

**ORIENTARSI  
ALLO IOV**

**CONOSCERE  
PER PARTECIPARE  
ALLA CURA**



**OPUSCOLO  
PER PAZIENTI  
E FAMILIARI**

**Guida alla  
Ricostruzione  
Mammaria**

**IOV**  
  
**FORMA**

**PATIENT EDUCATION**  
Dove la formazione fa parte della cura

*Gentile Signora,  
il presente opuscolo è stato pensato per fornirle la possibilità di avere le maggiori informazioni per decidere se e come usufruire della possibilità di ricostruire il seno dopo intervento chirurgico per patologia oncologica.*

La ricostruzione mammaria è una possibilità a disposizione delle pazienti sottoposte ad intervento per asportazione di un tumore alla mammella per il miglioramento estetico del seno operato attraverso un intervento di chirurgia plastica. La branca della chirurgia plastica che si occupa di ricostruzione in ambito oncologico viene definita “oncoplastica”.

È importante ricordare a riguardo che la chirurgia plastica applicata ad un seno con segni di intervento chirurgico per carcinoma mammario non deve essere paragonata agli interventi con obiettivi puramente estetici. L’obiettivo primario è di ripristinare una simmetria di forme e volumi tra i due seni, concentrandosi

Esistono più modalità ricostruttive, tutte ugualmente valide, che devono essere valutate per indicazione e appropriatezza per ogni singola paziente a seconda di:

- ✚ tipo di demolizione (cioè l’intervento chirurgico al seno per asportare il tumore) mammaria eseguita (mastectomia con risparmio o amputazione del complesso areola-capezzolo, ecc.),
- ✚ costituzione della paziente,
- ✚ morfologia della mammella controlaterale,
- ✚ eventuali terapie adiuvanti (es. radioterapia)
- ✚ desideri della paziente.

Per raggiungere il risultato definitivo possono essere talvolta necessari più interventi chirurgici e quando possibile intervenire anche sulla mammella sana controlaterale al fine di ripristinare l'asimmetria mammaria compromessa.

Tuttavia sono molte le condizioni che possono rendere i risultati della ricostruzione mammaria diversi da quelli attesi. Sia subito dopo l'intervento chirurgico che a distanza di tempo si potrebbero presentare un'irregolarità del profilo del seno, anomalie di cicatrizzazione o altre asimmetrie meno evidenti.

La collaborazione tra chirurgo senologo e chirurgo plastico è quindi di fondamentale importanza nel trattamento chirurgico del tumore alla mammella per tendere ad un risultato estetico accettabile, così come il seguire sani stili di vita (non fumare, controllare il peso o tenere sotto controllo la glicemia/il diabete).

La ricostruzione mammaria non influisce né sull'andamento della malattia né sulle cure del caso, sia che si tratti di ricostruzione definitiva eseguita durante l'intervento di mastectomia (quando possibile) sia a distanza di mesi o anche anni per la sostituzione dell'espansore temporaneo, posizionato durante la mastectomia, con una protesi definitiva.

## Come avviene la scelta del tipo di ricostruzione mammaria? E quando effettuarla?

La scelta dell'intervento plastico ricostruttivo viene decisa con un colloquio approfondito tra la paziente e il chirurgo plastico. Questo permette di illustrare le opzioni in relazione alla specifica situazione oncologica, alle cure complementari e all'esito della chirurgia demolitiva (per l'asportazione della formazione tumorale).

A prescindere dall'intervento ricostruttivo deciso, è importante sottolineare che l'aspetto delle due mammelle non potrà mai essere identico poiché si deve intervenire su un seno che ha subito un cambiamento non naturale. Le tecniche di chirurgia estetica sono necessarie per ottenere il risultato estetico più accettabile possibile.

Vatenuto presente inoltre che le tempistiche per sottoporsi alla ricostruzione mammaria dopo intervento per patologia oncologica possono variare per diversi fattori. In primis la risoluzione del problema oncologico, che spesso prevede cure complementari alla chirurgia. Le possibilità ricostruttive si devono adattare al singolo caso, optando per una ricostruzione contestuale all'intervento senologico, oppure optando per una tempistica intermedia con ulteriore intervento chirurgico (a distanza di mesi dall'intervento senologico) o optando per un rinvio ad un secondo momento.

## LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON PROTESI

La modalità “classica” di ricostruzione mammaria si svolge impiantando una protesi mammaria sotto il muscolo pettorale (retromuscolare) o totalmente sottocutanea all’interno della tasca creata dalla mastectomia. L’impianto di una protesi si esegue in anestesia generale e dura poco più di un’ora, tempo in cui si provvede anche al rimodellamento della tasca e del solco infra-mammario.

Come per ogni intervento chirurgico sono possibili delle complicanze: quelle specifiche dell’impianto protesico possono essere la contrattura capsulare, la rottura della protesi, la dislocazione e/o rotazione, l’esposizione della protesi e le alterazioni della sensibilità, che possono necessitare di re-intervento.

Raramente, in occasione di forti traumi ma anche spontaneamente in presenza di grave e datata contrattura, la protesi può rompersi; tale evento non mette a rischio la paziente poiché basterà rimuovere la protesi, pulire la tasca e sostituire la protesi per risolvere la situazione.

Le protesi mammarie contengono per lo più gel di silicone e sono rivestite da involucri specifici (silicone, poliuretano, ecc.), a superficie liscia o, più frequentemente, variamente testurizzata, e sono soggette ad usura che necessita una sostituzione dopo circa 15 anni. Le protesi utilizzate in ricostruzione mammaria sono dispositivi medicali a marchio CE che le certifica come “sicure”: vari studi hanno dimostrato che le protesi non provocano tumori al seno, non interferiscono nelle indagini radiologiche di controllo e che non esiste correlazione tra le protesi in silicone e malattie autoimmunitarie.

## LA RICOSTRUZIONE MEDIANTE INNESTO DI GRASSO (LIPOFILLING)

La ricostruzione mediante innesto di grasso o lipofilling consiste nel prelevare del grasso tramite liposuzione con specifiche cannule dal sottocute di cosce o addome e nel trasferirlo (lipofilling) nella mammella. Questa tecnica rappresenta una modalità di ricostruzione completa o parziale della mammella con tessuti propri (autologhi) con lo scopo di colmare difetti di piccole e medie dimensioni dei tessuti molli del seno.

La ricostruzione per lipofilling è particolarmente vantaggiosa poiché aumenta la morbidezza del seno, riduce la contrattura capsulare e aumenta la sensibilità e il trofismo della cute. Per dare maggiore armonia corporea il chirurgo plastico può optare per l'aspirazione del sottocute della mastectomia e dei pilastri ascellari. Questi tessuti aspirati non vengono però re-iniettati.

Tali procedure si eseguono in anestesia locale, se la quantità di grasso necessario non è eccessiva, o in sedazione e richiedono meno di un'ora di intervento.

Tra le complicanze del lipofilling possono presentarsi le cisti oleose e, più raramente, la rottura delle protesi con le cannule durante l'intervento di lipofilling.

I dati di letteratura non riportano un maggior rischio di ripresa del tumore dopo lipofilling, tuttavia, poiché il grasso aspirato contiene cellule staminali e citochine (importantissime per la risposta immunitaria), tale procedura ricostruttiva deve essere concordata con l'oncologo di fiducia prima dell'intervento.

## LA RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO

A volte la mastectomia prevede l'asportazione del complesso areola- capezzolo, che può rappresentare l'ultimo step ricostruttivo quando il volume dei due seni è stato stabilizzato.

L'areola può essere ricreata con un innesto di cute prelevata dall'inguine (poiché in questa zona la cute è fisiologicamente iperpigmentata) o, più spesso, dermopigmentata con particolari tatuaggi colorati, senza lasciare cicatrici.

Laricostruzione del capezzolo consiste nel plasmare lembi di cute locali che vengono ruotati e trasposti a ricreare una proiezione conica per riprodurre la forma del capezzolo originario.

Laricostruzione del complesso areola-capezzolo si esegue in anestesia locale e dura circa un'ora.

## IL RIMODELLAMENTO DEL SENO CONTROLATERALE

A volte più essere necessario intervenire anche sulla mammella controlaterale per ottenere una migliore simmetria. Il seno sano può essere molto cadente (ptosico), piccolo (ipotrofico) o troppo grande (ipertrofico). A seconda della morfologia delle mammelle si propone una correzione diversa (mastopessi, mastoplastica riduttiva o additiva). Questa correzione si esegue al momento della ricostruzione mammaria.

Volume massa ghiandolare	Pelle	Forma	Tipo di intervento
Adeguate	Eccessiva e poco elastica	Discesa, rilassata	Mastopessi
Insufficiente	Eccessiva e poco elastica	Discesa, rilassata	Mast. additiva + mastopessi
Insufficiente	Normale	Adeguate	Mastoplastica additiva
Eccessivo	Normale	Adeguate o discesa	Mastoplastica riduttiva

## La mastopessi

La mastopessi si esegue per “sollevare” la mammella quando questa è ptosica (molto cadente) e comporta il rialzo del complesso areola-capezzolo con l’asportazione della cute in eccesso e il rimodellamento della ghiandola. In presenza di mammelle poco ptosiche il chirurgo interviene generalmente a livello peri-areolare, in presenza di mammelle più cadenti possono invece necessitare cicatrici verticali sotto l’areola fino a cicatrici a “T invertita” che coinvolgono anche il solco infra-mammario.

In alcuni casi, per ottenere un migliore risultato nel caso di mammelle piccole, può essere necessario un aumento del volume della mammella mediante l’inserimento di una protesi da posizionare sotto la ghiandola o sotto il muscolo pettorale.

La mastopessi si esegue in anestesia generale e dura circa un’ora.

Oltre alle classiche possibili complicanze, citiamo la necrosi parziale o totale della cute dell’areola e del capezzolo e le anomalie di sensibilità delle stesse aree, come anche la formazione di cisti mammarie.

## La mastoplastica riduttiva

La mastoplastica riduttiva si propone per ridurre le dimensioni delle mammelle e alzare quelle grosse e ptosiche. Ciò comporta resecare e asportare parzialmente pelle e ghiandola e riposizionare il complesso aureola-capezzolo.

La cicatrice in questo caso è per lo più peri-areolare e a T invertita.

L’intervento richiede circa un’ora e si esegue in anestesia generale.

Complicanze specifiche da ricordare sono le liponecrosi (infiammazione della ferita attraverso il tessuto adiposo necrotizzato, con spesso formazione di cisti) e l'alterazione della sensibilità del capezzolo, nonché le possibili necrosi del complesso areola-capezzolo, il cui rischio aumenta in relazione alla distanza del capezzolo dal giugulo (la fossetta compresa fra l'estremità superiore dello sterno e la base anteriore del collo).

## IL DECORSO POST-OPERATORIO DEGLI INTERVENTI ALLA MAMMELLA

Nel decorso post-operatorio è possibile provare dolore minimo controllabile con analgesici da banco. Spesso è necessario convivere qualche giorno con drenaggi aspirativi, assumere profilassi antibiotica e antitrombotica. I punti verranno rimossi dopo circa due settimane e solo allora sarà possibile fare la doccia. Fondamentale è la corretta gestione dei primi mesi, con l'utilizzo di un apposito reggiseno contenitivo e astenersi dal compiere movimenti energici dei pettorali (non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto, non sollevare pesi, non lavare i vetri, non portare borse o cartelle sulle spalle, evitare nelle prime settimane di utilizzare l'automobile per non mettere la cintura, ecc.). Sifa presente nuovamente che il fumo aumenta i rischi di complicanze. Studi clinici hanno evidenziato che la circolazione sanguigna è migliore nelle donne non fumatrici o che smettono di fumare almeno 3 settimane prima dell'intervento, comportando una minore probabilità di avere complicanze correlate all'intervento

### Bibliografia

Questo prospetto informativo è stato redatto attingendo dalla letteratura più recente e dal libro "Il consenso informato consapevole in Chirurgia Plastica Estetica" (ISBN 978-88-8041-059-1, casa editrice new MAGAZINE).

IOV *in* FORMA

