



**UNA SCELTA
INFORMATA
E CONSAPEVOLE**

LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA



Hanno partecipato alla stesura di questo opuscolo:

Dott.ssa Silvia Germano

Dott. Marco Borsetti

S.C. Chirurgia plastica, chirurgia della mano e microchirurgia

Direttore : Dott. Giorgio Merlino

Ospedale Maria Vittoria di Torino

Prof. Paolo Bogetti

S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva U

Direttore: Prof. Paolo Bogetti

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



Gentile Signora,

in questa guida abbiamo cercato di sintetizzare tutte le informazioni necessarie per decidere se e come affrontare la ricostruzione della mammella dopo un intervento oncologico.

Le informazioni qui contenute non sostituiscono il colloquio con il chirurgo plastico ma sono pensate per permetterle di affrontare in modo consapevole e informato la visita preoperatoria.

Ogni tipologia di intervento chirurgico, qui descritta, deve essere valutata con il chirurgo plastico per indicazione e appropriatezza al singolo caso.

L'obbiettivo della ricostruzione mammaria è ripristinare una simmetria di forma e volume tra le due mammelle dopo un intervento oncologico.

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, applicate alla ricostruzione, sono necessarie per ottenere il risultato estetico più accettabile possibile.

Per raggiungere il risultato definitivo spesso sono necessari più interventi chirurgici da effettuare nel tempo; per ripristinare la simmetria mammaria compromessa è spesso necessario intervenire anche sulla mammella sana controlaterale.



Quali casi richiedono una ricostruzione mammaria?

Se è stato diagnosticato un tumore al seno che prevede una mastectomia ovvero l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria e una parte più o meno estesa della cute della regione mammaria.

Se è stato diagnosticato un tumore al seno che prevede un intervento conservativo ovvero la rimozione chirurgica del tumore e del tessuto mammario circostante, che può determinare un'asimmetria tra le due mammelle.

Se la paziente è portatrice di un gene (BRCA) che predispone alla comparsa di un tumore della mammella per cui è indicata una mastectomia profilattica, ovvero la rimozione del seno per prevenire il tumore.

Quando si effettua la ricostruzione mammaria?

La maggior parte delle ricostruzioni del seno può essere eseguita contemporaneamente alla mastectomia, ma può essere effettuata anche a distanza di mesi/anni (differita).

La scelta della tempistica dipende da diversi fattori: stadio del tumore, necessità di terapie aggiuntive, condizioni generali di salute e preferenze della paziente. La scelta non modifica l'esito finale dell'intervento, ma la letteratura scientifica è concorde nell'affermare che la ricostruzione immediata dia risultati migliori in termini di qualità di vita e benessere psicofisico della paziente.

Come si sceglie il tipo di ricostruzione mammaria e quali sono le tipologie di interventi ricostruttivi?

La scelta dell'intervento ricostruttivo viene effettuata durante la visita e il colloquio con il chirurgo plastico e il chirurgo oncologo. La scelta della tecnica ricostruttiva dipende da diversi fattori:

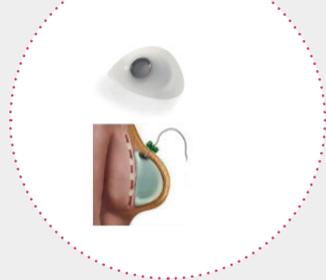
- 🌸 tipologia di intervento oncologico (conservativo, demolitivo) e, se demolitivo, tipologia di mastectomia
- 🌸 costituzione, condizioni generali, e patologie pregresse/in atto della paziente
- 🌸 morfologia della mammella controlaterale
- 🌸 necessità di effettuare terapie adiuvanti o storia di pregressa radioterapia
- 🌸 desiderio ed esigenze della paziente

La ricostruzione può essere effettuata utilizzando protesi definitive o provvisorie (espansori) o tessuti della paziente stessa (ricostruzione autologa).





Protesi



A seconda della tipologia di mastectomia effettuata possono essere usati espansori o protesi definitive.

Entrambi sono impianti costituiti da un involucro esterno di silicone: nel primo caso contengono soluzione fisiologica, nel secondo gel di silicone coesivo.

L'espansore è un "palloncino" posizionato esattamente come una protesi definitiva, con lo scopo di espandere la cute. Viene inserito già parzialmente riempito con soluzione fisiologica.

Il riempimento prosegue a completa guarigione della ferita della mastectomia e avviene in ambulatorio ogni settimana circa. Una volta raggiunto il volume stabilito, e dopo un periodo di assestamento di qualche mese l'espansore viene sostituito con la protesi definitiva.

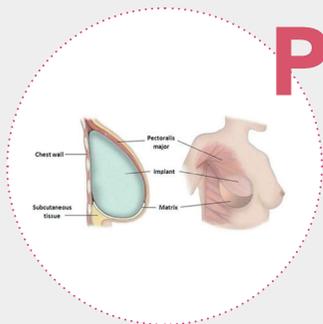
La protesi contiene gel di silicone coesivo può essere di forma e volume differenti, permette di ricreare immediatamente il volume perso con l'intervento chirurgico demolitivo. La superficie della protesi in silicone può essere testurizzata, rivestita in poliuretano o liscia. Può essere posizionata sotto il muscolo grande pettorale o in sede sottocutanea (ricostruzione prepettorale) con o senza l'impiego di matrici dermiche acellulari (ADM). Quando indicata, la ricostruzione prepettorale permette di ottenere una ricostruzione più naturale, riduce il dolore postoperatorio e riduce la necessità di simmetrizzare la mammella controlaterale.

Le matrici (ADM) sono lamine costituite da biomateriali (generalmente derivanti da derma porcino o bovino) e vengono utilizzate come "estensioni" del muscolo pettorale o per avvolgere totalmente la protesi e permetterne l'inserimento prepettorale.

La scelta di posizionare l'espansore o la protesi dipende dall'entità di cute asportata nel corso dell'intervento oncologico dalla conservazione o meno del complesso areola capezzolo, dall'eventuale pregressa radioterapia.

Se la mastectomia ha comportato la rimozione del complesso areola capezzolo oltre al volume, occorrerà ripristinare anche l'involucro cutaneo e solitamente viene utilizzato l'espansore; se la mastectomia ha preservato completamente l'involucro cutaneo e se questo è di buona qualità può essere inserita immediatamente la protesi.

Decorso Post-operatorio



Nel decorso post-operatorio è possibile provare dolore modesto controllabile con analgesici da banco. Spesso è necessario convivere qualche giorno con drenaggi aspirativi, assumere terapia antibiotica e antitrombotica profilattica.

I punti vengono rimossi dopo circa due settimane e solo allora sarà possibile fare la doccia. Per i primi due mesi è consigliabile l'utilizzo di un apposito reggiseno contenitivo e astenersi dal compiere movimenti energici con i muscoli 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.).

Si fa presente che il fumo aumenta i rischi di complicanze nel post operatorio riducendo la vascolarizzazione cutanea.

Vi sono possibili effetti indesiderati ogni volta che un materiale estraneo viene impiantato nel corpo. Quelli specifici dell'impianto protesico possono essere:

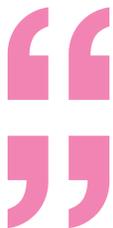
la contrattura capsulare, la rottura della protesi, la dislocazione e/o rotazione, l'esposizione e l'infezione della protesi.

**Rischi
e complicanze
connessi
all'utilizzo
delle protesi**

La contrattura capsulare è un ispessimento della capsula che si forma attorno alla protesi; può rendere la mammella dura, poco mobile, e dolorosa e può modificarne la forma.

La contrattura capsulare può comparire nel 25-30% dei casi di pazienti sottoposte a ricostruzione mammaria, ma solamente nel 10-15% dei casi tale contrattura è severa e richiede una correzione chirurgica. Il rischio di contrattura è molto più elevato (fino al 40%) se la paziente è stata sottoposta a radioterapia o dovrà eseguirla in futuro.





🍷 **La rottura della protesi** è un'evenienza molto rara.

Le protesi attualmente in uso contengono "gel coesivo" e in caso di rottura il gel il gel rimane all'interno della capsula periprotetica.

La rottura della protesi non mette a rischio la paziente: basterà rimuovere la protesi, pulire la tasca e sostituire la protesi per risolvere la situazione. Le protesi sono comunque soggette ad usura e possono necessitare di una sostituzione nel tempo. Le protesi utilizzate in ricostruzione mammaria sono dispositivi medici a marchio CE che le certifica come "sicure": vari studi hanno dimostrato che le protesi non provocano tumori al seno e non interferiscono nelle indagini radiologiche di controllo.

🍷 **La dislocazione e/o rotazione della protesi**

è un'evenienza rara dovuta alla mobilità che la protesi ha all'interno della tasca che viene creata in corso di mastectomia. Le protesi possono cranializzarsi, cioè spostarsi verso l'alto, o ruotare alterando così la forma del profilo mammario. In questo caso, è necessario un'intervento di correzione della tasca con eventuale sostituzione della protesi.

🍷 **L'esposizione della protesi** è una complicanza che si verifica quando la cute della regione mammaria ha una scarsa vascolarizzazione che si traduce in una mancata guarigione della ferita chirurgica e conseguente esposizione del materiale protesico sottostante. Non si può parlare di "rigetto della protesi" perché il problema non è dovuto alla protesi bensì alla scarsa qualità dell'involucro cutaneo che la contiene. Questa evenienza può essere causata da svariati fattori come il fumo, il diabete, l'eccessiva sottigliezza dei lembi cutanei di mastectomia, l'infezione perioperatoria. *Quando l'impianto protesico si espone va rimosso e, se è presente un quadro infettivo, non può essere sostituito ma deve essere effettuata terapia antibiotica mirata e solo a completa risoluzione dell'infezione si potrà procedere ad un successivo intervento ricostruttivo.*

BIA-ALCL e protesi mammarie

Il Linfoma Anaplastico a Grandi Cellule (ALCL) è una forma rara di Linfoma nonHodgkin (NHL) che si sviluppa a carico dei linfociti T. Nel 2011 la FDA (Food and Drug Administration) ha emesso un allarme a proposito della potenziale associazione fra protesi mammarie ed insorgenza di questo tipo di linfoma (BIA-ALCL). Nel 2017 la WHO (World Health Organization) ha classificato questa patologia nell'ambito delle neoplasie ematolinfopoietiche con comportamento non invasivo.

Attualmente, il numero di casi di BIA-ALCL resta estremamente basso (stimati in circa 1000 nel mondo e 79 in Italia) e non offre dati statisticamente significativi che possano mettere in associazione l'impianto con l'insorgenza di questa nuova patologia.

La mancata significatività dell'esiguo numero di casi riportati in letteratura scientifica, non può tuttavia esimere dal continuare a studiare questa patologia emergente al fine di definire meglio la reale frequenza, cause, aspetti clinici, decorso, prognosi e trattamento.



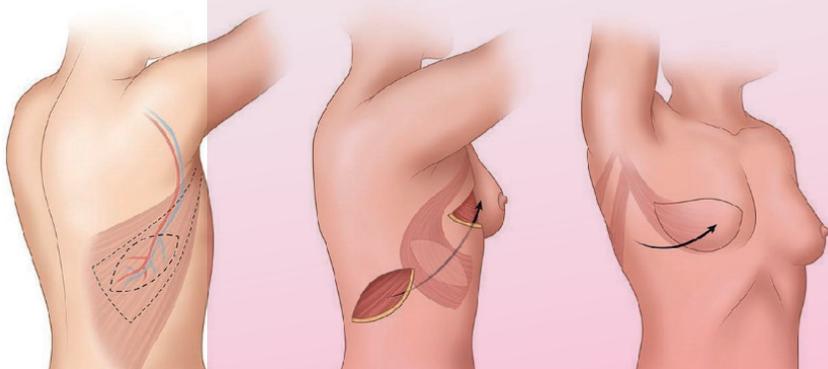


Sintomi del linfoma in pazienti con impianto protesico

La comparsa di un sieroma tardivo periprotetico è il sintomo clinico più frequente con cui la malattia si manifesta. Una paziente asintomatica segue i regolari controlli postoperatori. Nel caso in cui la paziente notasse a distanza di oltre un anno dall'intervento chirurgico un aumento di volume è indispensabile che si rechi da uno specialista in Chirurgia Plastica. Si dovrà far analizzare il siero ed eventualmente programmare il trattamento terapeutico che, generalmente, **CONSISTE ESCLUSIVAMENTE NELLA RIMOZIONE DELLA PROTESI E DELLA SUA CAPSULA.**

La prognosi è favorevole a seguito della rimozione della protesi, della capsula periprotetica in toto e di tutto il tessuto eventualmente infiltrato dalla neoplasia. L'interessamento linfonodale e/o la presenza di metastasi sono condizioni cliniche molto rare che richiedono l'impostazione di una terapia sistemica (chemioterapia).

La "salute" della protesi mammaria viene monitorata annualmente con controlli clinici ed esami strumentali (ecografia, risonanza magnetica). Il riscontro di una modesta quantità di siero periprotetico definita come "falda liquida" è un referto di frequente riscontro all'indagine radiologica e rientra nella norma. La presenza di una protesi mammaria non preclude la possibilità di effettuare screening.



Ricostruzione autologa

La ricostruzione autologa consiste nell'utilizzare una parte dei tessuti (lembi) della paziente che vengono "trasferiti" dalla regione di prelievo a quella mammaria. Può essere eseguita contestualmente all'asportazione della mammella o a distanza di mesi/anni dall'intervento demolitivo. Può essere combinata con l'utilizzo di espansore e protesi. La ricostruzione autologa è indicata in caso di fallimento della ricostruzione con protesi, in caso di pregressa radioterapia o se la paziente non desidera l'impianto di protesi mammarie.

Le principali tecniche sono: il lembo di muscolo Gran Dorsale, i lembi microchirurgici e il lipofilling.

Il muscolo Gran Dorsale è un muscolo della regione dorsale che può essere trasposto nella regione mammaria, con o senza un'isola di cute. Nel caso il tessuto non sia sufficiente per ricreare un volume adeguato alla mammella controlaterale può essere aggiunta una protesi sotto il lembo o utilizzare il tessuto adiposo della regione dorsale prelevandolo insieme al muscolo (lembo di gran dorsale "esteso").

**Lembo
Gran
Dorsale**

Le cicatrici residue saranno a livello dorsale, in genere nascoste dal reggiseno.

Il prelievo del lembo di Gran Dorsale ha il vantaggio di essere una tecnica di ricostruzione mammaria in un unico tempo, perchè salvo casi isolati, non necessita del tempo di espansione cutanea. Inoltre, permette di trasferire un tessuto sano e ben vascolarizzato in una sede che, se sottoposta a pregressa radioterapia, può essere devascularizzata ed atrofica.

Sebbene venga sacrificato un muscolo, la sua funzione è sopperita da altrettanti muscoli accessori, per cui la funzionalità dell'arto resta indenne.

È un intervento gravato da un basso tasso di complicanze, adatto a ricostruire mammelle non troppo grandi e ptosiche. La complicanza più frequente è la formazione di una raccolta sierosa a livello dorsale che generalmente si risolve entro il primo mese dall'intervento con medicazioni compressive e drenaggio a livello ambulatoriale.





Lembi microchirurgici

In questo caso il tessuto prelevato dalla regione addominale, inguinale, lombare e glutea viene trapiantato in regione mammaria mediante tecniche microchirurgiche. Vengono usualmente definiti con acronimi inglesi (DIEP, PAP, LAP, SGAP...). I lembi attualmente più utilizzati sono il lembo diep e il lembo pap.

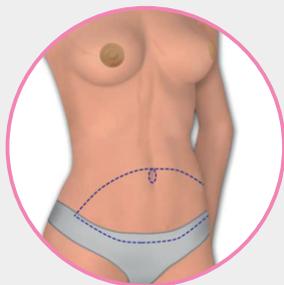
Lembo DIEP

É la prima scelta nell'ambito della ricostruzione autologa. E' un lembo microchirurgico che viene indicato con l'acronimo inglese DIEP (Deep Inferior Epigastric Artery Perforator) per indicare il vaso arterioso su cui è basata la vascolarizzazione di questo tessuto. Prevede di utilizzare il tessuto addominale (cute e tessuto adiposo) della regione sottombelicale.

Il tessuto viene prelevato insieme a uno o più vasi sanguigni chiamati "perforanti", separando delicatamente le fibre muscolari senza indebolire la parete addominale anteriore. Si tratta di un vero e proprio autotrapianto.

Terminato il prelievo, il lembo viene trasferito a livello mammario e si procede a unire i vasi del lembo ai vasi della regione toracica o ascellare, a seconda dei casi, con una sutura microchirurgica (ovvero effettuata al microscopio) per ripristinare il flusso sanguigno nel lembo. Successivamente si procede a modellare il tessuto per ricreare il profilo mammario con forma e volume adeguati.

Sull'addome rimarrà una cicatrice orizzontale, generalmente nascosta dagli slip e una cicatrice attorno all'ombelico; sulla mammella vi sarà la cicatrice del lembo.





Lembo PAP

È un lembo microchirurgico indicato con l'acronimo PAP (Profunda Artery Perforator) per indicare sempre il vaso su cui è basata la vascularizzazione del lembo. Prevede il prelievo di tessuto dall'interno coscia e dalla regione glutea inferiore senza sacrificio muscolare. Come per il lembo precedentemente descritto, una volta prelevato, viene trasferito a livello toracico e i vasi suturati microchirurgicamente a livello toracico o ascellare. La cicatrice residua è localizzata nella piega glutea inferiore e nell'interno coscia.

Le metodiche che prevedono l'uso di tessuti autologhi hanno il vantaggio di offrire la ricostruzione di una neomammella molto naturale in quanto costituita da tessuto adiposo e pertanto con caratteristiche molto simili alla mammella sana. Inoltre, il lembo lentamente riacquisterà la sensibilità e andrà incontro negli anni alle medesime variazioni di peso e volume della mammella sana. Il tessuto prelevato consente inoltre di ottenere un volume mammario spesso del tutto simile al controlaterale, evitando quindi l'adeguamento dell'altra mammella e senza l'utilizzo di protesi.

Utilizzando la tecnica microchirurgica questi interventi durano in media 4-8 ore a seconda che siano mono o bilaterali e richiedono una degenza postoperatoria di circa 5 giorni. Per valutare la fattibilità della ricostruzione la paziente deve eseguire una angio TAC preoperatoria che permette di valutare la qualità e l'anatomia dei vasi da utilizzare.





La complicanza più importante è dovuta ad un'ostruzione dei vasi (trombosi arteriosa o venosa) che vascolarizzano il lembo; se ciò si verifica potrebbe essere necessaria una revisione del lembo in sala operatoria e potrebbe verificarsi la necrosi parziale o totale del lembo. La necrosi parziale si presenta come un piccolo indurimento periferico del tessuto adiposo del lembo, il quale potrà essere rimosso con un intervento in anestesia locale senza compromettere il risultato estetico della ricostruzione. Nel raro caso di una necrosi totale (evento raro 1-4%) è necessario ricostruire la mammella con un nuovo intervento chirurgico.

Innesto di grasso (lipofilling)

La ricostruzione con innesto di grasso consiste nel prelevare del grasso tramite aspirazione a livello delle cosce o dell'addome e trasferirlo in regione mammaria. E' una tecnica che permette di ricostruire difetti di piccole e medie dimensioni. In mammelle di piccole dimensioni può rappresentare una modalità di ricostruzione completa della mammella. Spesso sono necessari più interventi perchè parte del tessuto adiposo, nei mesi successivi all'intervento, va incontro a riassorbimento.

Procedure ancillari

Ricostruzione del complesso areola capezzolo:

Qualora venga asportato durante l'intervento oncologico, il complesso areola-capezzolo può essere ricostruito. Questo intervento si effettua in anestesia locale e rappresenta l'ultimo step ricostruttivo.

La forma del capezzolo viene ricreata utilizzando lembi di cute della regione mammaria o prelevando una parte del capezzolo controlaterale quando questo è particolarmente proiettante.

La pigmentazione dell'areola viene ricreata con tecniche di dermopigmentazione (tatuaggio).

Rimodellamento del seno controlaterale:

Per ottenere una maggiore simmetria spesso è necessario intervenire sulla mammella controlaterale. A seconda della morfologia della mammella potrà essere proposto un intervento differente.

Mastopessi: in caso di mammelle cadenti; prevede il sollevamento dell'areola e del capezzolo e una riduzione della cute in eccesso con un minimo rimodellamento ghiandolare.

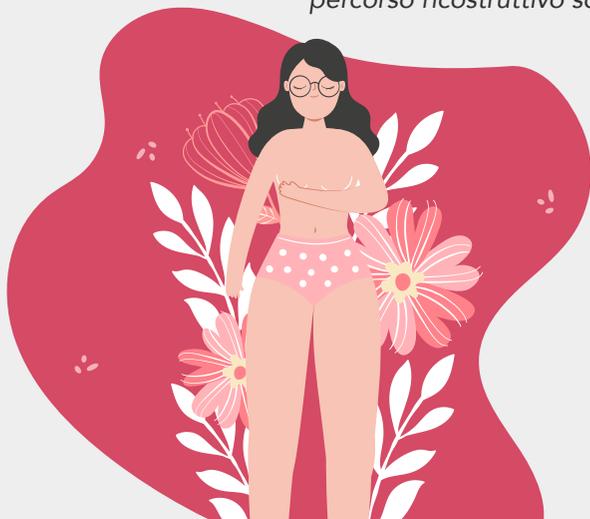
Le cicatrici residue sono a livello periareolare, verticale e in alcuni casi orizzontali nel solco mammario.

Mastoplastica riduttiva: in caso di mammelle ipertrofiche; prevede di sollevare il complesso areola capezzolo e di ridurre la componente cutanea e ghiandolare. Le cicatrici residue sono a livello periareolare, verticale e orizzontale nel solco mammario.

Mastoplastica additiva: in caso di mammelle ipotrofiche; prevede l'inserimento di una protesi mammaria al di sotto della ghiandola mammaria o del muscolo grande pettorale.

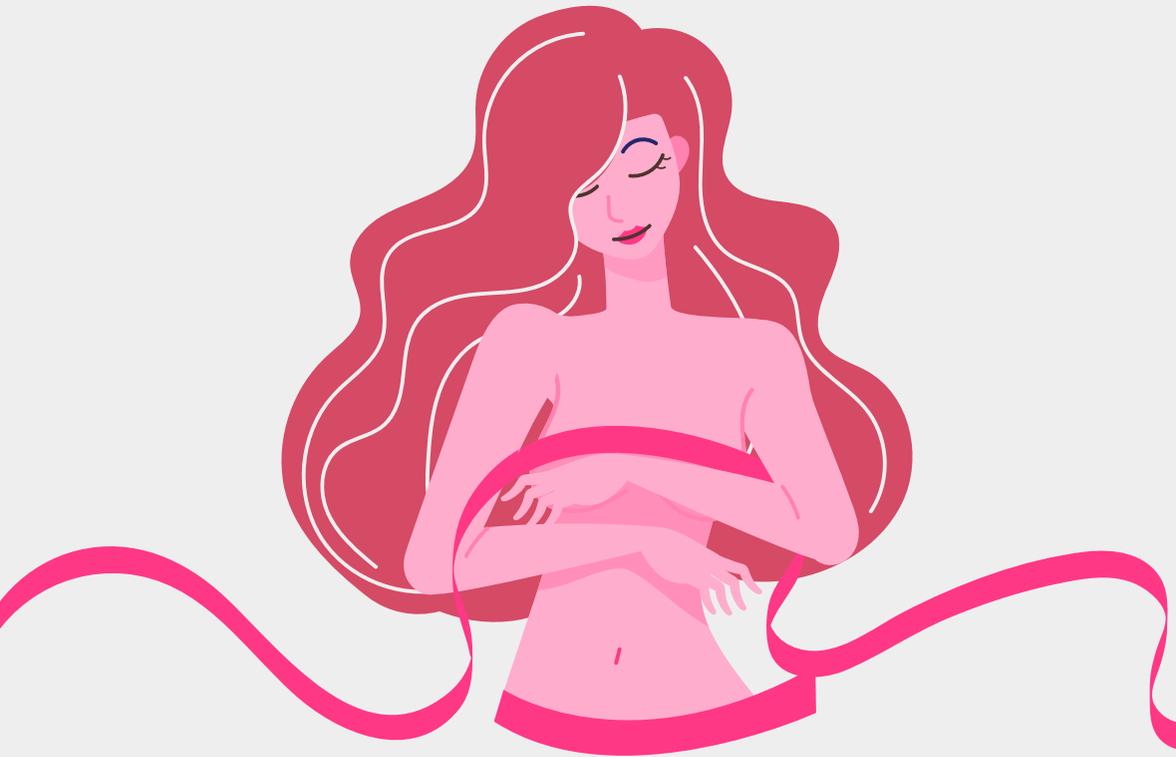
PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE.

Le consigliamo di leggere quest'opuscolo per poter elaborare le informazioni necessarie ad effettuare una scelta informata e consapevole insieme al suo chirurgo plastico che sarà disponibile a chiarire ogni dubbio e a guidarla nel percorso ricostruttivo scelto.





UNA SCELTA
INFORMATA
E CONSAPEVOLE



LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA



ASL
CITTÀ DI TORINO