

NOTA INFORMATIVA PLASTICA DELLA PARETE ADDOMINALE

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

PLASTICA DELLA PARETE ADDOMINALE

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.

PLASTICA DELLA PARETE ADDOMINALE

1. CHE COS'È?

L'addominoplastica è un intervento che consiste nella rimozione dell'eccedenza di cute e tessuto adiposo sottocutaneo nella parte centrale e bassa dell'addome che può produrre inestetismi, quali pieghe e ondulazioni della pelle o, nei casi più accentuati, un vero e proprio grembiule che ricopre la regione pubica. Permette di conferire all'addome un aspetto più teso, gradevole e naturale.

In alcuni casi può essere associato all'intervento di rimozione del tessuto adiposo in eccesso a mezzo di lipoaspirazione (si veda la Nota Informativa dedicata).

Nel caso coesista un allontanamento (diastasi) dei muscoli retti addominali può essere corretto contestualmente con la sutura mediana dei muscoli ed eventualmente il loro rinforzo mediante il posizionamento di una rete.

Qualora siano presenti ernie causate da cedimenti della parete addominale, anche queste vengono corrette contestualmente, talvolta con l'utilizzo di una rete di contenzione che ricostituisce la continuità della parete addominale.

Le smagliature, quando possibile, potranno essere rimosse con l'eccesso di cute che viene asportata. Comunque, smagliature sulla cute rimanente dell'addome non possono essere eliminate.

L'addominoplastica è un intervento che non è diretto alla riduzione del peso.

2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI ADDOMINOPLASTICA?

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.

Generalmente l'**intervento** inizia con un'incisione trasversale della cute sovrapubica, prolungata bilateralmente in direzione dei fianchi, più o meno estesamente a seconda dei casi.

Attraverso l'incisione la pelle e il grasso sottocutaneo vengono scollati dalla parete muscolare. Nel caso in cui si debbano correggere solo *lievi* eccessi di cute lo scollamento giungerà in alto fino all'ombelico (*mini-addominoplastica*), a livello del quale non verranno eseguite incisioni.

Qualora, invece, sia opportuno intervenire su tutta la superficie addominale, per la presenza di eccessi di pelle attorno o sopra l'ombelico, lo scollamento procede in alto fino all'arcata costale, implicando il disinserimento e reinserimento dell'ombelico in una posizione più alta e più naturale.

In alcuni casi può rendersi necessaria una incisione verticale a partenza dalla orizzontale, lungo la linea mediana, per diminuire la tensione.

A seguito di addominoplastiche di grande entità può esistere, oltre alle precedenti, una cicatrice verticale estesa fino allo strano (cicatrice a T invertita, *addominoplastica con cicatrice ad ancora*).

Eseguito lo scollamento di cute e sottocute dai piani sottostanti, se presenti l'allontanamento (diastasi) dei muscoli retti e/o ernie della parete addominale anteriore, vengono corrette.

Successivamente si asporta l'eccesso di pelle: il tegumento residuo viene stirato verso il basso e i margini cutanei suturati lungo la linea di incisione sovrapubica iniziale.

Di norma, prima della chiusura finale, vengono posizionati due o tre tubi di drenaggio, che fuoriescono dalla regione del pube, al fine di evacuare il sangue ed il siero che eventualmente potrebbero accumularsi.

Tali drenaggi vengono rimossi durante le medicazioni postoperatorie.

In alcuni casi particolari, la presenza di cicatrici addominali da precedenti interventi chirurgici rende opportuno modificare il programma operatorio; ad esempio, in caso esista una cicatrice verticale

lungo la parte centrale dell'addome, l'intervento può essere eseguito incidendo i tegumenti anche lungo tale linea.

Le suture vengono generalmente eseguite con punti interni, per rendere meno evidenti le cicatrici. Un'abbondante medicazione compressiva è infine applicata e quando viene rimossa, viene sostituita da una guaina che poi dovrà essere indossata 24 ore al giorno per almeno 3 mesi dopo l'intervento.

La correzione degli eccessi cutanei e adiposi estesi ai fianchi e alla regione lombare rende opportuna l'associazione dell'intervento ad interventi di lipoaspirazione e/o torsoplastica.

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 due o tre giorni di ospedalizzazione e dura 3-5 ore secondo l'entità del rimodellamento. L'intervento viene in genere eseguito in **anestesia** generale, che verrà praticata da un medico specialista in Anestesia e Rianimazione con il quale avrà luogo uno specifico colloquio.

Un catetere urinario può essere utilizzato durante l'intervento e verrà rimosso il giorno dopo l'intervento o, più frequentemente, 2 giorni dopo.

3. QUALI SONO I BENEFICI?

L'intervento conferisce all'addome un aspetto più gradevole e naturale.

L'effetto migliorativo risulta immediatamente visibile al Chirurgo già durante l'intervento, ma il risultato definitivo risulta pienamente apprezzabile circa 6-12 mesi dopo.

Permette inoltre di eliminare i disturbi presenti nei casi più accentuati, quali la dermatite, che spesso si verifica a livello delle pieghe inguinali, e la difficoltà nei movimenti o nella scelta degli indumenti, e i disturbi a carico della colonna lombare, del transito intestinale e della continenza urinaria, presenti in caso di diastasi dei muscoli retti dell'addome o in presenza di ernie della parete addominale anteriore.

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.

Qualora esista un sovrappeso è preferibile, prima di programmare l'intervento, perseguire un opportuno calo ponderale attraverso un regime dietetico e di attività motoria indicato dallo specialista.

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, risonanza magnetica nucleare o TAC della parete addominale, e il presente prospetto informativo firmato.

L'ecografia e/o o risonanza magnetica nucleare pre-operatorie hanno lo scopo di accertare l'eventuale presenza ed estensione di una diastasi dei muscoli retti dell'addome, ernie della parete addominale anteriore.

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 acetilsalicylico) 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.

L'inosservanza di tale prescrizione può comportare il rifiuto da parte del Chirurgo di eseguire la procedura.

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 con particolare riguardo alla zona inguino-pubica, che deve essere depilata.

Il paziente dovrà giungere al ricovero dotato degli indumenti elasto-compressivi consigliati in sede di visita pre-operatoria dal Chirurgo (calze elasto-compressive 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 a seconda dell'entità e della distribuzione della dermatocalasi e dell'adiposità, della presenza di diastasi dei muscoli retti dell'addome, ernie della parete addominale anteriore e di eventuali asimmetrie, può durare da 2 a 4 ore o più; a ciò vanno aggiunti i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), più il tempo di trasporto dal blocco operatorio al reparto. In generale tra la discesa in sala e la risalita in camera trascorrono usualmente 4-6 ore.

6. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertita in regione addominale una certa tensione, che regredirà spontaneamente nel giro di pochi giorni o di qualche settimana; è bene evitare sforzi ed estensioni del tronco nei primi giorni. Si raccomanda di riposare a letto in posizione semi-seduta, mantenendo le cosce flesse sulle anche durante con un cuscino sotto le ginocchia, per evitare trazioni lungo la linea di sutura.

La deambulazione è resa difficoltosa dal fastidio provocato dalle ferite chirurgiche e dalle medicazioni. È comunque consigliato deambulare il più precocemente possibile, con il busto leggermente piegato in avanti nelle prime giornate dopo l'intervento, e seguire le indicazioni del Chirurgo per prevenire le complicanze tromboemboliche.

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).

In sala operatoria verrà applicata un'abbondante medicazione compressiva, che sarà di norma cambiata dal Chirurgo prima della dimissione, quando verrà indossata la guaina elasto-compressiva che il paziente dovrà indossare giorno e notte per tre mesi post-operatori. La guaina post-operatoria è indispensabile al fine di mantenere la sospensione post-operatoria dei tessuti, ridurre la tensione sulle cicatrici, riducendo così il rischio di riapertura (deiscenza) e sovra-infezione delle ferite. L'indumento è inoltre indispensabile per la riduzione del gonfiore (edema) post-operatorio.

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

Alla dimissione seguiranno controlli post-operatori ad intervalli pre-determinati (una settimana, due settimane, un mese dall'intervento).

Le prime medicazioni verranno eseguite dal Chirurgo; la medicazione non dovrà essere né rimossa, né bagnata.

Soprattutto durante i primi 15-20 giorni post-operatori possono presentarsi ecchimosi (lividi) ed un certo gonfiore (edema), non solo nell'area trattata, ma anche a livello pubico, genitale e delle cosce. Tale condizione non deve di per sé essere motivo di allarme per il Paziente, ha di solito una breve durata e regredisce spontaneamente.

Una certa riduzione della sensibilità cutanea è quasi sempre presente. Quantunque la normale sensibilità tenda a riprendere gradatamente, una lieve ipoestesia (riduzione della sensibilità) può persistere per alcuni mesi.

I punti di sutura cutanei, qualora presenti, verranno rimossi dopo circa 15 giorni dall'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 movimenti del tronco.

Per le prime tre 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.

Dovrà inoltre essere evitato il fumo: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate, oltre a provocare maggiore dolore; inoltre, il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite.

7. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il trattamento chirurgico è l'unica cura risolutiva in caso di severa lassità cutanea con cute anelastica e severo eccesso dermato-adiposo, come più frequentemente si verifica nel paziente post bariatrico.

È l'unico trattamento risolutivo anche in caso di eventuale diastasi dei muscoli retti dell'addome ed ernie della parete addominale anteriore. Come ogni intervento chirurgico esso espone al rischio di possibili complicanze e problematiche che verranno di seguito elencate.

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, l'addominoplastica 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 e può essere facilitata da aumenti della pressione arteriosa, causati da sforzi fisici intensi, compresa l'attività sessuale. Tali segni e sintomi devono essere immediatamente segnalati al Chirurgo. In caso insorgano ematomi di una certa entità, infatti, è necessario provvedere all'aspirazione con siringa o l'evacuazione mediante riapertura di un tratto della ferita chirurgica. 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" e si manifesta con sintomatologia algica meno acuta e più tardiva ma simile a quella dell'ematoma. 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 suture, anche se infrequentemente, sono a rischio di contaminazione e quindi di infezione. Essa si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità e/o alterazioni della superficie dell'addome.
- **Deiscenza delle ferite:** la riapertura spontanea della ferita (deiscenza) può avvenire in particolare in zone di aumentata tensione delle cicatrici ed è più frequente in Pazienti diabetici e fumatori. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura.
- **Tromboembolia:** le flebiti e le tromboembolie sono rare dopo intervento di addominoplastica, specie se la mobilizzazione è precoce, ma presentano un'incidenza statisticamente maggiore nei pazienti ex obesi o nei pazienti con BMI > 30 e nei fumatori. L'incidenza di tale complicanza aumenta qualora a tale intervento sia associato un intervento di liposuzione. 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 dell'ombelico:** dopo resezioni cutanee di entità cospicue può verificarsi, anche se di rado, la necrosi di parte o tutto l'ombelico. Tale evenienza richiede un iniziale trattamento conservativo con medicazioni, seguito, se opportuno, a distanza di tempo da un intervento in anestesia locale per la ricostruzione dell'ombelico. Sono possibili, specialmente nei fumatori o qualora l'addominoplastica sia associata a lipoaspirazione, necrosi cutanee del lembo addominale, in particolare a livello sovrapubico, dove maggiore è la tensione, che potranno essere trattate con medicazioni e/o con un successivo intervento, prolungando i tempi di guarigione.

- **Liponecrosi:** la necrosi di una parte del grasso addominale (liponecrosi, cioè morte delle cellule adipose) 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 cutanea, spesso asintomatici, solo raramente francamente fastidiosi.
- **Cicatrici:** inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee, la cui estensione e posizione dipende dalle dimensioni originarie della parete addominale, dalla quantità di tessuto asportato e dalla tecnica chirurgica utilizzata. In caso di *mini-addominoplastica* residuerà una cicatrice sovrapubica breve, che deborda dalla linea di inserzione del pelo pubico solo di pochi centimetri; in caso di *addominoplastica convenzionale* la cicatrice sovrapubica trasversale si estende lateralmente fino ai fianchi, e si associa ad una cicatrice peri-ombelicale; in caso di addomioplastiche di grande entità può esistere, oltre alle precedenti, una cicatrice verticale dal pube all'ombelico o, eventualmente, fino allo sterno (*addominoplastica con cicatrice ad ancora*). In taluni casi, per limitare l'estensione laterale della cicatrice, è possibile lasciare, in corrispondenza delle sue estremità, un surplus cutaneo ("orecchio di cane"), che con il passare dei mesi tende a spianarsi, almeno in parte, spontaneamente; l'eventuale eccesso cutaneo residuo potrà essere rimosso in anestesia locale allungando la cicatrice solo di pochi centimetri.
La simmetria delle cicatrici sui due lati non può essere garantita sia a causa di preesistenti asimmetrie di forma dell'addome, sia per fenomeni di retrazione che possono provocarne uno spostamento. La retrazione della cicatrice periombelicale può provocarne a volte un evidente restringimento.
Le cicatrici cutanee residue all'intervento, generalmente poco visibili, possono allargarsi col passare delle settimane sia per una predisposizione individuale sia per la tensione che si manifesta sulle cicatrici stesse, in conseguenza della forza di gravità o di movimenti eccessivi e precoci. In taluni casi, a causa di una eccessiva reattività cutanea, si possono sviluppare cicatrici arrossate e rilevate e perciò facilmente visibili, che durano anche diversi mesi (cicatrici ipertrofiche e cheloidi). Si tratta di un'evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. L'applicazione di un'adeguata sospensione post-operatoria attraverso la guaina e l'applicazione di "punti di carta" (steri-strips) sopra le ferite chirurgiche, riducono la tensione sulla cicatrice ed il rischio di una "cattiva" cicatrizzazione. Cicatrici non estetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con un intervento in anestesia locale dopo aver atteso un congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall'intervento).
- **Asimmetrie:** possono esistere un'asimmetria della forma o del volume dell'addome e del pube, o della posizione o forma dell'ombelico. Piccoli difetti o modeste asimmetrie rappresentano un'evenienza comune e non completamente perfezionabili.
- **Alterata sensibilità della cute:** la sensibilità della pelle e, in particolare, dell'ombelico, potrà rimanere alterata (ipoestesia, parestesia, formicolii) per un periodo anche di molti mesi o a volte permanentemente; tali alterazioni, imprevedibili, possono verificarsi in maniera diversa su diverse aree dell'addome.
- **Discromiee cutanee o iperpigmentazioni:** possono persistere anche per molti mesi e, seppur raramente, in modo permanente.

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, il paziente potrà avvertire dolenzia, senso di peso o di bruciore in regione addominale, specialmente in caso di tosse, starnuti e di tutte le altre attività che prevedono esercizio dei muscoli addominali. Queste sensazioni sono molto soggettive e gradualmente minime in questo tipo di intervento. Il dolore è di norma controllabile con i comuni analgesici: verrà trattato in tutto il percorso peri-operatorio 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

Non esistono alternative non chirurgiche alla riduzione dell'eccesso adiposo e cutaneo della parete addominale. Tecniche alternative di addominoplastica sono: l'addominoplastica verticale (la rimozione dell'eccesso è trasversale con cicatrice verticale xifo-pubica) e l'addominoplastica invertita (la rimozione dell'eccesso, localizzato prevalentemente sopra l'ombelico, che avviene con un'incisione a livello sottomammario).

La semplice correzione di diastasi dei muscoli retti dell'addome e di ernie e della parete addominale anteriore, in assenza di correzione dell'eccesso adiposo e cutaneo, può avvenire per via laparoscopica.

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. In lettera di dimissione saranno presenti dei recapiti a cui contattare il chirurgo operante o la sua equipe.

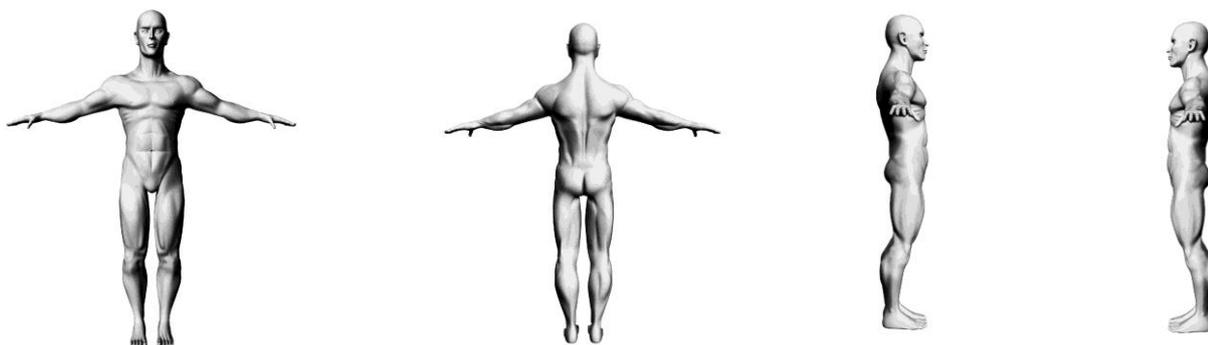
12. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

La dermatocalasi tende a rimanere stazionaria nel tempo e può peggiorare con l'invecchiamento fisiologico e le fluttuazioni ponderali. In nessun caso è possibile una risoluzione spontanea della dermatocalasi.

In caso di mancato trattamento l'eccesso cutaneo e adiposo addominali possono incontro ad un peggioramento, specialmente in concomitanza con variazioni ponderali, oppure rimanere stazionaria. Lo stesso vale per eventuali diastasi dei muscoli retti dell'addome ed ernie della parete addominale anteriore. In ogni caso non sono documentati in letteratura casi di regressione spontanea.

La dieta e l'esercizio fisico da soli non possono produrre tale risultato poiché questa situazione è spesso accompagnata da allontanamento dei muscoli addominali fra loro ed indebolimento della parete addominale.

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



14. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

L'effetto migliorativo dell'addominoplastica risulta immediatamente visibile al Chirurgo già durante l'intervento, ma il risultato definitivo risulta pienamente apprezzabile circa 6-12 mesi dopo. In alcuni casi, passato tale periodo può essere necessaria una correzione chirurgica per eliminare eventuali imperfezioni residue.

Il risultato dell'intervento è permanente, nel senso che il tessuto asportato non si riforma e la correzione di diastasi dei muscoli retti dell'addome e di ernie della parete addominale anteriore rimane stabile nel tempo.

Con il passare degli anni, i normali processi di invecchiamento cutaneo, gravidanze e stili di vita non corretti, porteranno inevitabilmente ad una perdita seppur parziale della originaria tensione di grado variabile da persona a persona, potendo comportare un'alterazione della forma della parete addominale. La qualità e la durata del risultato è pertanto individuale, in relazione a fattori costituzionali ed abitudini di vita. La perdita di elasticità cutanea associata al fisiologico invecchiamento e le eventuali nuove fluttuazioni ponderali possono portare alla nuova comparsa (recidiva) dell'eccesso cutaneo e/o adiposo addominale. In tal caso può rendersi opportuno, seppure raramente, un intervento correttivo.

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)

- **Dermatocalasi:** eccesso di cute sovrabbondante rispetto a quanto normalmente presente in tale sede anatomica. Tala cute si presente normalmente lassa e danneggiata, priva della sua fisiologica elasticità
- **Adiposità:** accumulo localizzato di tessuto adiposo, volgarmente definito “grasso”.

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 durante la deambulazione.

Dopo la prima settimana potranno gradualmente riprendere le normali attività. Si potranno riprendere le attività leggere dopo circa 14 giorni, e la normale attività lavorativa dopo 3-4 settimane, in funzione dell'andamento del post-operatorio e dell'impegno fisico richiesto dal lavoro. La **guida** dell'automobile potrà essere consentita dopo 3 settimane e così l'attività sessuale (entro limiti ragionevoli). Potranno essere riprese le attività sportive dopo 4 settimane.

È assolutamente consigliata l'astensione dal fumo per almeno un mese: il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite.

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 3 mesi post-operatori.

LE FOTOGRAFIE (MODULO POL72)

Le fotografie, infine, sono importanti in chirurgia plastica quale indispensabile elemento diagnostico. Esse vengono di norma 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.