



NOTA INFORMATIVA

MASTOPLASTIVA RIDUTTIVA

BILATERALE

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 persona¹?

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

¹ 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

MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

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.

MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

1. CHE COS' È?

La mastoplastica riduttiva è un intervento predisposto al fine di migliorare l'aspetto di mammelle voluminose mediante la riduzione del loro volume e il loro rimodellamento. Consiste nell'asportazione dell'eccesso di pelle, ghiandola e tessuto adiposo e nello spostamento dell'areola e del capezzolo in una nuova sede, più in alto. In tal modo vengono conferite alla mammella caratteristiche di volume, rotondità e proiezione tali da renderla di aspetto più gradevole e naturale.

La mastoplastica riduttiva consente, inoltre, di correggere eventuali apprezzabili differenze di volume fra le due mammelle e di ridurre il diametro delle areole nel caso sia eccessivo. È bene ricordare che una simmetria perfetta nel volume delle mammelle e nell'orientamento dei capezzoli è comunque assai difficile da ottenere.

Ulteriori vantaggi perseguibili non sono di natura puramente morfologica, ma funzionale, in particolare quando le mammelle da ridurre sono di notevoli dimensioni; con l'intervento viene infatti del tutto o almeno in buona parte eliminata la sensazione di tensione dolorosa talora avvertita a livello delle mammelle, come pure il peso che può condizionare le attività quotidiane e sportive e che può gravare sulla colonna vertebrale e sulle spalle, che spesso ne risultano deformate.

Possono essere, infine, ridotte le dermatiti presenti in regione sottomammaria dovute al decubito della mammella ipertrofica sulla parete toracica.

2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA?

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.

L'**intervento** consiste nell'asportazione di parte della ghiandola mammaria, di grasso sottocutaneo e della cute in eccesso. Implica generalmente il sollevamento dell'areola, la riduzione, come detto, del tessuto ghiandolare-adiposo in eccesso ed il rimodellamento cutaneo, che prevede suture, e di conseguenza cicatrici che, nei casi di riduzioni di maggiore entità saranno situate in posizione periareolare (attorno all'areola), verticale (dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario) e orizzontale (lungo il solco sottomammario, più o meno estese a seconda dell'entità della riduzione e dell'asportazione cutanea). Nei casi di riduzioni di minore entità, le cicatrici potranno essere limitate all'areola, mentre saranno estese anche al tratto compreso tra l'areola ed il solco sottomammario senza la presenza della componente orizzontale nei casi di riduzioni di media entità. Non vi sono cicatrici al di sopra dell'areola.

Nei casi in cui il complesso areola-capezzolo (CAC) risultasse privo di una soddisfacente vascolarizzazione una volta suturato nella nuova posizione potrebbe essere necessario eseguire un innesto del CAC con conseguente perdita della capacità di allattamento e con possibilità di mancato attecchimento del trapianto. Qualora dovesse accadere la perdita parziale o totale del CAC, può essere eseguito in un tempo successivo un intervento ricostruttivo.

Le suture vengono eseguite di norma con punti interni per rendere meno evidenti le cicatrici. Qualora fosse necessario possono essere utilizzati suture punti di sutura esterni, generalmente rimossi dopo 14 giorni dall'intervento. Le cicatrici lasciate da questo intervento, quantunque tendano a rendersi meno evidenti con il tempo, sono permanenti. In caso di riduzioni molto voluminose, per la tensione cui vengono sottoposte, può essere necessaria una revisione delle cicatrici per ottenere un risultato estetico ottimale. Queste revisioni possono essere eseguite in anestesia locale.

Al termine dell'intervento viene realizzata una medicazione e frequentemente viene applicato un reggiseno contenitivo.

Come spesso avviene in Chirurgia Plastica, si tratta di un intervento complesso e non di uniformità routinaria, nel senso che la procedura non è completamente standardizzabile, bensì viene personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali.

L'intervento si esegue in regime di ricovero ordinario, generalmente richiede uno o due giorni di ospedalizzazione e dura 2-4 (due-quattro) ore secondo l'entità del rimodellamento. 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?

La mastoplastica riduttiva è un intervento predisposto al fine di migliorare l'aspetto di mammelle voluminose mediante la riduzione del loro volume e il loro rimodellamento al fine di dare nuovamente alla mammella una forma conica, riempire il polo superiore e portare nuovamente il complesso areola-capezzolo in posizione superiore rispetto al solco inframammario.

L'effetto migliorativo di tale intervento risulta immediatamente apprezzabile al Chirurgo già durante l'intervento. È opportuno sottolineare che inizialmente le mammelle appaiono piuttosto piene nei quadranti superiori e tendono ad assumere un aspetto più naturale con maggiore rotondità dei quadranti inferiori dopo 1-2 mesi. Il risultato definitivo risulta apprezzabile 6 mesi circa dopo l'intervento. Dopo tale periodo può rendersi opportuno il ricorso ad interventi correttivi di eventuali difetti residui. Si ricorda, comunque, che non sempre è ottenibile una perfetta simmetria tra le mammelle.

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, riducendo in maniera considerevole i disturbi posturali e le cervico/dorsalgie croniche.

Possono ridurre altresì eventuali affezioni dermatologiche presenti in regione sottomammaria dovute al decubito della mammella ipertrofica sulla parete toracica.

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.

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 acetilsalilico) 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 influenza 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.

Il 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 spalline 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

La durata dell'intervento è variabile, di 2-4 (due-quattro) ore secondo l'entità della riduzione necessaria. 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.

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 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"). Per attività sportive intense il periodo di astensione può raggiungere le 6 settimane.

In generale è bene che le pazienti che si sottopongono a mastoplastica riduttiva non cerchino di allattare dopo essere state operate. L'allattamento provoca un ingrossamento della mammella che modificherà il risultato dell'operazione.

Si raccomanda di segnalare l'avvenuta esecuzione dell'intervento di mastoplastica riduttiva all'atto delle successive indagini diagnostiche senologiche (visita, ecografia, mammografia, risonanza magnetica nucleare).

7. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il trattamento chirurgico permette di ridurre il volume mammario e allo stesso tempo migliorare la forma del seno. Riducendo il volume del seno, vi è un netto miglioramento nei casi di disturbi posturali e nelle cervico/dorsalgie croniche.

Tra gli svantaggi vi sono le evidenti cicatrici lasciate da questo intervento che, quantunque tendano a rendersi meno evidenti con il tempo, sono permanenti.

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 riduzioni.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico, la mastoplastica riduttiva 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.
- **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 sono assai rare dopo intervento mastoplastica riduttiva, 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** correlate alla mastopessi sono da menzionare:

- **Necrosi cutanee e del complesso areola-capezzolo:** una complicazione rara ma possibile è la necrosi parziale o totale della cute dell'areola e del capezzolo; tale evenienza più spesso si verifica in donne fumatrici o diabetiche oppure dopo la correzione di

mammelle già operate in precedenza od in seguito alla correzione di gigantomastie severe, nelle quali la posizione del CAC deve essere modificata di diversi centimetri. In caso di necrosi parziale la guarigione avviene con medicazioni ripetute ed una cicatrizzazione non ottimale, mentre in caso di necrosi totale è opportuno un intervento successivo di ricostruzione del complesso areola-capezzolo. Si può verificare anche la necrosi di parte della cute in prossimità delle suture, più frequentemente all'incrocio di esse; la guarigione avviene con medicazioni e, in caso di cicatrici di non buona qualità, è possibile una revisione a distanza di circa sei mesi.

- **Liponecrosi** (necrosi di una parte del grasso mammario): si può manifestare precocemente con la fuoriuscita di liquido oleoso dalla ferita chirurgica, ovvero a distanza di tempo con la possibile formazione di noduli fibrosi, indurimenti e calcificazioni e/o con un avvallamento della superficie della mammella, spesso asintomatici, solo raramente dolorosi.
- **Alterata sensibilità della cute:** un'alterata sensibilità (formicolii, iposensibilità) dell'areola e della cute della regione mammaria è normale anche per alcuni mesi. Solo raramente, si può presentare un'insensibilità definitiva delle suddette aree.
- **Perdita della capacità di allattamento:** non tutte le mammelle di grandi volumi hanno la capacità di allattare. La tecnica utilizzata non prevede l'interruzione dei dotti galattofori, pertanto mammelle in grado di allattare preoperatoriamente mantengono tale funzione. Quest'ultima viene persa qualora si renda necessario eseguire un trapianto del CAC.
- **Asimmetrie:** possono essere riscontrate nella forma, dimensioni o posizione dell'areola. In genere sono di modesta entità e possono essere corrette agevolmente in anestesia locale non prima di sei mesi dall'intervento. Non è possibile in nessun caso ottenere una perfetta simmetria tra le due mammelle.
- **Sofferenza cutanea:** sono possibili, a causa dell'estensione degli scollamenti dei lembi coinvolti dall'intervento chirurgico, aree cutanee con sofferenza ischemica o più frequentemente dello scarico venoso che si traducono in cicatrizzazioni lente con esito estetico non ideale ovvero con una maggiore evidenza delle cicatrici relative all'intervento stesso.
- **Cicatrici:** inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee permanenti la cui estensione dipende dalle dimensioni originarie delle mammelle, dalla quantità di tessuto mammario e di cute rimossi. La correzione di ipertrofie mammarie di modica entità comporta una cicatrice periareolare, talora associata ad una verticale, che si estende dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario. La correzione di ipertrofie mammarie di grado maggiore richiede, oltre alle precedenti, delle cicatrici situate nel solco sottomammario. Talora queste cicatrici orizzontali possono spingersi verso la regione ascellare e verso lo sterno, debordando oltre i limiti della mammella e risultando quindi parzialmente visibili. 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.

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

L'unica possibilità per ridurre la dimensione di mammelle voluminose è dall'intervento di mastoplastica riduttiva. In rari casi di dimensioni molto ridotte di mammelle non ptosiche, è possibile una diminuzione di volume eseguendo solo una lipoaspirazione. Essa non permette alcun modellamento cutaneo e della forma della mammella.

Le alternative rimangono le terapie sintomatiche a base di analgesici per trattare le algie croniche.

11. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

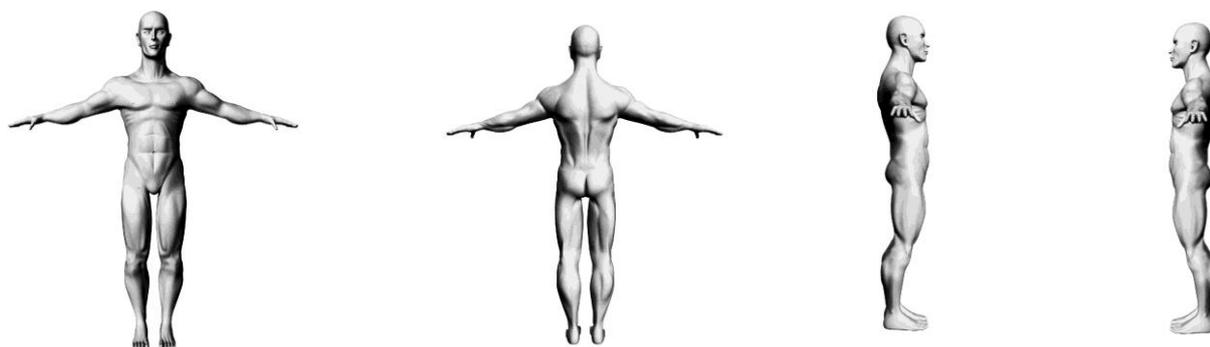
Il paziente che notasse anomalie a livello della ferita chirurgica o della regione operata o segni e sintomi generali (febbre, ad esempio) deve ricorrere al medico di famiglia ed eventualmente all'equipe chirurgica che aveva eseguito l'intervento o al Pronto soccorso.

12. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

Il volume delle mammelle, con l'avanzare dell'età ed eventuali variazioni ponderali, potrebbe aumentare ed associarsi a ptosi mammaria, con un conseguente persistere dei sintomi di dolore e fastidio a carico delle spalle, del collo, e della porzione alta della colonna vertebrale.

In nessun caso è possibile una risoluzione spontanea di un'ipertrofia mammaria.

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



14. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

L'intervento chirurgico di mastoplastica riduttiva permette di ottenere la riduzione del volume in tutti i casi. Nonostante generalmente il tessuto asportato non si riformi, col passare degli anni i normali processi di invecchiamento cutanea, variazioni del peso corporeo ed eventuali gravidanze potranno comportare un'alterazione della forma e delle dimensioni delle mammelle operate. È possibile, anche se raro, in alcune pazienti, un nuovo aumento di dimensioni delle mammelle negli anni successivi all'intervento, per la formazione di nuovo tessuto mammario o per la deposizione

di tessuto adiposo in caso di aumenti ponderali. In alcuni casi si rende opportuno, a distanza di anni, un intervento correttivo per il ripristino di una forma adeguata.

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)

- **Ipertrofia mammaria:** l'ipertrofia mammaria o gigantomastia è l'aumento spropositato dei tessuti che costituiscono la ghiandola mammaria e che determinano un incremento considerevole di volume, fino a raggiungere anche il peso di qualche chilogrammo.
- **Ptosì mammaria:** cedimento della mammella e conseguente spostamento della stessa verso la parte basso nel torace come naturale conseguenza del processo dell'invecchiamento.
- **Complesso areola capezzolo:** insieme di due strutture anatomiche presenti sul seno, rappresentando il capezzolo la piccola estroflessione di forma conica sporgente dal centro della mammella, e l'areola la zona circolare di colore più pronunciato (rosso o tendente al marrone) che circonda il capezzolo.

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 la 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 riportate².

Ora __ : __

Data __/__/_____

Firma del medico

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

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