

NOTA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO DI

MASTOPESSI

Finalità dell'intervento

Nel corso degli anni le mammelle perdono il loro tono e la loro forma originaria, a causa di variazioni qualitative e quantitative delle due componenti principali di cui sono costituite: la pelle (il contenente) e la massa ghiandolare-adiposa (il contenuto). Fattori diversi fra loro variamente combinati quali la gravidanza, l'allattamento, le cospicue variazioni di peso corporeo, la forza di gravità, terapie farmacologiche a base di cortisone e i naturali processi di invecchiamento, possono provocare una diminuzione dello spessore dell'elasticità della pelle, provocandone un eccesso. Di conseguenza si modifica il rapporto fra contenuto e contenente. In questi casi il ripristino della forma originaria può essere perseguito mediante l'intervento di **mastopessi** che consiste nell'asportare la pelle esuberante, riposizionare in sede corretta il complesso areola-capezzolo e di norma anche rimodellare la ghiandola mammaria. Se oltre allo stiramento della pelle si è contemporaneamente verificata la diminuzione della quantità di tessuto ghiandolare e adiposo, insieme alla forma dovrà essere ripristinato anche il volume del seno mediante l'inserimento di protesi mammarie (mastoplastica additiva). Nella tabella 1 sono schematizzati questi concetti. L'intervento di mastopessi viene quindi dunque eseguito per migliorare la forma di mammelle cadenti (ptosi mammaria) consentendo di innalzare il livello delle areole e dei capezzoli. Con tale intervento è inoltre possibile ridurre il diametro delle areole mammarie qualora queste siano troppo grandi e correggere eventuali asimmetrie esistenti fra le due mammelle, conseguenti alla maggior caduta di una mammella rispetto all'altra. Anche in questi casi, peraltro, non è sempre possibile ottenere una simmetria perfetta.

Preparazione all'intervento

L'intervento non deve essere eseguito in pazienti gravide (in caso di dubbio devono essere effettuate le indagini specifiche) o in allattamento. Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi degli esami preoperatori prescritti, in particolare dell'ecografia e/o mammografia se richiesta

dal medico chirurgo. Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto, in particolare: cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, eccitanti, terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e/o farmaci in genere.

Un mese prima dell'intervento per diminuire i rischi di tromboembolia deve essere sospesa la terapia ormonale estrogenica (pillola anticoncezionale) in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone.

Almeno due settimane prima dell'intervento viene evitata l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo Aspirina, Voltaren, Naprossene, Ketoprofene) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e comunque il proseguimento di tali terapie deve essere concordata con il medico curante. Il giorno precedente dell'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** da almeno otto ore da cibi solidi e bevande.

Almeno un mese prima è consigliato **sospendere il fumo** che ha influenze negative sulla vascolarizzazione cutanea e dei tessuti, infatti il fumo limita il flusso di sangue alla pelle e può interferire con i processi di guarigione. Diversi studi hanno dimostrato come l'incidenza delle complicazioni è statisticamente molto maggiore nei pazienti fumatori.

Il giorno dell'intervento si devono indossare indumenti con maniche larghe e comode, completamente apribili sul davanti, calzature senza tacco e portare un reggiseno elastico con spalline regolabili ed apertura anteriore, come consigliato dal chirurgo.

Anestesia

La scelta del tipo di anestesia dipende dal singolo caso clinico e dalla tecnica prescelta. L'intervento può essere eseguito sia in anestesia generale (con intubazione) oppure in anestesia locale associata a sedazione (senza intubazione).

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

Tabella 1. L'indicazione chirurgica varia a seconda della quantità di pelle e volume ghiandolare.

Modalità e durata dell'intervento

La mastopessi comporta l'asportazione della cute in eccesso, il rimodellamento della ghiandola e riposizionamento del complesso areola-capezzolo. In ciascun caso la sede l'estensione delle cicatrici dipende dalla quantità di pelle da asportare e quindi dal grado di rilassamento (ptosi) delle mammelle, cioè dall'entità della loro discesa.

Mammelle discese poco (**ptosi lieve**) possono essere corrette mediante l'asportazione di un settore circolare di cute attorno all'areola, risultandone solo una cicatrice circolare, localizzata attorno all'areola stessa.

Mammelle con **ptosi di grado intermedio** possono essere corrette mediante l'asportazione di cute dalla regione circostante all'areola e dalla zona sottostante a questa, derivandone una cicatrice verticale oltre a quella periareolare.

La correzione delle **ptosi di grado marcato** implica di necessità l'asportazione di un settore di cute esteso oltre che alla regione per il regolare anche quadranti inferiori della mammella: La cicatrice residua oltre che per il regolare e verticale, come sopra descritto, si estenderà orizzontalmente al solco mammario per una lunghezza variabile.

È opportuno precisare che esistono due linee di pensiero riguardo alla sede da cui rimuovere l'eccesso di cute: secondo la prima è preferibile asportare unicamente la pelle attorno all'areola risultandone solo una cicatrice circolare attorno a questa. In tal caso la forma della mammella può risultare un po' appiattita. La seconda linea di pensiero persegue, invece, la rimozione della cute in eccesso anche dalle parti inferiori della mammella risultandone cicatrici più lunghe (periareolare, verticale e spesso anche al solco sotto-mammario) ma con una forma più conica della mammella.

La scelta dipende ovviamente da caso a caso e deve essere ampiamente discussa fra chirurgo e paziente soppesando i pro e i contro.

L'intervento dura dalle 2 alle 4 ore secondo l'entità del rimodellamento. Le suture vengono eseguite con punti interni per rendere meno evidenti le cicatrici. Se ritenuto opportuno, al termine dell'intervento viene inserito un drenaggio per lato che esce dalla regione ascellare.

Come spesso avviene in chirurgia plastica, si tratta di un intervento complesso e non di uniformità routinaria nel senso che la procedura non è completamente standardizzabile, bensì è personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali della paziente.

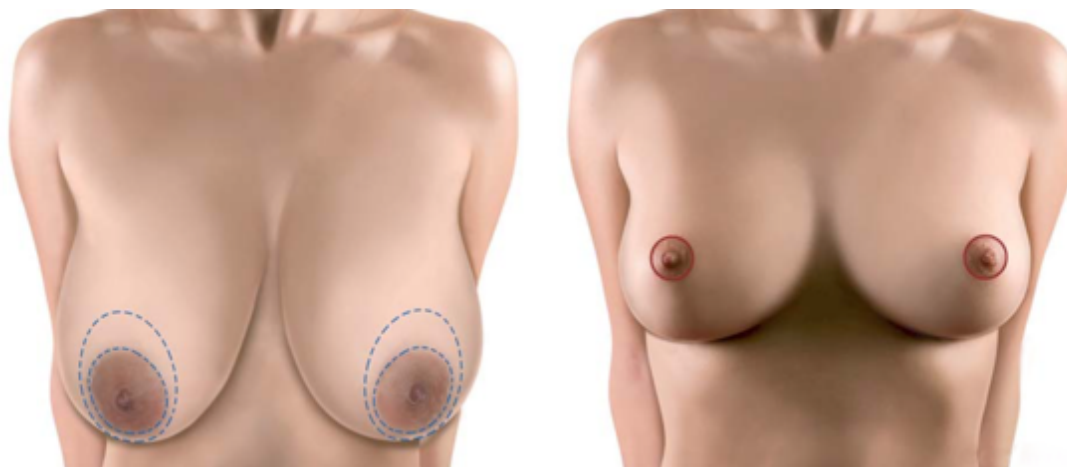


Figura 1. Mastopessi periareolare (mammelle poco ptosiche)



Figura 2. Mastopessi verticale (mammelle moderatamente ptosiche)



Figura 3. Mastopessi con cicatrice a T invertita (mammelle molto ptosiche)



Decorso post operatorio

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale un certo dolore, che regredirà nel giro di pochi giorni e che è comunque ben sopportabile con la terapia antidolorifica prescritta. In caso siano stati posizionati drenaggi aspirativi, questi vengono rimossi dopo 12-48 ore. La medicazione eseguita in sala operatoria può essere rimossa dopo alcuni giorni e può essere sostituita dal reggiseno prescritto dal chirurgo che dovrà essere utilizzato giorno e notte per circa un mese. Un rialzo termico viene spesso rilevato nei primi giorni postoperatori; non è necessariamente sintomo di infezione ma deve essere segnalato al chirurgo. Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica. Per i primi tre-quattro giorni postoperatori è raccomandato riposo con particolare attenzione a non utilizzare i muscoli pettorali e per le prime due settimane dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia e il sollevamento di pesi; l'attività sessuale potrà anch'essa essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

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 saune, lettino abbronzante). Durante tale periodo inoltre dovrà essere evitata la posizione prona (a pancia in giù) ed eseguiti laddove prescritti **esercizi quotidiani di auto-massaggio delle mammelle**.

Possibili complicazioni

Tra le complicazioni di carattere generale sono da ricordare: l'emorragia, l'ematoma, il sieroma e l'infezione.

Un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante può richiedere un re-intervento chirurgico. La formazione di **ematomi**, conseguenti a sanguinamenti del tessuto mammario può verificarsi nelle prime ore dopo l'intervento. Si manifesta con repentini aumenti di volume o forti dolori localizzati ad una mammella che devono essere immediatamente segnalati al chirurgo: in caso di ematomi di una certa entità è necessario provvedere all'aspirazione e al drenaggio del sangue accumulato.

La formazione di **sieromi** consiste nell'accumulo all'interno della mammella di quantità di liquido

giallognolo/trasparente chiamato siero. Raccolte di modesta entità si risolvono spontaneamente, mentre raccolte cospicue possono richiedere l'evacuazione chirurgica, come sopra specificato a proposito degli ematomi.

Tra le *complicazioni specifiche* si segnalano la necrosi cutanea del complesso areola-capezzolo, la riapertura spontanea della ferita (deiscenza) e le alterazioni della sensibilità della pelle.

Le **Necrosi cutanee** sono molto rare e vengono inizialmente trattate con modo conservativo e solo successivamente se necessario con trattamento chirurgico. Tale evenienza più spesso si verifica in **donne fumatrici o diabetiche** oppure dopo la correzione di **mammelle già operate in precedenza** od in seguito alla **correzione di mammelle molto ptosiche**. In caso di necrosi parziale la guarigione avviene con medicazioni ripetute e cicatrizzazione non ottimale, mentre in caso di necrosi totale è opportuno l'intervento successivo di ricostruzione del complesso areola-capezzolo. Si può verificare anche la necrosi di parte della cute in prossimità delle suture più frequentemente all'incrocio di esse; la guarigione avviene con medicazioni seriali ed in caso di cicatrici di non buona qualità è possibile una revisione chirurgica a distanza di circa sei mesi.

La **riapertura spontanea della ferita (deiscenza)** può avvenire in particolare all'incrocio delle suture, in zone di aumentata tensione ed è più frequente nelle pazienti diabetiche e fumatrici; spesso guarisce spontaneamente con medicazioni e solo raramente necessita di una nuova sutura.

La **sensibilità** della pelle dell'areola e dei capezzoli può rimanere alterata per un periodo di settimane o di mesi e assai di rado in modo permanente.

Risultati

I risultati migliori si realizzano in genere in donne con mammelle pendule e di dimensioni non eccessive. La mastopessi può consentire il miglioramento della forma di mammelle di qualsiasi grandezza ma deve essere ricordato che, qualora si tratti di seni di grandi dimensioni, la durata del risultato diminuisce. L'effetto migliorativo della mastopessi risulta immediatamente apprezzabile al chirurgo già durante l'intervento. Il gonfiore successivo non rende peraltro valutabile risultato per almeno 2 mesi. La forma definitiva risulta pienamente apprezzabile 6 mesi circa dopo l'operazione. Inizialmente le mammelle saranno piene nei quadranti superiori mentre nell'arco di un paio di mesi tenderanno ad avere maggior volume nei quadranti inferiori. Nonostante venga posta la massima attenzione alla programmazione ed al progetto della procedura, la perfetta simmetria della forma delle mammelle e della posizione dell'areola non sono garantiti. Talora si rendono quindi opportuni interventi di ritocco, generalmente eseguibili in anestesia locale.

Il risultato non è permanente in quanto la cute mammaria, benché distesa per effetto dell'intervento, rimane soggetta ai naturali processi di invecchiamento e dallo stiramento prodotto dal peso delle mammelle o al turgore conseguente ai repentini aumenti di peso corporeo o alla montata latte in caso di gravidanza. In alcuni casi potrà, quindi, rendersi opportuno un nuovo intervento correttivo per ripristinare la corretta forma e l'adeguato turgore della mammella. **Nel caso in cui fosse in programma una gravidanza si deve posporre l'esecuzione dell'intervento.**

Cicatrici ed altre sequele

Le cicatrici cutanee residue dall'intervento sono generalmente poco visibili anche perché situate in pieghe naturali o in confini tra unità estetiche (areole mammarie). È necessario ricordare che per quanto la sede dell'incisione possa essere programmata è possibile che le cicatrici finali non cadano nel nuovo solco sotto mammario ma che possa essere dislocata rispetto ad esso; inoltre a seconda delle caratteristiche della cute areolare e delle differenze cromatiche rispetto alla cute della regione mammaria la cicatrice può essere più o meno visibile. 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.

Talune pazienti a causa dell'eccessiva reattività cutanea possono sviluppare cicatrici arrossate e rilevate e perciò facilmente visibili che durano diversi mesi (**cicatrice ipertrofica**) o cicatrici allargate di colore normale (**cicatrici ipotrofiche**): si tratta di un'evenienza non prevedibile seppure di raro riscontro. Cicatrici inestetiche di cattiva qualità possono essere corrette con trattamento medico e con intervento chirurgico con congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall'intervento). In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici si estendono oltre i limiti dell'incisione chirurgica (cheloidi) e tale evenienza rappresenta un processo patologico di difficile trattamento. Solitamente le pazienti affette da cheloidi ne sono a conoscenza per la storia familiare o per pregressi interventi chirurgici.

Metodi alternativi

L'unica possibilità per sollevare e rimodellare le mammelle ed il complesso areola-capezzolo è data dall'intervento chirurgico di mastopessi. Alcuni chirurghi propongono l'uso di reti interne o di fili di sospensione allo scopo di prolungarne il risultato.

Nota informativa secondo linee guida SICPRE

