



## **PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA DOPO MASTECTOMIA UTILIZZANDO MATERIALE TESSUTI DELLA PAZIENTE STESSA (AUTOLOGHI)**

(Il presente opuscolo è parte integrante del consenso informato per intervento di ricostruzione mammaria)

### **PERCHE' RICOSTRUIRE UNA MAMMELLA ?**

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

La ricostruzione 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 mammella non è solo l'organo deputato all'allattamento, ma è stata da sempre considerata il simbolo stesso della femminilità. E' importante quindi che l'aspetto corporeo menomato dalla malattia venga ripristinato al più presto possibile. E' 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, o soprattutto, per la presenza del tumore, dopo l'esecuzione dell'intervento demolitivo essa sarà profondamente addolorata per la menomazione subita. E' quindi importante che venga rassicurata dal fatto che il processo di ricostruzione è già stato avviato o comunque può essere iniziato.

### **IN CHE MOMENTO RICOSTRUIRE LA MAMMELLA?**

Una volta si attendevano almeno cinque anni prima di ricostruire perché non c'era modo di essere sicuri di avere asportato tutta la malattia. Oggi, con i progressi della chirurgia e con la possibilità di valutare al microscopio la radicalità dell'asportazione chirurgica, il consiglio è di ricostruire il più presto possibile. Infatti, come già detto, la ricostruzione non interferisce né con l'evoluzione del tumore né con le eventuali terapie da intraprendere dopo l'intervento chirurgico, né con la possibilità di evidenziare in tempi rapidissimi un'eventuale ripresa della malattia.

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.

Non è mai troppo tardi per procedere ad una ricostruzione mammaria.

### **COME SI ESEGUE LA RICOSTRUZIONE?**

Deve essere chiaro alla paziente che non sarà mai possibile riavere esattamente il seno che le è stato tolto, nè 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, con il minor danno possibile per la paziente sia in termini di esiti cicatriziali che di sofferenze.

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 mastectomia eseguita. E' diverso progettare una ricostruzione in caso di mastectomia semplice o radicale modificata (asportazione dell'intera mammella comprendente cute, areola e capezzolo e ghiandola), o mastectomia con risparmio del complesso areola-capezzolo (CAC), o mastectomia con asportazione del CAC ma risparmio di cute o mastectomia con riduzione di cute.
- Tipo costituzionale della paziente. 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. Tra queste l'atteggiamento mentale (se sia più predisposta ad una ricostruzione in un unico tempo o se accetti più interventi), la distanza tra domicilio e ambiente ospedaliero (importante in caso di uso di espansori cutanei), la presenza di eventuali malattie intercorrenti, pregressi interventi chirurgici in aree possibili donatrici di lembi, la dedizione al fumo, ecc..
- Terapie adiuvanti successive all'atto chirurgico demolitivo. Specialmente la necessità di un trattamento radiante può rendere meno opportuno l'impiego di certe tecniche ricostruttive a favore di altre.
- Il desiderio della paziente.

La scelta della metodica di ricostruzione è un momento molto delicato e ogni donna deve essere opportunamente informata e supportata psicologicamente.

Non può quindi esistere una tecnica valida per tutte le pazienti.

Per ogni donna deve essere individuata la procedura più appropriata.

Nella scelta intervengono la sensibilità e l'esperienza del chirurgo -che 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- e la psicologia della donna, alla quale deve essere fornita una corretta informazione su tutte le possibilità offerte dalla moderna Chirurgia Plastica, evidenziandone pregi, difetti e rischi.

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'USO DEI TESSUTI PROPRI DELLA PAZIENTE SENZA MATERIALI ESTRANEI**

Qualora non vi siano le condizioni per una ricostruzione impiegando materiale protesico, 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.

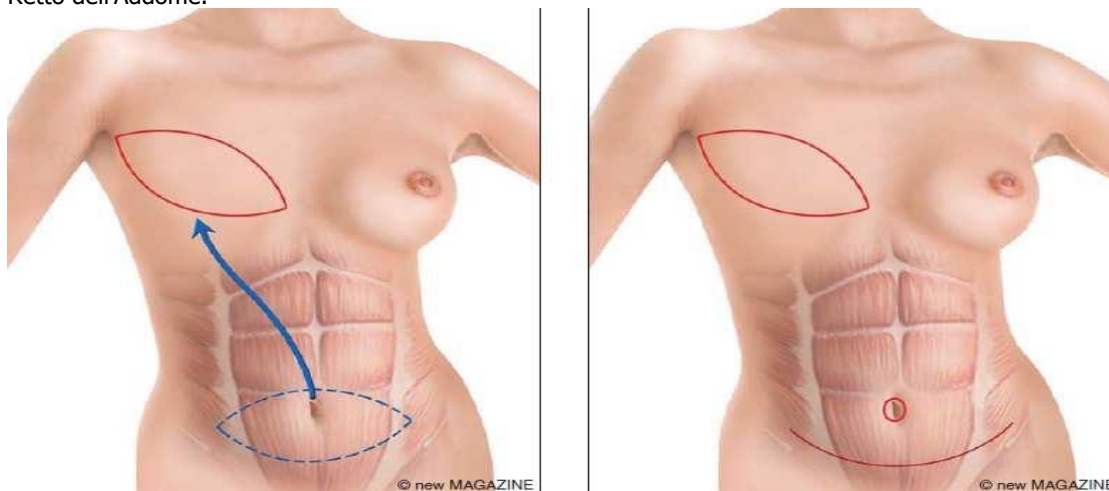
Questo tipo di ricostruzione può essere impiegato o contestualmente alla demolizione o dopo la fase di espansione (che è comunque utile per fornire del tessuto con lo stesso colore e la stessa trama di quello mammario) o, eventualmente, in un secondo tempo chirurgico.

Il principio è quello di trasportare in sede mammaria, e modellare opportunamente, lembi di tessuto di sufficiente volume, prelevati da altre aree del corpo.

Sempre meno impiegati sono i lembi mobilizzati su un peduncolo vascolare che viene lasciato integro e unito al corpo (lembi peduncolati). In tutti gli altri casi, il lembo viene completamente staccato dal corpo e la sua sopravvivenza nell'area mammaria garantita da micro-anastomosi vascolari cioè dall'affrontamento dei vasi sanguigni del lembo e dell'area ricevente.

### **LEMBI PRELEVATI DALL'ADDOME**

Il più noto e il più usato di questi lembi è il cosiddetto D.I.E.P. ( Deep Inferior Epigastric Perforator). Esso consiste nel prelievo del tessuto adiposo e cutaneo di tutta l'area addominale sotto ombelicale e nel suo trasferimento in sede mammaria. (Fig. 1) La vascolarizzazione del lembo è assicurata da vasi perforanti che raggiungono la superficie cutanea attraverso il muscolo Retto dell'Addome.



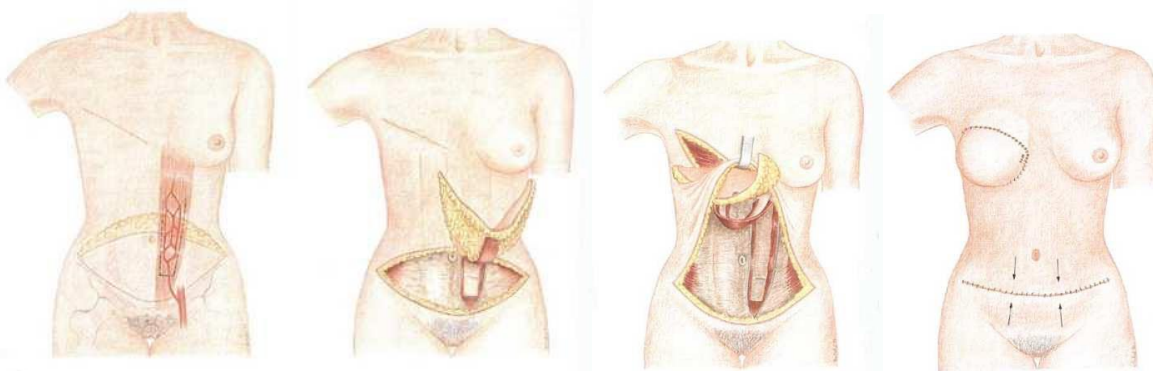
(Fig. 1)

Una variante assai poco in uso del lembo DIEP è il lembo T.R.A.M. (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Che preleva anche un segmento di muscolo retto addominale. Esistono due versioni di questo lembo: la versione microvascolare e la versione peduncolata, che viene qui descritta nonostante venga impiegata molto di rado e solo in casi selezionati, considerato il grave indebolimento della parete addominale che comporta ed il rischio di necrosi del lembo.

1. Nella versione microvascolare, viene prelevata solo una piccola porzione di muscolo Retto Addominale, ed in particolare quella piccola porzione attraverso la quale transitano i vasi perforanti.



2. Nella versione pedunculata il muscolo Retto Addominale viene sezionato nella parte bassa dell'addome mantenendolo unito al tessuto addominale sovrastante, e sollevato fino al margine dell'arcata costale. Il lembo viene quindi portato in sede mammaria facendolo passare sotto i tessuti sovra ombelicali e toracici. In questo caso la vascolarizzazione è garantita dai vasi Epigastrici Superiori, continuazione dei vasi Mammari Interni. Questi vasi sanguigni non vengono interrotti durante l'intervento. E' un intervento raramente effettuato oggi. (Fig. 2)



(Fig. 2)

Il lembo DIEP lascia integri i muscoli della parete addominale (muscolo retto dell'addome). Il peduncolo vascolare del lembo viene anastomizzato ai vasi riceventi (vasi mammari interni o vasi toraco- dorsali).

I grandi vantaggi del lembo microchirurgico rispetto al lembo pedunculato consistono 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 per il maggior calibro del peduncolo vascolare rappresentato dai vasi Epigastrici Inferiori Profondi. Il lembo viene completamente separato dal corpo e trasportato in sede mammaria dove viene eseguita, al microscopio operatorio, l'anastomosi tra i vasi del lembo stesso ed altri preparati nell'area ricevente. La sutura viene eseguita con dei fili molto più sottili di un capello. I vasi riceventi sono situati lateralmente allo sterno (sotto il piano costale) o a livello della regione ascellare.

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. Recentemente, per ridurre i danni del prelievo del lembo, la fascia muscolare non viene più incisa longitudinalmente, ma se possibile, solo in due piccoli tratti. La ferita cutanea viene suturata. In pratica si realizza la stessa procedura di un'addominoplastica eseguita a scopo estetico.

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.

#### **MODALITA DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHE UTILIZZA IL LEMBO PRELEVATO DALLE COSCE (TMG)**

Se non è possibile la ricostituzione con il lembo DIEP, un'alternativa è il lembo TMG (Transverse Myocutaneous Gracilis o TUG). Esso 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 ed 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 un'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. (Fig3)



(Fig3)

### 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, anche a seconda delle variazioni ponderali, abbastanza simile a quella della mammella controlaterale.

### INDICAZIONI

Sono già state trattate all'inizio dell'opuscolo.

### 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. Fumo di sigaretta.

### ANESTESIA

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 cinque e le otto ore.

### DECORSO POSTOPERATORIO

Al termine dell'intervento, per un più completo monitoraggio, la paziente potrebbe essere trasferita in Terapia Intensiva rimanendovi per la notte, rientrando in Chirurgia Plastica il mattino successivo. Nel periodo post-operatorio il dolore viene controllato con specifici analgesici. In seconda giornata postoperatoria la paziente viene posta seduta sul letto e vengono suggeriti appositi esercizi di respirazione. Viene 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 eparina a basso peso molecolare che solitamente inizia subito dopo l'intervento e viene proseguita per 3-4 settimane. La dimissione avviene generalmente dopo una settimana dall'intervento. Per i primi tre-quattro 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; la nicotina, inoltre, ha un ben noto effetto vasocostrittore che può, in alcuni casi, compromettere la vitalità del lembo. 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 indossare per un mese una guaina contenitiva che verrà applicata alla fine dell'intervento

Spesso la mammella ricostruita è inizialmente più voluminosa della contro laterale. In questo caso sarà necessario un secondo intervento, di minore entità, eseguito dopo alcuni mesi dal primo, per un modellamento al fine di migliorare la simmetria.

### POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto 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 anestesologiche (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.

**Complicazioni 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, 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.

Embolia e Trombosi Venosa Profonda sono complicanze rare, ma piuttosto serie, associate agli interventi di ricostruzione mammaria. Nell'immediato periodo post-operatorio la paziente viene invitata a deambulare il prima possibile proprio per ridurre questi rischi, tipicamente associati all'allettamento. Ricordiamo che l'embolia polmonare può avere dalle conseguenze a volte fatali. La patologia oncologica ed il trattamento chemioterapico possono aumentare il rischio su esposto. Vengono messe in atto tutte le misure a scongiurare il verificarsi di questa complicanza che si presenta raramente.

### Complicazioni Specifiche:

Necrosi del lembo: è la complicanza più grave e può avvenire entro la prima settimana dall'intervento. E' 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 questi problemi si manifestassero, potrebbe essere necessaria un'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 necrosi del lembo riportate in letteratura oscillano tra l'1% e il 6% per la variante microvascolare (1.3% nella nostra casistica) e tra il 4% e il 20% (comprendendo molte necrosi parziali) per la variante peduncolata, secondo le casistiche.

La necrosi può interessare anche solamente il tessuto sottocutaneo (liponecrosi) e manifestarsi anche tardivamente. In questa evenienza si avvertirà una tumefazione dura nel contesto del lembo, che verrà riassorbita spontaneamente se di dimensioni contenute o dovrà essere asportata chirurgicamente o lasciata in sede 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.

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 addominale potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.

Ernie o "bulging (rigonfiamenti della parete addominale) possono manifestarsi a livello dell'area donatrice sull'addome con una scarsa frequenza (inferiore al 1%). Sono più frequenti nei lembi peduncolati, meno nei lembi TRAM e molto rare nei lembi DIEP.

Sia a livello addominale che mammario possono comunque presentarsi delle asimmetrie che possono, ma non sempre, essere corrette chirurgicamente.



### **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 e la diversa trama della cute del lembo rispetto a quella dell'area mammaria. Se non fosse possibile fare coincidere la seconda cicatrice con il solco sottomammario, 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.

Infine 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 inestetiche 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 (C.A.C.)**

L'ultimo atto della ricostruzione mammaria è ricreare il C.A.C..

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: l'areola può essere formata da cute dell'areola controlaterale, se questa è sufficientemente grande, trapiantata in forma spirale; da tessuto delle grandi labbra o inguinale per sfruttarne la maggiore pigmentazione o, più semplicemente e frequentemente, può essere tatuata direttamente sulla neo-mammella nella forma e dimensione desiderata.

Tutte queste metodiche presentano lo stesso difetto, consistente nella progressiva depigmentazione con il passare degli anni. Il capezzolo può essere ricostruito con un trapianto di una parte del controlaterale o può essere costruito con lembi locali di varia foggia opportunamente modellati.

Nei 4-6 mesi successivi all'intervento sarà necessario utilizzare un paracapezzolo 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?**

Qualunque sia la metodica ricostruttiva adottata deve essere chiaro che non sarà mai possibile ricostruire esattamente la mammella asportata, né eliminare le cicatrici delle incisioni praticate.

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. E' importante che ciò si verifichi sia a paziente vestita, sia a paziente in costume, sia a paziente svestita completamente. Il maggior beneficio della ricostruzione per la paziente deve essere psicologico, permettendole di dimenticare con il tempo la mutilazione subita e quindi la malattia di base. Ciò sarà possibile solo se la stigmata dell'intervento chirurgico, cioè la sua conseguenza nell'aspetto della donna, sarà minimo anche a paziente spogliata come è spesso nella vita di tutti i giorni.

La meta da raggiungere, per il Chirurgo Ricostruttivo, fare in modo che la paziente non ricordi gli interventi ogniqualvolta si guarda allo specchio.

Spesso ciò si realizza solo con un "ritocco" anche a carico della mammella controlaterale.

### **IL SENO CONTROLATERALE**

L'obiettivo primario della ricostruzione, come si è detto, è l'ottenimento di una simmetria tra le mammelle. In una certa percentuale di casi, per ottenere una buona simmetria, è necessario correggere la mammella controlaterale che si può presentare di dimensioni, forma o posizione un po' diverse da quella ricostruita o semplicemente di forma poco attraente, non gradita alla paziente e spesso difficile da riprodurre durante la ricostruzione.

Poichè comunque di interesse primario risulta il problema oncologico, è necessario escludere prioritariamente, con opportuni accertamenti, il sospetto di una bilateralità della neoplasia. Allo stesso modo si cerca di dissuadere dall'intervento le pazienti ad alto rischio di comparsa di neoplasia bilaterale (età molto giovane di insorgenza del cancro, neoplasia multifocale,



carcinoma lobulare, parenti di primo grado con storia di neoplasia mammaria bilaterale). E' oggi opinione corrente che procedure chirurgiche che coinvolgano la ghiandola mammaria non solo non favoriscano l'insorgenza di una neoplasia, ma nemmeno modifichino la possibilità di diagnosticare in tempi rapidi l'insorgenza di un eventuale tumore.

La correzione della mammella controlaterale, indipendentemente dalla tecnica di ricostruzione, è attuata in una percentuale di casi che oscilla dal 30% all'80% secondo le diverse casistiche.

### 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. 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.

Data.....	Firma della paziente per presa visione .....
-----------	--