

Gentile Signora,  
Egregio Signore,

La **informiamo** che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia di cui Lei è affetto è:

---

e dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

### RICOSTRUZIONE MAMMARIA

**La informiamo** che la ricostruzione mammaria 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 informiamo** 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.

**La informiamo** non esiste una metodica di ricostruzione in assoluto migliore delle altre e quindi consigliabile in tutti i casi.

**La informiamo** che le tecniche di ricostruzione possono essere distinte in due grandi gruppi:

1. tecniche che prevedono l'uso di materiali protesici;
2. tecniche che fanno uso esclusivo di tessuti propri della Paziente prelevati da zone diverse da quella mammaria.

**La informiamo** che la forma apparentemente più semplice di ricostruzione mammaria è quella che prevede la sostituzione della mammella asportata con una protesi di forma e dimensioni adeguate. In questo caso la ricostruzione avviene in due interventi più importanti e uno ambulatoriale per la ricostruzione del Complesso Areola-Capezzolo (CAC). La protesi mammaria viene posta al di sotto del muscolo grande pettorale, tra questo e la parete toracica.

**La informiamo** che molto spesso, dopo la mastectomia, non vi è tessuto a sufficienza per poter ricreare immediatamente, anche con l'ausilio di una protesi, una mammella di dimensioni e forma simili alla controlaterale. In questi casi viene impiegato il cosiddetto *espansore tessutale*. Esso consiste in una protesi "speciale, di uso temporaneo", di dimensioni leggermente più ampie della prescelta protesi definitiva. Una volta inserito l'espansore vuoto (una specie di sacchettino a forma di goccia), esso viene riempito di soluzione fisiologica nel corso delle settimane successive (generalmente nell'arco di circa 2 mesi), attraverso una valvola posta sulla superficie dell'espansore. Di solito il riempimento viene eseguito una volta la settimana. Quando il volume dell'espansore sarà giudicato sufficiente e dopo un ulteriore periodo di "adattamento dei tessuti"

	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON PROTESI E/O TESSUTO AUTOLOGO</b></p>	<p><b>UOC DM – UOSD CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO MOD 18-2022 Rev. 00 07.03.2022 PAG 2 DI 5</b></p>
---	---	--

(generalmente almeno 5-6 mesi dopo il termine del gonfiamento), l'espansore verrà rimosso e sostituito con la protesi definitiva nel corso di un altro intervento chirurgico.

**La informiamo** che indipendentemente dalle dimensioni e dalla forma, le protesi mammarie sono costituite da un involucro di silicone che contiene gel di silicone o altre sostanze (soluzione fisiologica, idrogel).

**La informiamo** che:

1. le protesi mammarie non influiscono in alcun modo sulla formazione o sullo sviluppo di un tumore, né sulla sua cura;
2. non esiste prova che malattie autoimmunitarie siano state causate dalle protesi, si tratterebbe di casuali concomitanze;
3. le eventuali difficoltà diagnostiche incontrate in corso di mammografia possono essere superate da un radiologo esperto mediante particolari manovre e proiezioni aggiuntive, oltre che, laddove ritenuto opportuno, mediante un'eventuale risonanza magnetica nucleare.

**La informiamo** che le protesi possono avere una *superficie* liscia o, più frequentemente oggi, una superficie irregolarmente zigrinata (testurizzazione) che ne rende più difficile lo spostamento e meno frequente la formazione dell'accolta *capsula fibrosa periprotetica*, causa, quando molto evidente, di un cattivo risultato. Esistono inoltre protesi in silicone rivestite da poliuretano che alcuni Chirurghi preferiscono per una supposta minore incidenza della contrattura capsulare periprotetica. Oltre che per il materiale di cui sono costituite, le protesi mammarie possono essere scelte in base alle loro dimensioni, forma e consistenza del gel di silicone in esse contenuto (più o meno morbido).

**La informiamo** che l'intervento di inserimento dell'espansore e di sostituzione di questo con la protesi definitiva vengono eseguiti in anestesia generale.

**La informiamo** che l'inserimento dell'espansore mammario dura circa 45-60 minuti. La sua sostituzione con una protesi definitiva dura circa 90 minuti se non si deve modificare la mammella controlaterale (aumentarla o ridurla o rimodellarla). Se si interviene anche sull'altra mammella la durata complessiva sarà di circa 2-4 ore.

**La informiamo** che nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale un certo dolore, controllabile con comuni analgesici, che regredirà nel giro di pochi giorni. I drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi quando la quantità di liquido drenato nelle 24 ore sarà inferiore ai 30-40 cc. Dovrà essere indossato un apposito reggiseno prescritto dal Chirurgo che dovrà essere acquistato prima del ricovero in ospedale. Esso sarà utilizzato giorno e notte per circa 45 giorni e sarà corredato da una fascia elastica contenitiva, allo scopo di mantenere posizionate le protesi nella sede opportuna.

**La informiamo** che *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. Dovrà, inoltre, essere evitato il fumo. *Per la prima settimana*

	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON PROTESI E/O TESSUTO AUTOLOGO</b></p>	<p><b>UOC DM – UOSD CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO MOD 18-2022 Rev. 00 07.03.2022 PAG 3 DI 5</b></p>
---	---	--

dovrà essere evitata la guida di veicoli. I punti di sutura verranno rimossi 7-10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.

**La informiamo** che dopo la rimozione dei punti potrà essere ripresa l'attività lavorativa. *Per circa un mese* dovrà essere evitato ogni tipo di attività sportiva e l'esposizione diretta al sole o ad eccessive fonti di calore (ad esempio, sauna, lettino abbronzante, ecc.).

Durante tale periodo, inoltre, dovrà essere evitata la posizione prona ("a pancia in giù") ed eseguiti, laddove prescritti, gli esercizi quotidiani di "automassaggio" delle mammelle, per diminuire i rischi di retrazione della capsula peripotesica.

**La informiamo** che gli effetti collaterali di questo trattamento sono minimi ma possono presentarsi (inclusi i rischi correlati):

- edema,
- sanguinamento,
- dolore,
- infezione,
- deiscenza della ferita
- cicatrice antiestetica o patologica (ipertrofica o cheloidea),
- linfedema,
- sieromi,
- asimmetrie del profilo corporeo,
- liponecrosi,
- necrosi cutanee,
- necrosi del complesso areola capezzolo,
- alterazioni della sensibilità cutanea,
- Contrattura capsulare,
- Rottura protesica,
- Dislocazione e/o rotazione protesica,
- Esposizione protesica

**La informiamo** che alcune delle complicanze specifiche dell'intervento possono richiedere un intervento chirurgico correttivo successivo.

**La informiamo** che per la ricostruzione si utilizzano le stesse vie di accesso della mastectomia. Quindi non vengono praticate incisioni supplementari e di conseguenza non vi saranno cicatrici, oltre quelle derivanti dalla mastectomia. La qualità delle cicatrici varia con il passare dei mesi dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale.

**La informiamo** che nel caso in cui i tessuti dell'area mammaria non siano idonei, o per quantità o per qualità (danno ai tessuti da radiazioni), ad essere usati per ricevere una protesi o ad essere espansi, si può ricorrere all'apporto di tessuto sano da aree limitrofe. Il lembo più frequentemente impiegato in questo caso è

	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA</b></p> <p align="center"><b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON PROTESI E/O TESSUTO AUTOLOGO</b></p>	<p>UOC DM – UOSD CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO MOD 18-2022 Rev. 00 07.03.2022 PAG 4 DI 5</p>
---	--	---

il *lembo muscolo-cutaneo di grande dorsale*. Sotto i predetti lembi sono introdotte protesi o, più frequentemente, espansori mammari. A volte queste procedure sono impiegate allo scopo di poter disporre di tessuto abbondante che permetta l'uso immediato di una protesi definitiva, evitando la fase di espansione e il secondo atto chirurgico della sua sostituzione. Lo *svantaggio* principale di queste metodiche è rappresentato dagli esiti cicatriziali secondari al prelievo del lembo, che possono lasciare cicatrici difficili da mascherare al dorso.

**La informiamo** che qualora non vi siano le condizioni per una ricostruzione con una delle tecniche già descritte, oppure se la Paziente non è favorevole all'uso di materiali estranei o se il seno controlaterale è di notevoli dimensioni e la Paziente non è disponibile ad una modifica sostanziale dello stesso, vi è la possibilità di ricostruire la mammella utilizzando esclusivamente tessuti propri della Paziente.

**La informiamo** che in qualche caso questi lembi possono essere mobilizzati su un peduncolo vascolare che verrà lasciato integro (lembi peduncolati); in altri casi, il lembo verrà completamente staccato e la sua sopravvivenza nell'area mammaria garantita da micro-anastomosi vascolari, cioè dall'affrontamento dei vasi sanguigni del lembo e dell'area ricevente. Il più noto e il più usato di questi lembi è il cosiddetto TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Un tipo più avanzato di lembo micro-vascolare, di introduzione più recente permette di non prelevare affatto il segmento di muscolo, isolando al suo interno solo i vasi perforanti. Si tratta del lembo DIEP (Deep Inferior Epi-gastric Perforator), che consente oggi di utilizzare il tessuto addominale sotto l'ombelico senza asportare né danneggiare in modo grave i muscoli retti dell'addome.

**La informiamo** che l'intervento dura tra le 5 e le 8 ore. Al termine dell'intervento, per un più completo monitoraggio, la Paziente può essere trasferita in Terapia Intensiva dove rimarrà per la notte, rientrando in Chirurgia Plastica il mattino successivo. Nel periodo post-operatorio il dolore viene controllato con specifici analgesici. In seconda giornata post-operatoria la Paziente sarà posta seduta sul letto e verranno suggeriti appositi esercizi di respirazione. Verrà rimosso anche il catetere vescicale. Il terzo giorno inizia la deambulazione. I drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi quando la quantità di liquido drenato nelle 24 ore è inferiore ai 30-40 cc.

**La informiamo** che la dimissione avviene generalmente dopo una settimana dall'intervento. *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.

**La informiamo** che le possibili complicanze in un intervento di ricostruzione mammaria con tessuto autologo sono:

- edema,
- sanguinamento,
- dolore,
- infezione,
- deiscenza della ferita

- cicatrice antiestetica o patologica (ipertrofica o cheloidea),
- linfedema,
- sieromi,
- asimmetrie del profilo corporeo,
- liponecrosi,
- necrosi cutanee,
- necrosi del lembo,
- difficoltà di guarigione della fonte,
- alterazioni della sensibilità cutanea,
- ernie.

**La informiamo** che esiste un'ulteriore metodica ricostruttiva che prevede il trasferimento di grasso libero, prelevato con un apposito apparecchio da altre aree del corpo della stessa Paziente, opportunamente trattato, e reiniettato nella sede della mammella da ricostruire. Poiché non è possibile trasferire in un unico intervento la quantità di grasso necessaria per la ottenere una adeguata neo-mammella e poiché una certa percentuale del grasso trasferito viene riassorbita, l'intervento ricostruttivo sarà eseguito a tappe distinte tra loro di alcuni mesi.

**La informiamo** che l'ultimo atto della ricostruzione mammaria è ricreare il complesso areola-capezzolo. Generalmente si esegue dopo alcuni mesi dal termine della ricostruzione per permettere un assestamento definitivo della neo-mammella. Molteplici sono le tecniche ideate per raggiungere lo scopo.

**La informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_