

	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 1 DI 22
---	---	---

Gentile Signora,

La informiamo che, in relazione alla patologia indicata nell'allegato modulo di consenso, si propone il trattamento sanitario che segue:

RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Prima di entrare nel dettaglio dell'intervento a cui dovrà essere sottoposta Le forniamo alcune informazioni generali.

Lo scopo della Chirurgia Plastica è quello di correggere difetti o dismorfie di varia natura. Si fanno cose buone, a volte ottime ma mai miracoli per cui è opportuno avvicinarsi ad un intervento di chirurgia ricostruttiva con le giuste aspettative.

La Chirurgia Plastica comporta atti medici e chirurgici e la chirurgia non è una scienza esatta. Si deduce che non può essere pronosticata in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue, soprattutto perché il tempo continua a trascorrere e con sé l'invecchiamento e la modifica dei tessuti che portano ad un mutamento delle condizioni fisiche. Provate a vedere una vostra foto di 5 anni fa. Ahimè vedrete un'altra persona...

È necessario sottolineare che molti fattori condizionano il risultato finale. In primo luogo, ma non solo, i processi di guarigione e di cicatrizzazione che continuano per mesi dopo l'intervento e non sono controllabili né dal Chirurgo né dal Paziente. Poi le condizioni generali di salute, le abitudini di vita, la sua età, le caratteristiche specifiche dei tessuti (pelle e tessuto sottocutaneo), l'aspetto fisico e le influenze ormonali ed ereditarie.

Ogni atto chirurgico produce inevitabilmente sequele, di differente entità a seconda del tipo d'intervento e del caso specifico, che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento come ad esempio le cicatrici residue che, anche se posizionate e confezionate nel miglior modo possibile, sono comunque permanenti ed indelebili.

Come in qualsiasi tipo di chirurgia esistono le complicanze che ogni Paziente deve considerare prima dell'intervento.

Finalità dell'intervento

I progressi della chirurgia e le nuove tecnologie nel campo dei biomateriali consentono oggi di ricostruire con risultati molto brillanti le mammelle operate.

La ricostruzione vuole migliorare l'impatto psicologico e fisico che la paziente subisce con la menomazione. Ricordiamo, per quanto pleonastico, che la mammella è il simbolo stesso della femminilità ed è importante quindi che venga ricostruita il prima possibile.

	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 2 DI 22
---	---	---

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.

Se al momento della diagnosi, come è naturale, la donna è preoccupata solamente di asportare il tumore, dopo l'esecuzione dell'intervento demolitivo il pensiero principale sarà quello di ripristinare quanto perso per cancellare anche il ricordo della malattia stessa. È quindi importante che il processo di ricostruzione sia stato avviato subito

La procedura ideale è la *ricostruzione immediata*, iniziata cioè al momento stesso della mastectomia.

Se, per vari motivi, la ricostruzione non viene eseguita nel corso dello stesso intervento di asportazione della mammella, si parla di *ricostruzione differita*.

Come si esegue l'intervento

L'obiettivo del Chirurgo Plastico 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 stress fisico.

Un intervento bilaterale consentirà sempre una migliore simmetrizzazione ma la bilateralità va necessariamente giustificata da motivazioni clinico/scientifiche: mutazioni genetiche che predispongono al carcinoma mammario, storia familiare, difficoltà di diagnosi per mammelle di grandi dimensioni e/o molto dense e fibrose.

Non esiste una metodica di ricostruzione in assoluto migliore delle altre e quindi consigliabile in tutti i casi. Sono numerosi infatti, i parametri di cui il Chirurgo Ricostruttivo deve tener conto al momento della scelta della tecnica più idonea:

- *tipo di demolizione eseguita.* *Quadrantectomia* (asportazione di un quadrante, cioè di una parte della mammella), *mastectomia a risparmio di cute e del complesso areola capezzolo* (*Skin Sparing Mastectomy* e *Nipple sparing mastectomy*) o, in casi ormai sempre più rari, *mastectomia radicale modificata* (asportazione dell'intera mammella comprendente cute, areola e capezzolo e ghiandola).
- *tipo costituzionale della Paziente.* Magra, normopeso, sovrappeso. Lo spessore del pannicolo adiposo sottocutaneo ed il trofismo muscolare giocano un ruolo molto importante nella scelta della tecnica di ricostruzione;
- *forma e dimensioni della mammella controlaterale.* Essendo la simmetria l'obiettivo principale della ricostruzione, è fondamentale conoscere quali tecniche siano più idonee a riprodurre una mammella di forma e dimensioni simili a quelle del lato opposto;
- *altre caratteristiche proprie della Paziente.* La presenza di eventuali malattie intercorrenti, o di cicatrici da pregressi interventi chirurgici in aree donatrici di lembi, fumo, ecc;
- *terapie adiuvanti successive all'atto chirurgico demolitivo.* Specialmente la necessità di un trattamento radioterapico può rendere meno opportuno l'impiego di certe tecniche ricostruttive a favore di altre.

 	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 3 DI 22
---	---	--

La scelta della metodica di ricostruzione è un momento molto delicato e ogni candidata deve essere opportunamente informata. È auspicabile che ci sia un supporto psicologico.

Non esiste una tecnica valida per tutte le Pazienti.

Per ogni donna deve essere individuata la procedura più appropriata.

L'esperienza del Chirurgo gioca un ruolo determinante. Deve essere in grado di eseguire tutte le tecniche ricostruttive per non forzare la scelta della Paziente, dirigendola sempre nella direzione della procedura a lui nota.

Preparazione all'intervento

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti in stato di gravidanza. In caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche.

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

In taluni casi, quando il Chirurgo lo ritenga opportuno, 3 settimane circa prima dell'intervento, vengono eseguite una o due donazioni di sangue da effettuare presso un Centro Emotrasfusionale; se necessario, le unità di sangue verranno infuse nel corso dell'intervento o nel post-operatorio al fine di ridurre l'anemia. Una metodica alternativa, con la stessa finalità, consiste nell'esecuzione di un prelievo di sangue immediatamente prima dell'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.

Quando si programmano ricostruzioni differite:

- un mese prima dell'intervento dovrà sospendere l'eventuale terapia ormonale estrogenica (pillola), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone, per diminuire i rischi di tromboembolia;
- almeno 2 settimane prima dell'intervento dovrà sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo aspirina) e almeno un mese prima sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso. Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo, asportato lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi e depilate le ascelle.

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande.

Tecniche di ricostruzione

Le tecniche di ricostruzione possono essere distinte in due grandi gruppi:

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

METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO L'IMPIEGO DI MATERIALI PROTESICI

Come detto la procedura migliore per ottenere un buon risultato cosmetico è la ricostruzione immediata in tempo unico facendo seguito alle più attuali tecniche di mastectomia che prevedono il risparmio del mantello cutaneo e del complesso areola-capezzolo.

E sono:

- a) ricostruzione mammaria retro-pettorale con matrice dermica/reti e protesi definitiva;
- b) ricostruzione mammaria con posizionamento pre-pettorale della protesi definitiva con o senza matrici dermiche/reti.

Ricostruzione mammaria retro-pettorale con matrice dermica/reti e protesi definitiva.

La matrice dermica o la rete può essere immaginata come un 'foglio' naturale/ sintetico. Nel primo caso (ADM) si tratta di una matrice dermica a derivazione animale, nel secondo (Mesh) di reti, "assorbibili o non riassorbibili" entrambe comunque vengono gradualmente integrate nel tessuto sottocutaneo. A parte le differenze di origine e aspetto, la funzione di ADM e Mesh è quella di contribuire a coprire la protesi. Questo "foglio" viene suturato internamente in modo da formare una sorta di amaca tra il muscolo pettorale disinserito nella sua porzione inferiore ed il solco sottomammario. Si forma così una tasca perfetta in cui alloggiare la protesi. I casi più indicati sono rappresentati dalle mammelle medio-piccole con scarsissima rappresentazione di tessuto sottocutaneo/adiposo, in cui la possibilità di ricorrere all' ADM o Mesh permette di ottenere un polo inferiore ben rappresentato.

Vantaggi:

- conservazione del cono mammario cutaneo e solco sottomammario,
- integrazione del mesh biologico progressiva ed ottimale con successiva eventuale ptosi della mammella ricostruita in un decorso post-operatorio simile alle altre tecniche.

a) Ricostruzione mammaria pre-pettorale

La ricostruzione pre-pettorale prevede il posizionamento della protesi al di sopra del muscolo grande pettorale. Tale tecnica ha l'indiscutibile vantaggio di non alterare la fisiologia del muscolo grande pettorale che rimane al suo posto e di azzerare l'effetto collaterale della "animazione" senza anomale sollecitazioni (movimento delle protesi conseguente all'attività muscolare di copertura). È necessario che la paziente presenti una buona rappresentazione del tessuto sottocutaneo/adiposo per poter garantire una buona

	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 5 DI 22
---	---	---

copertura dell'impianto protesico. Tale tecnica può essere eseguita con l'ausilio d ADM o Mesh o con l'impiego del solo impianto protesico.

INDICAZIONI ALL'INTERVENTO

I tessuti residui nell'area mammaria devono essere di buona qualità e abbondanti.

CONTROINDICAZIONI ALL'INTERVENTO

La malattia localmente avanzata è la prima e una delle pochissime controindicazioni. Soggetti sottoposti a mastectomia che ha portato all'asportazione del muscolo grande pettorale; soggetti sottoposti o da sottoporre a radio-terapia; soggetti in forte sovrappeso con mammelle molto voluminose.

Una controindicazione relativa è la radio-terapia.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO

La forma apparentemente più semplice e sicuramente meno stressante per la paziente 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 più un terzo ambulatoriale per l'eventuale ricostruzione del Complesso Areola-Capezzolo (CAC). La protesi mammaria viene posta al di sotto o al di sopra del muscolo grande pettorale. Nel caso fosse al di sotto. Per completare lateralmente e inferiormente la copertura della protesi si solleva parte del muscolo serrato anteriore o della sua fascia e lo si sutura al grande pettorale o si utilizza un supporto sintetico (rete) o a derivazione animale (ADM).

Se non vi è tessuto a sufficienza per poter ricreare immediatamente con l'ausilio di una protesi, una mammella di dimensioni e forma simili alla controlaterale, viene impiegato un *espansore tessutale* che è una protesi di uso temporaneo, che viene riempita 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 in ambulatorio senza alcun disagio per la paziente, una volta a settimana. Questo provoca una distensione dei tessuti e la creazione di una tasca sufficiente ad accogliere la protesi. Durante il periodo di gonfiamento dell'espansore, soprattutto nelle 24-48 ore successive all'inserimento di soluzione fisiologica, potranno essere avvertiti "fastidi" o dolore e controllabili con normali analgesici.

Quando il volume dell'espansore sarà giudicato sufficiente e dopo un ulteriore periodo di "adattamento dei tessuti" (generalmente non meno di 6 mesi dopo il termine del gonfiamento), l'espansore verrà rimosso e sostituito con la protesi definitiva nel corso di un altro intervento chirurgico.

CARATTERISTICHE DELLE PROTESI MAMMARIE

Le protesi possono avere una *superficie* liscia o ruvida che viene definita testurizzata. Esistono inoltre protesi in silicone rivestite da poliuretano.

Oltre che per il materiale di cui sono costituite, le protesi mammarie possono essere scelte in base alle loro dimensioni, forma e consistenza del gel di silicone in esse contenuto (più o meno morbido). Per

quanto riguarda le dimensioni, la scelta viene eseguita in rapporto alle caratteristiche anatomiche della paziente (larghezza dell'emitorace, base di impianto della controlaterale)

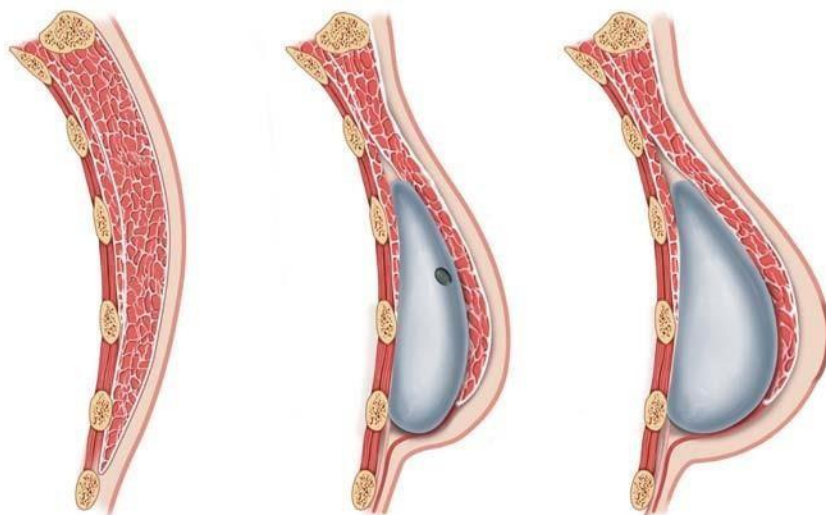


Figura 63. Ricostruzione mammaria mediante posizionamento di espansore mammario e sua successiva sostituzione con protesi definitiva.

Per quanto riguarda la forma, esistono protesi rotonde (non adatte alla ricostruzione) e protesi “anatomiche” cosiddette “a goccia”.

Ciascun tipo di protesi, a parità di altezza e di larghezza può avere una proiezione (cioè un profilo) di dimensione variabile, tale da conferire alle nuove mammelle una salienza più o meno accentuata.

In sintesi, la scelta della protesi più adatta dipende fundamentalmente dalle dimensioni della mammella controlaterale e del torace della donna.

Gli impianti mammari sono classificati come dispositivi medicali e sono soggetti ad usura.

La maggioranza delle ditte produttrici pur certificando la qualità di produzione con una garanzia sull'integrità strutturale, non ne assicurano la durata illimitata e ne consigliano la sostituzione dopo 10 anni.

ANESTESIA

L'intervento di inserimento dell'espansore e di sostituzione di questo con la protesi definitiva vengono eseguiti in anestesia generale.

A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.

DURATA DELL'INTERVENTO

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 2-3 ore.

DECORSO POST-OPERATORIO

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 40-50 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.

Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica. Per la prevenzione dell'embolia polmonare viene solitamente prescritta una profilassi con eparine a basso peso molecolare che solitamente inizia dopo l'intervento e viene proseguita per 3-4 settimane.

La dimissione avviene sempre prima della rimozione dei drenaggi.

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 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.

Per le prime 2 settimane dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia, il sollevamento di pesi e l'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

PRECAUZIONI

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 periprotetica.

Si raccomanda di segnalare la presenza di protesi all'atto della mammografia.

Si ricorda l'importanza di conservare e di esibire ad ogni visita di controllo il documento identificativo delle protesi.

POSSIBILI COMPLICANZE

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la ricostruzione mammaria può dare luogo a complicazioni sia anestesiológicas (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che chirurgiche. Queste, a loro volta, possono essere distinte in complicazioni generali e complicazioni specifiche.

COMPLICANZE GENERALI

Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici pre-operatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

Fra le complicazioni di carattere generale sono da ricordare:

- l'ematoma,
- il sieroma,
- l'infezione,
- le necrosi cutanee e
- la riapertura spontanea della ferita.

- La formazione di *ematomi*, conseguente a sanguinamenti nella sede di impianto della protesi, può verificarsi nei primi giorni dopo l'intervento. Si manifesta con repentini aumenti di volume e/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 protesi e reinserirla dopo aver fermato il sanguinamento.
- La formazione di *sieromi* consiste nell'accumulo, attorno alla protesi, 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.
- Le *infezioni* sono rare, ma, se non dominabili con gli antibiotici, possono rendere necessaria, seppure molto raramente, la rimozione delle protesi e l'attesa di alcuni mesi prima del loro reinserimento.
- Le *necrosi cutanee* sono rare e vengono trattate inizialmente in modo conservativo e successivamente, se necessario, con trattamento chirurgico. Se la necrosi comporta l'esposizione della protesi o dell'espansore, questi andranno rimossi e dovrà essere rispettato un periodo di alcuni mesi prima di poter procedere ad un nuovo intervento ricostruttivo.
- La riapertura spontanea della ferita (*deiscenza*), rara, nei casi più gravi può comportare l'esposizione della protesi (*si veda sotto*).

COMPLICANZE SPECIFICHE

Si segnalano: la retrazione della capsula periprotetica (contrattura capsulare), la rottura della protesi, lo spostamento della stessa (dislocazione e/o rotazione), l'esposizione della protesi e le alterazioni della sensibilità della pelle.

➤ In una certa percentuale di casi (circa il 20% dai dati di letteratura), in genere alcuni mesi dopo l'intervento, ma, sebbene più raramente, anche a distanza di anni, si verifica la *retrazione della capsula cicatriziale* che circonda le protesi. La protesi mammaria rappresenta un corpo estraneo, al pari di una valvola cardiaca artificiale, di una protesi d'anca, ecc...; è naturale che l'organismo reagisca circondando la protesi con una membrana connettivale (capsula periprotetica), per separarla dai tessuti circostanti. Nella maggior parte dei casi la mammella con protesi rimane abbastanza morbida. In altri casi invece, a causa di una reazione eccessiva dei tessuti, la capsula periprotetica subisce un progressivo ispessimento e si contrae. Tale evenienza (retrazione della capsula periprotetica) può indurre una fastidiosa sensazione di tensione dolorosa e talora un'alterazione della forma della mammella; può altresì verificarsi lo spostamento laterale o verso l'alto della protesi con una conseguente asimmetria mammaria. Con utilizzo di protesi dotate di una superficie ruvida ("testurizzata") il rischio di retrazione della capsula è diminuito rispetto al passato ma tuttora presente nelle percentuali segnalate. Anche l'utilizzo di protesi rivestite da poliuretano sembra ridurre il rischio di contrattura capsulare in percentuale difficile da valutare per la mancanza di studi su vaste casistiche in Chirurgia Ricostruttiva. Qualora la retrazione della capsula periprotetica sia di grado marcato, può essere opportuno procedere con un intervento correttivo consistente nella sua incisione o asportazione. A volte, nonostante tale intervento correttivo, la contrazione della capsula può verificarsi nuovamente. Per il formarsi costante della capsula periprotetica, anche se sottile, può divenire evidente, soprattutto nelle Pazienti magre, il fenomeno del "*wrinkling*", che consiste nella visibilità di "ondulazioni" della superficie della mammella in quanto i tessuti superficiali aderiscono alla protesi e ne seguono le depressioni dovute a minore riempimento soprattutto della parte superiore.

➤ Una complicanza rara è la *rottura della protesi*, che può verificarsi in occasione di forti traumi locali (ad esempio, le contusioni toraciche contro il volante o da cintura di sicurezza in corso di incidenti automobilistici), ma raramente anche spontaneamente, senza trauma importante apparente. Il rilievo di variazioni della forma o della consistenza della mammella dovranno quindi indurre la Paziente a consultare il Chirurgo. Qualora il sospetto di rottura venga confermato dall'esame ecografico e/o dalla risonanza magnetica nucleare, sarà necessario procedere alla rimozione della protesi ed all'eventuale sostituzione.

➤ *Lo spostamento della protesi* (dislocazione e/o rotazione) avviene raramente e può verificarsi precocemente, ma anche a distanza di tempo; può indurre asimmetrie poco evidenti, che non pregiudicano il buon risultato estetico d'insieme. Qualora invece provochi un'asimmetria evidente, può essere opportuno un intervento correttivo qualora manovre di riposizionamento non abbiano dato buon esito.

- *L'esposizione della protesi o dell'espansore* è un evento raro, che si può verificare in seguito ad infezioni, a necrosi cutanee (morte di una parte di tessuto di copertura) o alla diastasi (apertura spontanea) della ferita. In tale caso è necessario rimuovere la protesi ed attendere almeno 6 mesi prima di un nuovo inserimento.
- *La sensibilità della pelle* potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.

CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

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 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).

Oltre che a livello della cute, tessuto cicatriziale è presente anche nei piani profondi e può determinare, in alcuni casi, deformità della mammella difficilmente correggibili.

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.

Inizialmente le mammelle possono apparire leggermente più alte del normale, in particolare quando le protesi vengono posizionate sotto i muscoli pettorali. A distanza di alcune settimane o alcuni mesi dall'impianto retro-pettorale delle protesi, può rendersi evidente, durante la contrazione dei muscoli pettorali, un'alterazione della forma di una o entrambe le mammelle ("deformità dinamica").

METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO UN APPORTO DI TESSUTO NELL'AREA MAMMARIA E L'IMPIEGO DI MATERIALE PROTESICO

Nel caso in cui i tessuti dell'area mammaria non siano idonei, o per quantità o per qualità (danno ai tessuti da radiazioni), ad essere usati per ricevere una protesi o ad essere espansi, si può ricorrere all'apporto di tessuto sano da aree limitrofe.

Il lembo più frequentemente impiegato in questo caso è il *lembo muscolo-cutaneo di grande dorsale*. Questo muscolo assieme ad una losanga di cute dal dorso viene sollevato dalla sua sede anatomica, situata sul dorso in corrispondenza della regione scapolare, e viene ruotato anteriormente nell'area mammaria ad integrare o sostituire il tessuto lì presente per permettere l'introduzione di un espansore e/o di una protesi.

Questa tecnica può essere impiegata anche in caso di assenza del muscolo grande pettorale che andrà ad essere rimpiazzato dal grande dorsale.

Lo *svantaggio* principale di questa metodica è rappresentato dagli esiti cicatriziali secondari al prelievo del lembo. Le impotenze funzionali sono invece praticamente inesistenti.

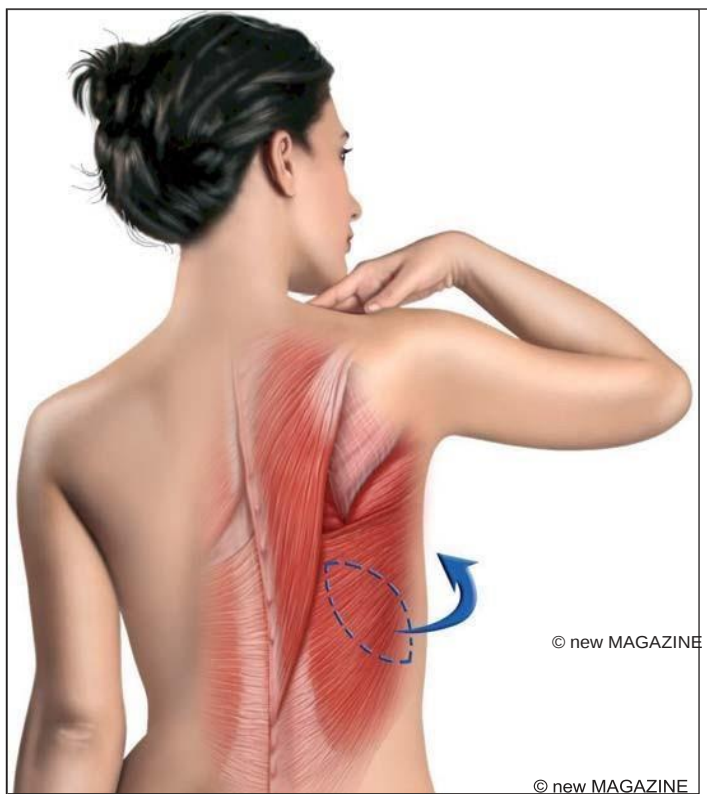


Figura 64. Ricostruzione mammaria mediante utilizzo di lembo muscolare di latissimus dorsi.

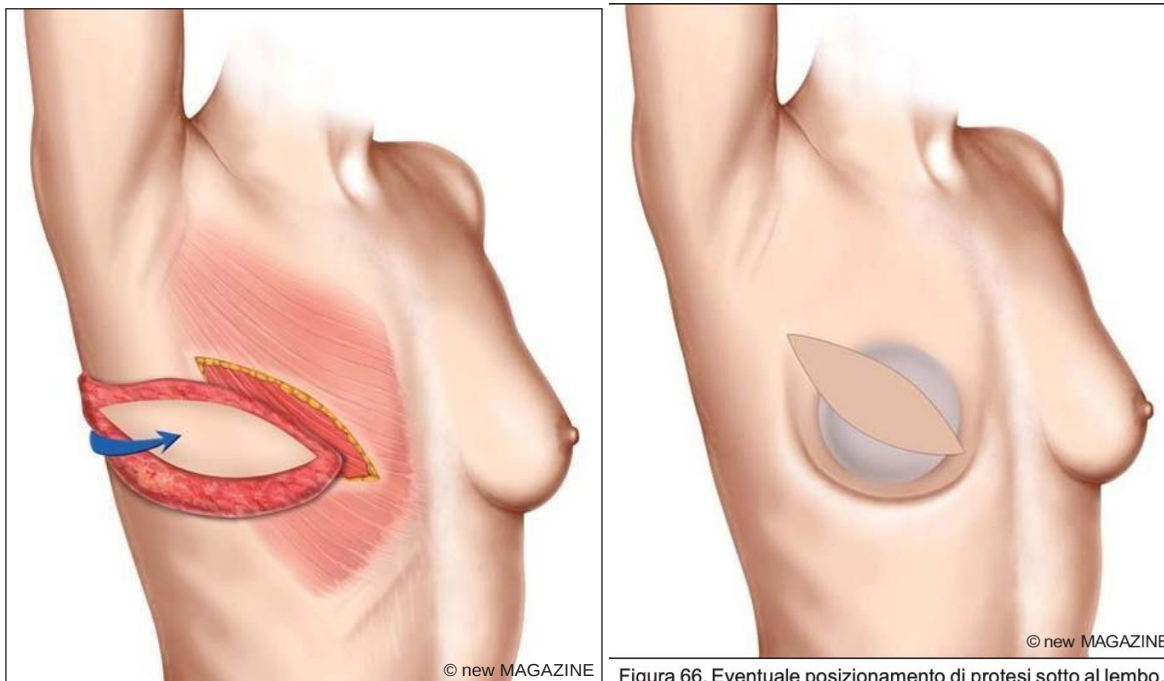


Figura 66. Eventuale posizionamento di protesi sotto al lembo.

METODICHE RICOSTRUTTIVE CHE PREVEDONO L'USO DEI TESSUTI PROPRI DELLA PAZIENTE SENZA MATERIALI ESTRANEI

VANTAGGI DELLA RICOSTRUZIONE CON TESSUTI PROPRI

Sono rappresentati dal fatto di avere una mammella formata solo da tessuti propri, senza materiali estranei. Questo fatto permette, tra l'altro, un invecchiamento e quindi una modificazione della nuova mammella abbastanza simile a quella della mammella controlaterale.

INDICAZIONI

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.

CONTROINDICAZIONI

Sono solo relative e sono rappresentate da Pazienti molto magre od obese, Pazienti con precedenti interventi addominali che possono aver compromesso la vascolarizzazione della parete.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHE UTILIZZA IL LEMBO ADDOMINALE

Il più noto e il più usato di questi lembi è il cosiddetto DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) lembo microvascolare composto solo da cute sottocute e adipe a risparmio completo del muscolo che viene trasferito con i suoi vasi tributari perforanti.

Il secondo lembo, questa volta non microchirurgico ma peduncolato è il TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Sovrapponibile al precedente ma con l'aggravio di sacrificare uno dei due muscoli retti addominali necessari alla sua sopravvivenza

I grandi *vantaggi del lembo microchirurgico* stanno in un danno molto più limitato alla parete addominale, in una maggiore maneggevolezza del lembo nella fase di modellamento e in una migliore vascolarizzazione dei tessuti

Il lembo in questo caso viene completamente separato dal corpo e trasportato in sede mammaria dove viene eseguita, al microscopio operatorio, con dei fili di sutura molto più sottili di un capello, l'anastomosi tra i vasi del lembo stesso ed altri preparati nell'area ricevente. Per esporre questi vasi situati lateralmente allo sterno è necessario asportare un piccolo tratto di costa.

La regione dell'addome dove viene prelevato il lembo viene riparata avanzando il tessuto sovra-ombelicale verso il basso e unendolo al margine inferiore. Internamente la fascia viene suturata come in un qualunque intervento di chirurgia addominale (se usi utilizza il TRAM). La ferita cutanea viene suturata. In pratica, si realizza la stessa procedura di un'addominoplastica.

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.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHE UTILIZZA IL LEMBO PRELEVATO DALLE COSCE

Un'alternativa al lembo DIEP è il lembo TMG (Transverse Myocutaneous Gracilis). Prevede un'incisione lungo la parte interna della radice della coscia, circa dal punto di mezzo della parte anteriore della coscia al punto di mezzo della parte posteriore (all'interno della piega glutea), passando internamente sulla coscia. Viene prelevata un'ellissi di cute e sottocute trasversale alla radice della coscia ed il muscolo gracile, che è un muscolo adduttore che si trova sulla parte interna della coscia e la cui assenza non determina alcun danno funzionale. Il peduncolo vascolare che porta sangue al lembo viene isolato in tutta la sua lunghezza fino ai vasi femorali profondi. Il lembo, dopo il distacco, viene portato in sede mammaria e modellato opportunamente. La sopravvivenza del lembo è garantita dall'apporto di sangue che si realizza mediante una anastomosi al microscopio esattamente come spiegato a proposito del lembo addominale. Il riparo della coscia avviene avvicinando i due lembi come si fa nel lifting di coscia.

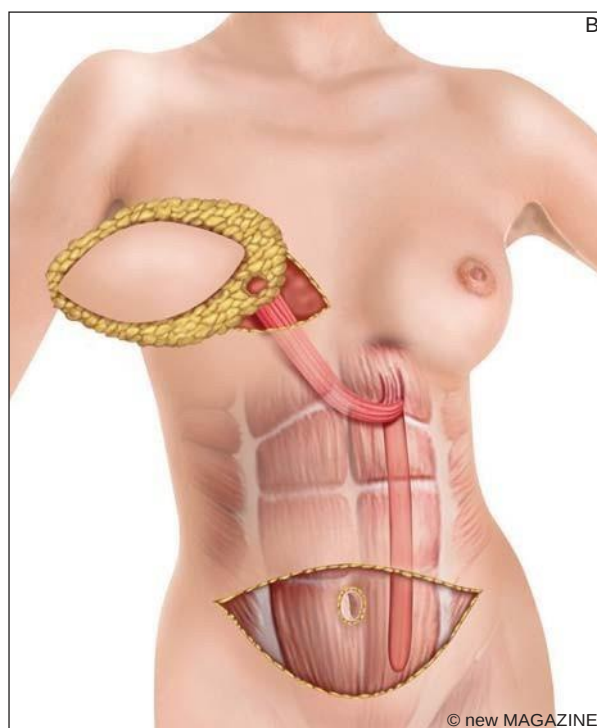
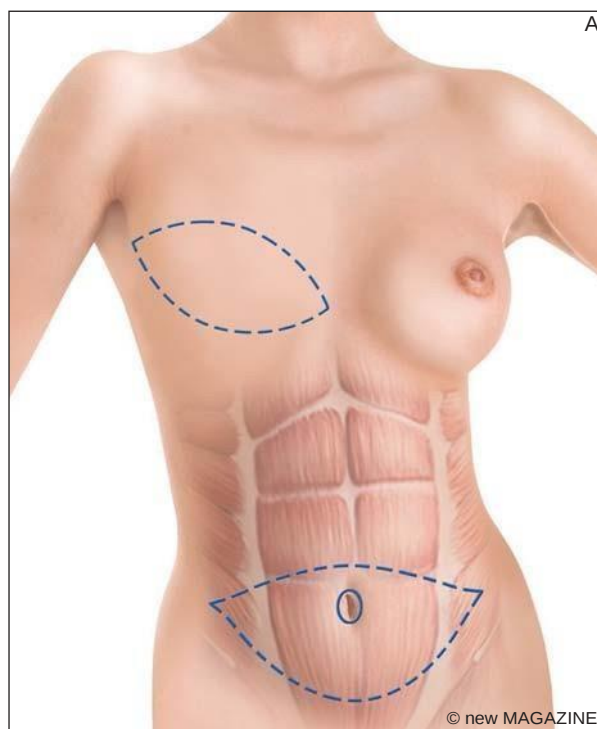
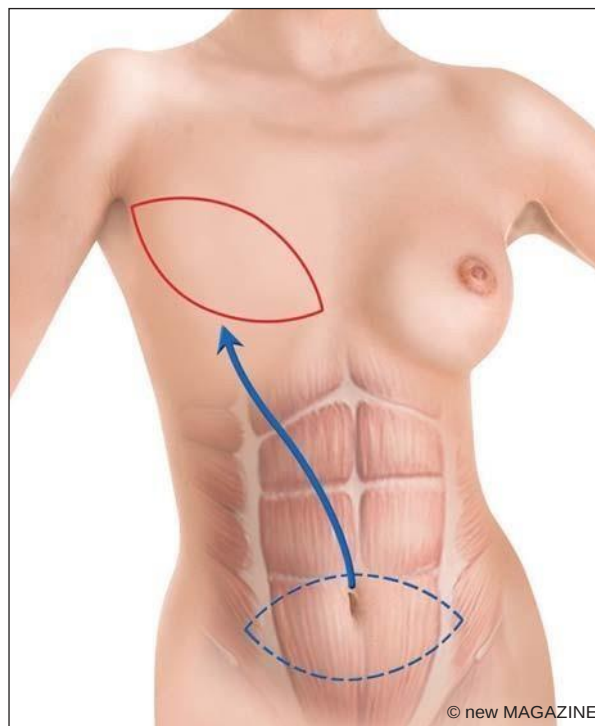
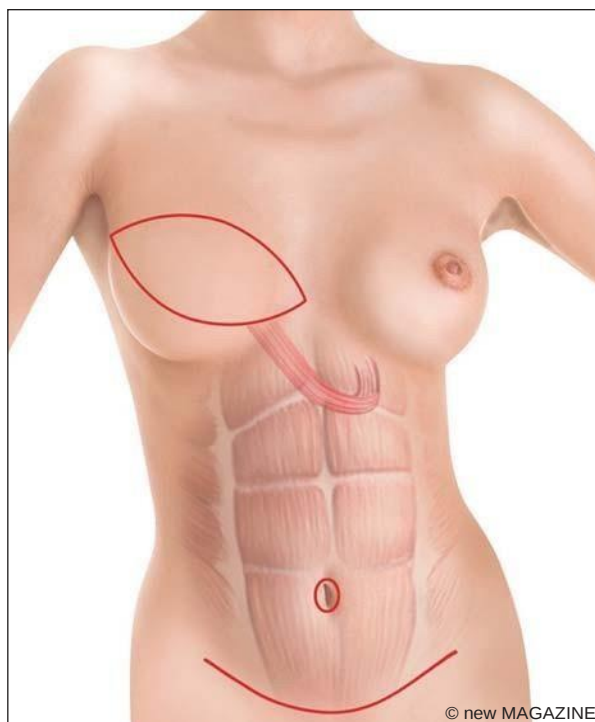


Figura 68. Ricostruzione mammaria con TRAM flap: allestimento (A) e trasposizione del lembo addominale (B).

**MODULO INFORMATIVO ALLA
PRESTAZIONE SANITARIA PER
INTERVENTO DI
RICOSTRUZIONE MAMMARIA**

UOC DM – UOC CHIRURGIA
PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE
MOD 01-2022
Rev. 01
06.03.2026
PAG 15 DI 22



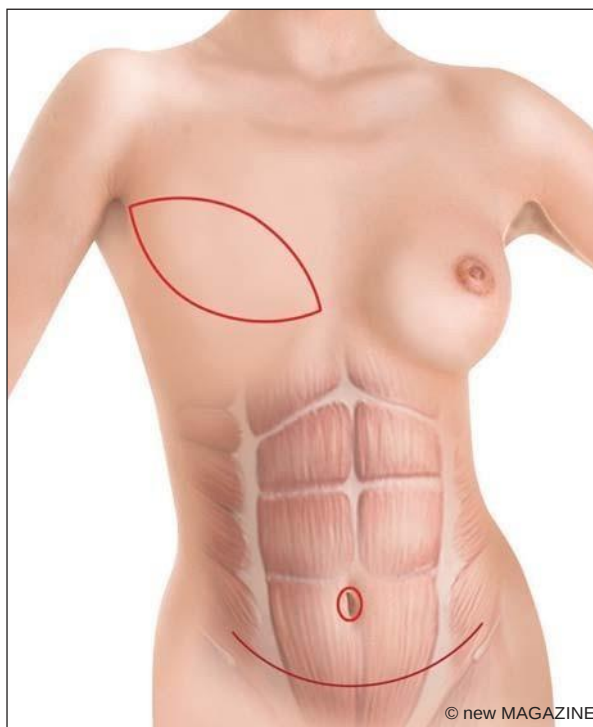


Figura 70. Ricostruzione mammaria mediante lembo microchirurgico DIEP.

ANESTESIA PER TUTTI GLI INTERVENTI CON LEMBI

La **informiamo** che l'intervento viene eseguito in anestesia generale. A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.

DURATA DELL'INTERVENTO

L'intervento dura tra le 5 e le 8 ore.

DECORSO POST-OPERATORIO

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.

Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica. Per la prevenzione dell'embolia polmonare viene solitamente prescritta una profilassi con eparine a basso peso molecolare, che solitamente inizia dopo l'intervento e viene proseguita per 3-4 settimane.

La dimissione avviene generalmente dopo 5-7 giorni 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: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

Per le prime 2 settimane dovrà essere evitata la guida di veicoli. I primi punti di sutura verranno rimossi 7- 10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo. Dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia, il sollevamento di pesi e l'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

In caso di lembo TMG dovrà essere evitata la posizione seduta con cosce flesse a 90 gradi sul bacino per due settimane e si dovrà portare per un mese una guaina contenitiva che verrà fatta indossare alla fine dell'intervento.

N.B. La mammella ricostruita sarà inizialmente più voluminosa della controlaterale e sarà necessario un secondo intervento, di minore entità, eseguito dopo alcuni mesi dal primo, per un modellamento al fine di migliorare la simmetria.

POSSIBILI COMPLICANZE

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la ricostruzione mammaria può dare luogo a complicazioni sia anestesilogiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che chirurgiche. Queste, a loro volta, possono essere distinte in complicazioni generali e complicazioni specifiche.

COMPLICANZE GENERALI

Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici pre-operatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

Fra le complicazioni di carattere generale sono da ricordare:

- l'ematoma,
- il sieroma,
- l'infezione e
- la riapertura spontanea della ferita.

- La formazione di *ematomi*, conseguente a sanguinamenti nella sede di intervento, può verificarsi nei primi giorni. Si manifesta con repentini aumenti di volume e/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 drenare il sangue raccolto.

- 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.
- Le *infezioni* sono rare e generalmente dominabili con gli antibiotici.

COMPLICANZE SPECIFICHE

Si segnalano:

- la necrosi del lembo,
 - le difficoltà di guarigione della fonte,
 - le alterazioni della sensibilità della pelle,
 - le ernie e le asimmetrie.
- La *necrosi del lembo* è la complicanza più grave e può avvenire entro i primi giorni dall'intervento. È importante un attento e molto frequente monitoraggio del lembo nel post-operatorio per accorgersi al più presto di eventuali problemi circolatori. In altre parole, possono manifestarsi delle difficoltà al passaggio del sangue tra l'organismo ed il lembo attraverso l'anastomosi vascolare (ricordiamo che si tratta di vasi del diametro di 1,5- 2,5 millimetri). Nel caso questo accada, può essere necessaria una urgente riesplorazione dell'anastomosi in sala operatoria nuovamente in anestesia generale. Si tratta di un'evenienza rara. Nel caso persistessero le difficoltà circolatorie all'interno del lembo le conseguenze possono essere una necrosi (morte) di una parte o di tutto il lembo. La parte necrotica va rimossa. In caso di *necrosi parziale* è possibile a volte utilizzare i tessuti residui, se sono sufficienti, per rimodellare la neo-mammella. Nei casi in cui la *necrosi sia totale* o i tessuti residui siano insufficienti, sarà indispensabile rimuovere i tessuti trasferiti senza successo e procedere ad una nuova ricostruzione utilizzando metodiche alternative. Le attuali percentuali di fallimento riportate in letteratura oscillano tra l'1% e il 6% per la variante microvascolare e tra il 4% e il 20% (comprendendo molte necrosi parziali) per la variante pedunculata, secondo le casistiche. La necrosi può interessare anche solamente il tessuto sottocutaneo (liponecrosi) 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. La necrosi, molto raramente, può interessare la parete addominale nell'area limitrofa alla sutura e può richiedere, ancora più raramente, un trattamento chirurgico.
- Le *difficoltà di guarigione della ferita*, sia a livello del lembo che dell'area donatrice all'addome o alla coscia si possono avere ritardi o difficoltà di guarigione della ferita.
- La *sensibilità della pelle* potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.

- Le *ernie* o “*bulging*” (rigonfiamenti della parete addominale) possono manifestarsi a livello dell’area donatrice sull’addome con una scarsa frequenza e sono legate all’uso dei lembi peduncolati (TRAM).

Sia a livello addominale che mammario possono comunque presentarsi delle *asimmetrie* che possono, essere corrette chirurgicamente anche se non sempre annullate completamente.

CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

Cicatrici saranno presenti sia a livello mammario sia a livello addominale o della superficie interna della coscia.

Nell’area mammaria ci potrà essere solo la cicatrice dovuta alla mastectomia, se è stato inserito un espansore mammario ed il lembo addominale usato come una protesi “naturale”, quindi completamente interna. Nel caso la quantità di tessuto 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 quella dell’area mammaria. Se non fosse possibile fare coincidere la seconda cicatrice con il solco sotto- mammario, 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, situata a metà strada tra l’ombelico ed il pube lunga quanto l’addome. Una cicatrice sarà presente anche attorno all’ombelico.

In caso di lembo TMG, la cicatrice sarà all’interno della coscia sul solco inguinale. Con il tempo potrà “allargarsi” e divenire parzialmente visibile e, raramente, dolorosa.

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). Oltre che a livello della cute, tessuto cicatriziale è presente anche nei piani profondi e può determinare, in alcuni casi, deformità della mammella difficilmente correggibili.

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.

RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO

L’ultimo atto della ricostruzione mammaria è ricreare il complesso areola-capezzolo.

 	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 20 DI 22
---	---	--

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 per il capezzolo che può essere ricostruito con un trapianto di una parte del controlaterale o può essere costruito con lembi locali di varia foggia, opportunamente modellati. Per l'areola più semplicemente, si può effettuare un tatuaggio direttamente sulla neo-mammella nella forma e dimensione desiderata.

Il difetto di questa tecnica difetto, consistente nella progressiva depigmentazione con il passare degli anni.

Nei 4-6 mesi successivi all'intervento sarà necessario utilizzare un para capezzolo in silicone per evitare ogni pressione sul nuovo capezzolo. Nonostante ciò la proiezione del capezzolo diminuisce nei primi dodici mesi anche di oltre la metà della proiezione originaria.

COSA ASPETTARSI DALL'INTERVENTO RICOSTRUTTIVO?

Grazie al continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche e dei materiali protesici è comunque possibile ottenere mediamente un risultato piuttosto soddisfacente, sia in termini di forma della mammella ricostruita sia in termini di posizione soprattutto se la ricostruzione viene eseguita nello stesso tempo della demolizione ed in un tempo unico. Con il posizionamento cioè immediato della protesi definitiva in seguito a mastectomia di ultimissima generazione a risparmio di cute e del capezzolo (Nipple Sparing Mastectomy). Il miglior risultato possibile è sempre quello che prevede la bilateralità che ricordiamo però deve avere precise indicazioni cliniche.

IL SENO CONTROLATERALE

L'obiettivo primario della ricostruzione, come si è detto, è l'ottenimento di una simmetria tra le mammelle.

Quando la mastectomia non è bilaterale è necessario correggere la mammella controlaterale, che si può presentare di dimensioni, forma o posizione diverse da quella ricostruita. Si procede quindi effettuando un intervento di adeguamento che potrà essere di aumento, riduzione, o riposizionamento (mastopessi).

RICOSTRUZIONE MEDIANTE INNESTO DI GRASSO PRELEVATO DALLA STESSA PAZIENTE

È indispensabile accennare al Lipofilling che è il trasferimento del grasso della stessa paziente che viene iniettato nella neo-mammella.

La metodica a nostro avviso ha dei limiti e quindi la utilizziamo o come refinement della ricostruzione alla comparsa di difetti come il wrinkling (ondulazione visibile della protesi) o, e direi soprattutto, per la rigenerazione dei tessuti che hanno subito danni da radioterapia. Ricordiamo infatti che il tessuto adiposo è la più importante sede di cellule staminali del nostro organismo insieme al cordone ombelicale.

Il lipofilling, inteso pertanto come trasferimento di cellule adipose, ma soprattutto di cellule staminali, ha diversi obiettivi e potenzialità: riempimento, ristrutturazione ed anche rigenerazione. Il riempimento è dimostrato dall'incremento volumetrico, la ristrutturazione e la rigenerazione sono evidenziati dai miglioramenti della qualità dei tessuti cutanei e sottocutanei in caso di trattamento di tessuti scarsamente irrorati come aree ulcerate, radiodermiti, radionecrosi e cicatrici di vario tipo. Alcuni aspetti biologici del trasferimento di tessuto adiposo non sono però del tutto evidenti e controllabili e questo comporta attualmente l'incapacità di stabilire quale sarà l'esatto volume che consegue all'iniezione di un determinato quantitativo di grasso e di conseguenza quale sarà l'effetto di riempimento ottenuto con un singolo intervento di lipofilling e la possibilità di dover effettuare trattamenti ripetuti a distanza di tempo. Pur con questi limiti, è opportuno dire che il lipofilling ha enormi potenzialità applicative nella chirurgia ricostruttiva della mammella in particolare:

- può essere molto utile come integrazione e complemento della ricostruzione mammaria con protesi andando ad avvolgere ed imbottire la protesi aumentando lo spessore del tessuto sottocutaneo contribuendo a rendere meno evidente la protesi stessa, riducendo la sensazione di "seno freddo" spesso presente in caso di ricostruzione, aumentando il grado di ptosi con un aspetto più naturale della mammella ricostruita;
- può contribuire a rendere meno visibile la protesi nei quadranti superiori riducendo la presenza di pieghe (il cosiddetto "rippling") e può rendere più morbida la reazione capsulare periprotetica riducendo la contrattura capsulare;
- può essere utilizzato per reintegrare i volumi mancanti in caso di esiti di quadrantectomie;
- può essere utilizzato per correggere malformazioni e deformità di sviluppo che si presentano con asimmetrie volumetriche di modesta/moderata entità nei casi nei quali il seno controlaterale si presenta di volume normale.

Il limite della metodica è che il grasso trasferito deve prendere vitalità dall'area ricevente e quindi non è mai possibile trasferirne troppo nello stesso momento per evitare che la stragrande maggioranza si perda. Sono necessarie quindi sempre e comunque più sessioni di lipofilling.

La cosa importante da sottolineare è che numerosi studi scientifici hanno dimostrato che la metodica è sicura e non crea fenomeni che possono portare ad una recidiva tumorale.

CONCLUSIONI

La ricostruzione mammaria fa ormai parte integrante di ogni intervento per tumore al seno, in quanto si è visto essere importantissimo per la donna poter ristabilire al più presto la corretta immagine corporea alterata dall'intervento demolitivo. Pertanto, tutte le donne che devono essere sottoposte ad interventi demolitivi alla mammella dovrebbero essere correttamente informate di questa possibilità e dovrebbero avere un incontro con il Chirurgo Plastico per una corretta presentazione del problema e per la discussione dei possibili risultati.

 	MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA	UOC DM – UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA IRE MOD 01-2022 Rev. 01 06.03.2026 PAG 22 DI 22
---	---	--

Come si è visto, esistono numerose metodiche ricostruttive. Per ottenere i migliori risultati è importante adattare il tipo di ricostruzione al tipo di danno e al tipo di Paziente. Non esiste quindi “la” metodica ideale, migliore delle altre, ma solo la più idonea per quel determinato caso.

Tutte le tecniche, se correttamente eseguite, nella Paziente idonea, possono dare ottimi risultati.

Il Chirurgo Plastico è lo specialista più idoneo alla scelta e all’esecuzione dell’intervento ricostruttivo.

Una parola a parte va aggiunta circa lo sviluppo di una rara malattia legata all’uso degli impianti protesici mammari. Si tratta di una rara forma di linfoma, il cosiddetto ALCL (linfoma anaplastico a cellule giganti) che non è un tumore della mammella, ma del sistema linfatico. L’incidenza attualmente rilevata in Italia è, secondo i dati del Ministero, di 2.8 casi su 100.000 (0.0028%) e sembra essere più frequente in alcuni tipi di impianti protesici a testurizzazione aggressiva oggi non più sul mercato. Questa malattia si evidenzia nella grande maggioranza dei casi con un importante versamento sieroso non infiammatorio a distanza di anni dall’intervento; ha prognosi eccellente con guarigione clinica, se trattata precocemente con la capsulectomia e la rimozione delle protesi. Soltanto in casi molto più rari si manifesta come una massa palpabile periprotetica. Anche sulla base di queste possibili complicanze, è necessario rivolgersi al chirurgo in caso di modifiche evidenti delle regioni mammarie e, in ogni caso, si raccomanda un corretto follow up annuale anche in assenza di sintomatologia con una semplice ecografia

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.