consiglia di evitare qualsiasi tipo di make-up al viso il giorno dell'intervento. Il giorno dell'intervento deve essere effettuata un'accurata igiene personale e la depilazione delle ascelle.

La paziente dovrà giungere al ricovero dotato degli indumenti elasto-compressivi consigliati in sede di visita pre-operatoria dal Chirurgo (calze elasto-compressive, reggiseno post-operatorio con spilline regolabili e apertura anteriore). Per una migliore gestione peri-operatoria è consigliabile indossare indumenti con maniche comode e completamente apribili sul davanti e calzature senza tacchi.

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande, ivi compresa l'acqua.

Cosa lasciare a casa: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

Cosa portare con sé: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; impegnativa per l'intervento; eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i farmaci personali.

## **5. DURATA DELLA PROCEDURA**

L'inserimento dell'espansore/protesi mammaria ha una durata di circa 30-90 minuti per lato. La sua sostituzione con una protesi definitiva dura circa 60-90 minuti per lato 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. A tale tempo intra-operatorio vanno aggiunti i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento), il tempo di monitoraggio nell'immediato post-operatorio (dopo l'intervento), più il tempo di trasporto dal blocco operatorio al reparto. In generale tra la discesa in sala e la risalita in camera trascorrono circa 4-6 ore.

## **6. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA**

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito un certo dolore in corrispondenza della regione mammaria, generalmente controllabile dai comuni analgesici, che regredirà nel giro di pochi giorni. L'edema (gonfiore) è presente in modesto grado: inizia a diminuire il terzo e quarto giorno dopo l'intervento e può persistere per settimane o anche mesi.

In caso siano stati posizionati, i drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi dopo 12-48 ore, o con tempistica variabile in base all'andamento post-operatorio (di norma quando la quantità di liquido drenato nelle 24 ore è inferiore ai 30-40cc per almeno 2 giorni).

La medicazione compressiva applicata in sala operatoria viene di norma sostituita dal Chirurgo prima della dimissione e sostituita con l'indumento compressivo prescritto dal Chirurgo che dovrà essere utilizzato giorno e notte per circa 2-3 mesi nel post-operatorio. Può rendersi necessario l'utilizzo ulteriore di una fascia elastica contenitiva che ha il ruolo di facilitare la stabilizzazione nella giusta posizione dei dispositivi protesici. L'indumento compressivo è indispensabile al fine di mantenere la sospensione post-operatoria dei tessuti, ridurre la tensione sulle cicatrici, l'edema post-operatorio e il rischio di sovra-infezione delle ferite chirurgiche.

Un rialzo termico è spesso rilevato nei primi giorni post-operatori; non è necessariamente segno d'infezione, ma deve essere tempestivamente segnalato al Chirurgo.

Per alcuni giorni dopo l'intervento è opportuna l'assunzione della terapia antibiotica e della terapia post-operatoria prescritte in Lettera di dimissione.

Per i primi 3-4 giorni post-operatori è raccomandato il riposo, con particolare attenzione a non utilizzare i muscoli pettorali (ad esempio, non alzare le braccia sopra la testa, 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.

Alla dimissione seguiranno controlli post-operatori ad intervalli generalmente pre-determinati (una settimana, due settimane, un mese dall'intervento). In caso siano stati posizionati, i punti cutanei esterni verranno rimossi 10-20 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.

È consigliabile riposare quanto più possibile nella prima settimana per incrementare gradualmente l'attività nella seconda e terza settimana postoperatoria con attenzione a limitare gli sforzi e i sollevamenti delle braccia.

Per le prime due settimane dovrà essere evitata la guida di veicoli e dovrà astenersi dall'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

Dopo la rimozione dei punti potrà riprendere l'attività lavorativa. Se l'attività lavorativa richiederà un sollevamento di pesi o comunque lavori faticosi, potrà essere necessario un periodo di riposo più prolungato.

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 "automassaggio" delle mammelle, per diminuire i rischi di retrazione della capsula periprotetica. Per attività sportive intense il periodo di astensione può raggiungere le 6 settimane.

Si raccomanda di segnalare l'avvenuta esecuzione dell'intervento di ricostruzione mammaria all'atto delle successive indagini diagnostiche senologiche (visita, ecografia, mammografia, risonanza magnetica nucleare). Si ricorda l'importanza di conservare e di esibire ad ogni visita di controllo il documento identificativo delle protesi.

## **7. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Certamente eseguire la ricostruzione durante l'intervento di mastectomia ha enormi vantaggi: permette di risparmiare il trauma della mutilazione, di subire meno operazioni chirurgiche, di avere migliori risultati e cicatrici meno visibili. Ci sono diversi svantaggi e problemi che possono verificarsi con la ricostruzione del seno che devi tenere in considerazione prima di prendere una decisione:

- Non tutte le procedure di ricostruzione mammaria sono un completo successo e il risultato potrebbe non essere quello che ti aspettavi.
- Un seno ricostruito non avrà la stessa sensibilità della mammella naturale.
- Per ottenere la simmetria tra il seno ricostruito e quello sano: possono rendersi necessari la riduzione o l'ingrandimento di quest'ultimo, e re-interventi migliorativi.

## 8. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI

### PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni generali. Certamente la somministrazione di farmaci di qualsiasi genere può produrre risultati gravi e imprevedibili. Tutte le precauzioni sono prese per prevenire tali situazioni e trattarle opportunamente in modo da evitare prontamente qualsiasi conseguenza, qualora dovesse accadere.

Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici preoperatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara. Tali complicanze, possibili in ogni soggetto sottoposto ad intervento chirurgico, sono statisticamente più frequenti nei soggetti fumatori, diabetici, obesi, ipertesi, aterosclerotici ma possibili anche in soggetti giovani in caso di grandi rimodellamenti.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico, la ricostruzione mammaria eterologa può dare luogo a complicazioni sia anestesilogiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche.

Fra le complicazioni di carattere **generale** sono da ricordare:

- **Emorragia:** un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante (emorragia) può richiedere un reintervento chirurgico.
- **Ematoma:** la formazione di ematomi può verificarsi nei primi giorni dopo l'intervento. Si manifesta con repentini aumenti di volume 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 raccolta di sangue e controllare eventuali sanguinamenti in atto.
- **Sieroma:** 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.
- **Infezione:** le infezioni sono rare e generalmente ben controllate da medicazioni locali ed antibiotico-terapia. In caso di mancata responsività alla terapia antibiotica può rendersi necessaria la rimozione della protesi e l'attesa di alcuni mesi prima del loro reinserimento.
- **Deiscenza delle ferite:** la riapertura spontanea della ferita (deiscenza) può avvenire in particolare all'incrocio delle suture, in zone di aumentata tensione ed è più frequente nelle Pazienti diabetiche e fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura. Nei casi gravi può comportare l'esposizione della protesi.
- **Tromboembolia:** le flebiti e le tromboembolie sono assai rare dopo intervento ricostruzione mammaria, ma presentano un'incidenza statisticamente maggiore nelle pazienti ex obese o con BMI > 30 e nelle fumatrici. In assenza di controindicazioni specifiche, viene di norma essere eseguita, qualora il Chirurgo lo riterrà opportuno, una terapia per la prevenzione della tromboembolia di tipo meccanico (calze antitrombo) intra e post-operatoria associata ad una terapia farmacologica (farmaci anticoagulanti) post-operatoria da protrarre per almeno 7 giorni post-operatori. In presenza di fattori di rischio specifici o condizioni morbose concomitanti, può essere necessario associare una terapia

profilattica antitrombotica farmacologica pre-operatoria o prolungare la terapia anticoagulante post operatoria.

Fra le complicazioni di carattere **specifico** sono da menzionare:

- **Necrosi cutanee e del complesso areola-capezzolo:** 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.
- **Retrazione della capsula periprotetica (contrattura capsulare):** in una certa percentuale di casi (circa il 20% dai dati di letteratura), in genere alcuni mesi dopo l'intervento, più raramente 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 ruvida ("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.
- **Rottura della protesi:** 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. La rottura del dispositivo protesico può causare appiattimento del seno, perdita di consistenza dello stesso, rilievo di massa palpabile ed iperestesia, pertanto, il rilievo di variazioni della forma o della consistenza della mammella dovrà indurre la Paziente a consultare il Chirurgo. È possibile che il gel rimanga all'interno della capsula tissutale vicino all'impianto (rottura *intra-capsulare*), oppure migri all'interno del seno, nei linfonodi ascellari ed in altre parti del corpo (rottura *extra-capsulare*). Qualora il sospetto di rottura venga confermato dall'esame ecografico e/o dalla risonanza magnetica nucleare, sarà necessario ricorrere ad un intervento chirurgico per la rimozione dell'impianto, con sua eventuale sostituzione, e della massa di gel, sebbene la rimozione completa del gel non sia sempre possibile. Gli effetti biologici a vita del silicone sono oggetto di costante studio da parte degli scienziati.
- **Dislocazione della protesi:** 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.

- **Rotazione della protesi:** non crea generalmente particolari problemi in caso di protesi di forma rotonda, mentre può essere visibile in caso di protesi anatomiche e richiedere in tale eventualità un intervento correttivo.
- **Pliche e pieghe:** sulla superficie dell'impianto possono formarsi pliche che potrebbero a loro volta diventare visibili sulla superficie della pelle a seconda di come l'impianto è posizionato e del punto in cui si sono formate pliche sulla superficie dell'impianto. Pliche di grandi dimensioni o pieghe possono irritare o danneggiare i tessuti circostanti. Le pieghe possono anche cedere e provocare la conseguente rottura e deflazione (riduzione di volume) dell'impianto.
- **Esposizione della protesi:** 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.
- **Alterazione della sensibilità cutanea:** 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.
- **Calcificazione:** in alcuni casi rari, è possibile che si formino dei depositi di calcio nei tessuti adiacenti l'impianto. Ciò può causare indurimento e dolore. Questo tipo di deposito potrebbe in alcuni casi rassomigliare a quello associato ad un carcinoma mammario precoce.
- **Insoddisfazione per i risultati estetici:** tale insoddisfazione può essere causata da deformità cicatriziali, dislocazione dell'impianto, migrazione, dimensioni inadeguate, asimmetria, forma non rispondente alle attese, palpabilità dell'impianto, ptosi e sensazione di sciacquo negli impianti salini.
- **Rimozione:** gli impianti mammari non devono essere considerati dei dispositivi a vita; interventi chirurgici correttivi, espianto e sostituzione inclusi, possono essere necessari in qualsiasi momento. Il trattamento chirurgico di qualunque delle sopraccitate complicanze potrebbe includere l'espianto.
- **Cicatrici:** inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee permanenti. 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). 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.
- **Linfoma a cellule anaplastiche:** in letteratura sono stati descritti rari casi di comparsa di linfoma a cellule anaplastiche in pazienti portatrici di protesi mammarie. È attualmente in corso di studio a livello mondiale la correlazione tra protesi mammarie e linfomi. Informazioni più dettagliate vengono fornite in una nota informativa dedicata.

**Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.**

## 9. DOLORE POST-PROCEDURA

Nel postoperatorio, quando diminuisce l'effetto dell'anestesia, comincerà ad avvertire dolenzia, senso di peso o di bruciore. Queste sensazioni sono molto soggettive. Il dolore è di norma controllabile con i comuni analgesici: verrà trattato in tutto il percorso perioperatorio con terapia

adeguata secondo le indicazioni date dal medico. Il paziente deve riferire esattamente al medico se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia verrà rivista.

Dovrà essere evitato l'uso di farmaci contenenti acido acetilsalicilico che potrebbero provocare sanguinamenti e quindi la formazione di ematomi.

## **10. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI**

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.

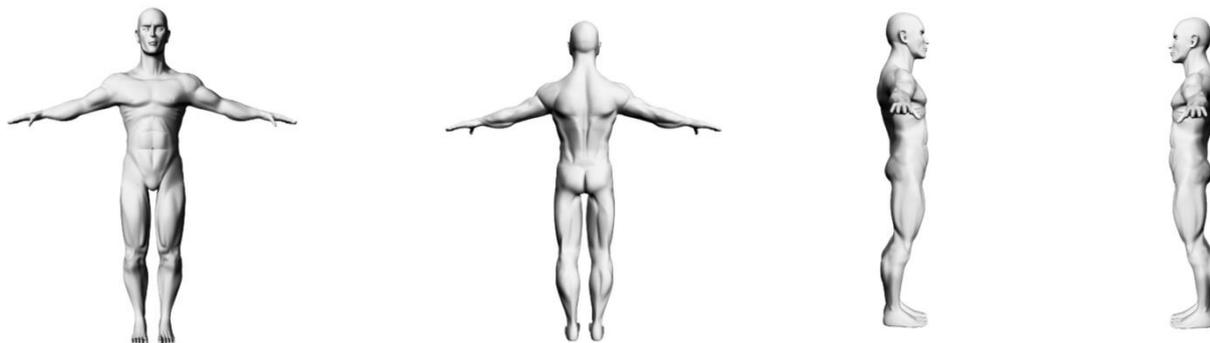
## **11. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE**

Il paziente che notasse anomalie a livello della ferita chirurgica o della regione operata o segni e sintomi generali (febbre, ad esempio) deve ricorrere al medico di famiglia ed eventualmente all'equipe chirurgica che aveva eseguito l'intervento o al Pronto soccorso.

## **12. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO**

Alcuni pazienti decidono di non essere pronti per la ricostruzione per molte ragioni. Oppure decidono di non sottoporsi alla ricostruzione mammaria per non fare più interventi chirurgici. Molti possono scegliere di indossare una protesi mammaria esterna (un dispositivo di silicone per sostituire il seno grazie ad un reggiseno apposito). Ciò consente una migliore vestibilità nell'abbigliamento e riduce la sensazione di sbilanciamento che può dare un seno mancante soprattutto se molto voluminoso. Si può anche decidere di effettuare la ricostruzione mammaria a distanza di anni.

### 13. INDICARE CON UNA X IL PUNTO DEL CORPO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



### 14. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

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 fare in modo che la paziente non ricordi gli interventi ogniqualvolta si guarda allo specchio. Spesso ciò si realizza solo con un "ritocco" anche a carico della mammella controlaterale.

#### Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) *Dopo l'operazione posso guidare per tornare a casa?*

2.) *Dopo quanti giorni posso tornare al lavoro?*

3.) \_\_\_\_\_

-----

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto, è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

## GLOSSARIO (PAROLE CHIAVE)

- **Protesi:** 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. 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 supposta minore incidenza della contrattura capsulare periprotetica. 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 fundamentalmente 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.
- **Contrattura capsulare:** naturale reazione del corpo che tende a creare una barriera protettiva, un vero e proprio involucro (la cosiddetta capsula periprotetica) che riveste la protesi mammaria, stabilizzandola e isolandola dal resto del corpo. In alcuni casi questo fenomeno fisiologico avviene in maniera aberrante con la formazione di una capsula eccessivamente fibrotica e contratta.
- **Rottura della protesi intracapsulare:** perdita di continuità della membrana protesica, con successivo stravasamento di gel di silicone non oltre la capsula fibrosa periprotetica.
- **Rottura della protesi extracapsulare:** perdita di continuità della membrana protesica, con successivo stravasamento di gel di silicone oltre la capsula fibrosa periprotetica.

## EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI  
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

## RIPRESA DELL'ATTIVITÀ FISICA

Il giorno dopo l'intervento è possibile alzarsi. 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.

Dopo la prima settimana potranno gradualmente riprendere le normali attività. Si potranno riprendere le attività leggere dopo circa 10 giorni, e la normale attività lavorativa dopo 2-4 settimane, in funzione dell'andamento del post-operatorio e dell'impegno fisico richiesto dal lavoro. La **guida** dell'automobile potrà essere consentita dopo 2 settimane e così l'attività sessuale (entro limiti ragionevoli). Potranno essere riprese le **attività sportive** dopo 2 settimane per quanto concerne lo jogging, danza, joga, mentre per gli sport più intensi (sci, tennis, calcio, pallacanestro, vela, nuoto, pesca subacquea) sarà preferibile attendere per lo meno 4 settimane.

È assolutamente consigliata l'astensione dal fumo per almeno un mese: il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite e i colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

Per lo stesso periodo è consigliabile evitare l'esposizione diretta al sole, a lampade abbronzanti e ad eccessive fonti di calore (ad esempio, sauna).

È obbligatorio indossare notte e giorno reggiseno elasto-compressivo e/o fascia post-mastoplastica additiva per almeno 2-3 mesi post-operatori.

## LE FOTOGRAFIE (MODULO POL72)

Le fotografie, infine, sono importanti in chirurgia plastica quale indispensabile elemento diagnostico. Esse potranno essere eseguite prima, durante e dopo l'intervento quale documentazione clinica.

Le fotografie preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie potranno essere utilizzate dal chirurgo per discutere l'intervento con i pazienti ed essere impiegate a scopo scientifico e/o divulgativo con assoluta garanzia dell'anonimato.

Per adempiere a tale funzione le verrà fatto compilare il Modulo POL72 relativo all'utilizzo delle immagini fotografiche.

## RICEVUTA DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.**

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate<sup>2</sup>.

Ora \_\_:\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

<sup>2</sup> Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliere le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.