

## NOTA INFORMATIVA

### 2° TEMPO RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON MOBILIZZAZIONE DI LEMBO MUSCOLOCUTANEO DI MUSCOLO TRASVERSO DELL'ADDOME

---

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>?

☐ SÌ      ☐ 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?

☐ SÌ      ☐ 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 AL**

## **II TEMPO RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON**

### **MOBILIZZAZIONE DI LEMBO MUSCOLOCUTANEO DI**

#### **MUSCOLO TRASVERSO DELL'ADDOME**

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.

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.

## 2° TEMPO RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON MOBILIZZAZIONE DI LEMBO MUSCOLOCUTANEO DI MUSCOLO TRASVERSO DELL'ADDOME

### 1. CHE COS' È?

L'intervento consiste in una revisione di un precedente intervento di ricostruzione mammaria mediante la mobilizzazione del tessuto muscolare, adiposo e cutaneo di tutta l'area addominale sotto-ombelicale e nel suo trasferimento in sede mammaria. Ci si riferisce a tale lembo con l'acronimo inglese TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap).

La vascolarizzazione del lembo è assicurata da vasi perforanti che raggiungono la superficie attraverso il muscolo retto dell'addome, che funge quindi da vettore.

È indicato qualora non vi siano le condizioni per una ricostruzione mammaria eterologa (con dispositivi protesici) e/o la paziente non necessita di una modifica sostanziale delle dimensioni del seno. È controindicato in pazienti molto magre o obese, e in pazienti sottoposte in precedenza ad interventi addominali che possono aver compromesso la vascolarizzazione della parete addominale.

### 2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI II TEMPO RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON MOBILIZZAZIONE DI LEMBO MUSCOLOCUTANEO DI MUSCOLO TRASVERSO DELL'ADDOME?

**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.

Esistono due versioni di questo lembo: la versione *microvascolare* e la versione *peduncolata*.

Nella *versione peduncolata* il muscolo retto viene sezionato nella parte bassa dell'addome, mantenendolo unito al tessuto addominale e sollevato fino al margine dell'arcata costale. Il lembo viene, quindi, portato in sede mammaria facendolo passare sotto i tessuti sovra ombelicali e toracici. In questo caso, la vascolarizzazione è garantita dai vasi epigastrici superiori, continuazione dei vasi mammari interni. Questi vasi sanguigni non vengono interrotti durante l'intervento. L'intervento comporta un indebolimento della parete addominale, e si associa a rischio di necrosi del lembo e di comparsa di ernie addominali.

Nella *versione microvascolare*, anziché sollevare tutto il muscolo retto addominale, solo un piccolo frammento di esso viene prelevato ed in particolare solo quella piccola porzione attraverso la quale transitano i vasi perforanti (responsabili della sopravvivenza dl lembo). Il danno alla parete addominale è pertanto in tal caso limitato. In questo caso il lembo verrà completamente autonomizzato e trasferito nell'area ricevente. In questa sede il peduncolo vascolare del lembo

verrà anastomizzato (collegato) con i vasi preparati nell'area ricevente. Per esporre questi ultimi, essendo essi localizzati lateralmente allo sterno, spesso è necessario rimuovere un piccolo tratto di costa. Le anastomosi vengono effettuate al microscopio operatorio e riguardano i vasi nutritizi del trapianto: un'arteria e una o due vene comitanti (ossia le vene che accompagnano l'arteria nel suo decorso). In caso di problematiche di riscontro intraoperatorio, potrebbe rendersi necessario l'utilizzo di innesti o ponti vascolari, utilizzando la vena cefalica, la giugulare esterna omolaterale o la vena grande safena. In questi rari casi, sarà necessario effettuare ulteriori cicatrici rispettivamente a livello della superficie anteriore del braccio, della superficie laterale del collo o della superficie interna della gamba per il prelievo dei suddetti vasi. Successivamente alla rivascularizzazione del trapianto, si procede al suo modellamento per mimare quanto più possibile la forma e l'aspetto della mammella controlaterale.

In entrambi le versioni si procede, al termine dell'intervento, alla riparazione della regione addominale avanzando il tessuto sovra-ombelicale verso il basso e unendolo al margine inferiore. Internamente la fascia muscolare interrotta viene riparata con delle suture. La chiusura dell'area donatrice avviene per prima intenzione (con punti di sutura) secondo il pattern dell'addominoplastica convenzionale (cicatrice sovrapubica trasversale prolungata bilateralmente verso i fianchi). Anche l'ombelico viene coinvolto nel rimodellamento dell'addome e, pur mantenendo la propria posizione originaria, viene temporaneamente inciso e per questo residua una cicatrice circolare lungo la sua circonferenza.

Se ritenuto opportuno, al termine dell'intervento vengono inseriti uno o più drenaggi, sia a livello del sito precedente che di quello donatore.

Nei casi di ricostruzione monolaterale, l'ottenimento di un buon grado di simmetria tra le due mammelle può necessitare di ulteriori procedure a carico della **mammella controlaterale**, quali una *mastoplastica riduttiva*, una *mastopessi* o (raramente) una *mastoplastica additiva* (si vedano le note informative dedicate). Ciascuna di queste procedure prevede necessariamente la realizzazione di ulteriori incisioni, con conseguenti cicatrici, più o meno estese a seconda dell'intervento e del singolo caso.

A giudizio del chirurgo, tale adeguamento può essere eseguito *contestualmente* alla ricostruzione autologa o in un *secondo momento*, a stabilizzazione avvenuta del risultato della ricostruzione.

Sempre a giudizio del chirurgo, anche qualora sia stato programmato un adeguamento contestuale, questo può essere differito e riprogrammato in un secondo momento.

Viene realizzata infine una medicazione compressiva e frequentemente vengono applicato un reggiseno contenitivo e/o una pancera o guaina compressiva addominale.

L'intervento si esegue in regime di ricovero ordinario, generalmente richiede in media cinque giorni di ospedalizzazione. Ha una durata variabile dalle 5 alle 8 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.

Al termine dell'intervento, specialmente in caso di ricostruzione con lembo microvascolare, per un più completo monitoraggio, la Paziente può essere trasferita in Terapia Intensiva dove rimarrà per la 24-48 ore, rientrando in reparto il giorno successivo.

### 3. QUALI SONO I BENEFICI?

La ricostruzione mammaria autologa consente l'ottenimento di una mammella formata solo da tessuti propri, evitando l'utilizzo di protesi, soggette a deterioramento ed usura, il che permette di ottenere una mammella di aspetto e consistenza naturale, che subisce nel tempo le stesse modifiche della mammella controlaterale.

In pazienti sottoposte a radioterapia l'intervento offre l'opportunità, di sostituire il tessuto affetto da danno attinico (danno da radioterapia) con tessuto sano ed evitare complicazioni legate al posizionamento di impianti protesici in corrispondenza dei tessuti danneggiati. Il posizionamento di impianti protesici in corrispondenza di tessuti danneggiati da danno attinico espone ad un maggior rischio di esposizione dell'impianto.

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-operatoria 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.

Sarà visionata o organizzata al ricovero una Tomografia Computerizzata (TC) con mezzo di contrasto del sito donatore con lo scopo di studiare pre-operatoriamente la vascolarizzazione del lembo da mobilizzare.

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 complicate. 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 e della regione inguino-pubica.

La paziente dovrà giungere al ricovero dotata degli indumenti elasto-compressivi consigliati in sede di visita pre-operatoria dal Chirurgo (calze elasto-compressive, reggiseno post-operatorio con spalline regolabili e apertura anteriore e guaina o pancera addominale). 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'intervento può durare da 5 a 8 ore (nei casi più complessi caratterizzati da variabilità vascolare, nei casi in cui si proceda con autonomizzazione del lembo). 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 8-10 ore.

Potrebbe essere necessario, in caso di lunga durata dell'intervento, il monitoraggio postoperatorio in Terapia Intensiva per le prime 24-48 ore dopo l'intervento.

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

La paziente permarrà a letto per 48-72 ore successive all'intervento chirurgico. Successivamente inizierà una graduale mobilitazione. Nelle prime 24-48 ore verranno inoltre suggeriti appositi esercizi di respirazione.

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito un certo dolore sia in corrispondenza della regione di prelievo del lembo che della regione ricevente, 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). Può essere necessario mantenere in sede alcuni o tutti i tubi di drenaggio anche dopo la dimissione; in tal caso, potranno essere rimossi nel corso delle successive medicazioni ambulatoriali.

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. 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 forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi). A letto è bene riposare con il busto orizzontale.

Dovrà inoltre essere evitato il fumo: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

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"). 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).

La mammella ricostruita potrà essere inizialmente di forma, volume e dimensioni differenti rispetto alla controlaterale e potrà essere necessario un secondo intervento, di minore entità, eseguito dopo alcuni mesi dal primo, per un modellamento al fine di migliorare la simmetria.

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

I principali vantaggi della ricostruzione mediante propri tessuti sono l'assenza di complicazioni dovute all'usura e presenza dei dispositivi protesici, e un risultato naturale e duraturo nel tempo.

Gli svantaggi principali sono rappresentati dalla durata e dalla complessità dell'intervento di ricostruzione autologa e dalla possibilità di mancato ripristino del circolo anastomotico.

## 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:

- **Sanguinamento**: un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Può verificarsi solitamente entro le prime 24-48 ore. In caso di sanguinamento abbondante, può essere necessario ricorrere a delle emotrasfusioni. In rari casi, si può rendere necessario un re-intervento in sala operatoria a finalità emostatica o di drenaggio dell'eventuale ematoma formatosi. Se di entità importante (**emorragia**) può richiedere un re-intervento 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". Possono insorgere sia a carico del sito donatore che del sito ricevente. Possono associarsi ad infezioni, deiscenza delle ferite chirurgiche, necrosi parziale o totale del lembo. 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. Può richiedere un prolungamento o una rimodulazione della terapia antibiotica, oltre che un'intensificazione dei controlli ambulatoriali.
- **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.
- **Tromboembolia**: le flebiti e le tromboembolie, come accade in tutti gli interventi in anestesia generale di lunga durata caratterizzati da una prolungata immobilizzazione a

letto, nonostante la profilassi, sono possibili e non trascurabili complicanze di interventi di ricostruzione mammaria autologa. 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 del lembo:** è la complicanza più grave e può avvenire entro la prima settimana dell'intervento. È importante un attento e molto frequente monitoraggio del lembo nel post-operatorio per accorgersi al più presto di eventuali problemi circolatori. In caso di ricostruzione con lembo microvascolare possono manifestarsi difficoltà di passaggio del sangue attraverso l'anastomosi vascolare. Nel caso questo accada, può essere necessaria una urgente riesplorazione dell'anastomosi in sala operatoria.  
Nel caso persistessero le difficoltà circolatorie all'interno del lembo possono verificarsi deficit estetici anche severi. In tali casi, può essere necessario o possibile ricorrere ad ulteriori interventi chirurgici di necrosectomia, rimodellamento, lipostrutturazione, ricostruzione con altri lembi locali, loco-regionali o liberi. Il rischio di problematiche vascolari del lembo, di insuccesso e di necrosi parziale o totale è aumentato nelle pazienti che si sono sottoposte a radioterapia.
- **Liponecrosi:** la necrosi può interessare anche solamente il tessuto sottocutaneo e manifestarsi anche tardivamente. Nella maggioranza dei casi si avvertirà una tumefazione dura nel contesto del lembo, che verrà riassorbita spontaneamente se di dimensioni contenute o dovrà essere asportata chirurgicamente se di grandi dimensioni. Non richiede il sacrificio del lembo.
- **Alterata sensibilità cutanea:** la sensibilità cutanea potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita di sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.
- **Ernie della parete addominale:** possono manifestarsi a livello dell'area donatrice con una scarsa frequenza, maggiore in caso di lembo peduncolato.
- **Asimmetrie:** sia a livello addominale che mammario possono presentarsi asimmetrie che possono, ma non sempre, essere corrette chirurgicamente.
- **Cicatrici:** inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee permanenti sia sulle aree riceventi che sulle donatrici. Nell'area mammaria ci potrà essere solo la cicatrice dovuta alla mastectomia se il lembo addominale è utilizzato come una protesi "naturale", quindi completamente interna. Nel caso la quantità di tessuto cutaneo mammario non fosse sufficiente a contenere tutto il lembo addominale ci sarà inevitabilmente una seconda cicatrice che, quando possibile, si cercherà di mascherare nel solco sottomammario. In questo caso, oltre alla cicatrice, sarà evidente il diverso colore della cute del lembo rispetto a quello dell'area mammaria. Se non fosse possibile fare coincidere la seconda cicatrice con il solco sottomammario, saranno visibili due cicatrici delimitanti una sorta di patch rappresentato dalla cute del lembo che, provenendo dall'addome, sarà inevitabilmente diversa da quella del torace. Oltre che in regione mammaria, anche nella sede di prelievo del lembo addominale, residuerà una cicatrice orizzontale sovrapubica e una cicatrice attorno all'ombelico.

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.

- **Ischemia e congestione:** la vitalità del lembo trapiantato, come quella di qualsiasi altro tessuto del corpo umano, è garantita da un corretto equilibrio tra l'afflusso di sangue arterioso e il deflusso di sangue venoso. Qualora si verifichi un'interruzione dell'afflusso di sangue al lembo, si configura una condizione di ischemia; qualora si verifichi, invece, una riduzione o un ostacolo al deflusso venoso, si realizza una condizione di stasi o congestione venosa. Entrambe le condizioni possono realizzarsi sia intra-operatoriamente sia nel post-operatorio; nel secondo caso, può essere necessario un re-intervento in urgenza. Qualora si verifichi una di queste condizioni, a giudizio del chirurgo, può rendersi necessario cambiare i vasi riceventi e/o prelevare degli innesti vascolari da altre parti del corpo, per ristabilire l'equilibrio vascolare del tessuto trapiantato. In questi casi, saranno inevitabili ulteriori cicatrici a carico del collo e/o dell'ascella e/o dell'arto superiore e/o inferiore.
- **Insuccesso:** è possibile un insuccesso dell'intervento legato ad una molteplicità di fattori, incluse alterazioni anatomiche del sito ricevente e donatore, o trombosi delle anastomosi vascolari con impossibilità di garantire un'adeguata circolazione del sangue a livello del tessuto trapiantato. In tali casi, a giudizio del chirurgo, si potrà (ri)posizionare un impianto mammario temporaneo (espansore) o permanente (protesi) o rimandare la possibilità di un eventuale ulteriore intervento ricostruttivo in un secondo momento.

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.

**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

Rispetto alla ricostruzione eterologa, si tratta di una procedura più complessa e di durata maggiore. La ricostruzione autologa garantisce, però, risultati migliori e più stabili nel tempo, così come un minor tasso di re-interventi a lungo termine.

Nei casi di fallimento di ricostruzione eterologa (per esposizione o infezione di una protesi) o in caso di mastectomie aggressive con mancanza di tessuti idonei per accogliere un dispositivo protesico, una ricostruzione con lembi può rappresentare l'unica via percorribile.

In alternativa al TRAM, un altro tipo di lembo addominale è rappresentato dal *DIEP* (Deep Inferior Epigastric Artery Perforator) che consente oggi di utilizzare il tessuto addominale sotto l'ombelico senza asportare né danneggiare i muscoli retti dell'addome, isolando al suo interno solo i vasi perforanti.

In una rara percentuale di casi a dominanza vascolare superficiale, sarà possibile prelevare il lembo addominale basato sui vasi epigastrici inferiori superficiali (lembo *SIEA*: superficial inferior epigastric artery), risparmiando quindi la dissezione intramuscolare.

In taluni casi, a giudizio del chirurgo o in caso di particolari controindicazioni all'utilizzo di un lembo addominale (assenza di pannicolo dermo-adiposo addominale, pregressa addominoplastica, pregressa liposuzione con danneggiamento dei vasi perforanti cutanei, pregresso fallimento di lembo addominale) potranno essere valutati siti donatori alternativi, come l'interno coscia (lembo *PAP* – Profunda Femoris Artery Perforator - e *TUG* – Transverse Upper Gracilis) e la regione glutea (lembo *SGAP/IGAP* – Superior/Inferior Gluteal Artery Perforator). In questi casi le cicatrici saranno posizionate nelle pieghe inguinali o glutee.

Un'altra opzione, percorribile in alternativa ai lembi addominali, è rappresentata dal lembo di muscolo *Gran Dorsale*, che può essere prelevato dalla regione dorsale, con eventualmente una porzione di cute sovrastante, ed utilizzato per la ricostruzione mammaria come lembo locoregionale. Tuttavia, il quantitativo di tessuto mobilizzato è spesso insufficiente per una ricostruzione volumetrica soddisfacente della mammella, pertanto, spesso va inserito in un contesto di ricostruzione ibrida, con ausilio di impianti protesici, non svincolando, pertanto, la paziente dalle possibili problematiche legate all'utilizzo degli stessi.

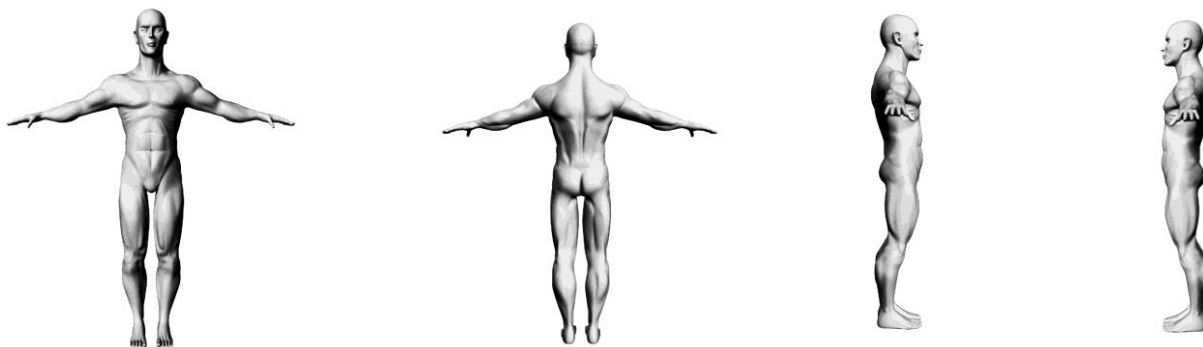
## 11. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

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

Con le dovute eccezioni, la ricostruzione mammaria rappresenta una scelta. Generalmente, non ci sono conseguenze sulla salute fisica di una paziente che rifiuta un intervento di ricostruzione mammaria, ma è difficile prevedere l'impatto negativo che una scelta del genere può avere sulla sua salute psichica. C'è però da dire che, generalmente, salvo non compaiano particolari controindicazioni all'intervento o il rapporto rischi/benefici non si modifichi nel tempo, il percorso ricostruttivo autologo può essere intrapreso anche a distanza di anni dalla mastectomia e/o dal fallimento di una ricostruzione protesica.

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



### 14. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

La percentuale di successo della ricostruzione autologa risulta essere superiore al 90%, ricordando che è un intervento con importante impatto clinico.

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, 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 ogniquale volta 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 di 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)

- **Lembo peduncolato:** trapianto di uno o più tessuti, forniti di una vascolarizzazione propria, indipendente dal letto ricevente, e che mantiene una connessione con l'area donatrice definita peduncolo (costituito solo da vasi che assicurano il nutrimento al lembo o anche dai tessuti che li contengono).
- **Lembo libero (microchirurgico):** prevedono una disconnessione del peduncolo vascolare dal sito donatore e una successiva anastomosi microvascolare tra peduncolo vascolo-nervoso del sito donatore e del sito ricevente.

- **Anastomosi**: nuove connessioni vascolari realizzate tra vasi dell'area ricevente e vasi dell'area donatrice.
- **Lembo TRAM**: lembo muscolo-cutaneo addominale trasversale basato sul muscolo retto addominale.

## 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

Per i primi 3-4 giorni post-operatori è raccomandato il riposo, con particolare attenzione a non utilizzare i muscoli pettorali (ad esempio, non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi). A letto è bene riposare con il busto orizzontale.

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, yoga, 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 e guaina elasto-compressiva 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.