

NOTA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO DI
MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

Finalità dell'intervento

L'intervento di mastoplastica riduttiva viene eseguito per **ridurre le dimensioni e correggere la forma di mammelle eccessivamente sviluppate**.

Consiste nell'asportazione dell'eccesso di pelle, ghiandola e tessuto adiposo e nello spostamento dell'areola e del capezzolo in una nuova sede, più in alto. In tal modo vengono conferite alla mammella caratteristiche di volume, rotondità e proiezione tali da renderla di aspetto più gradevole e naturale. La mastoplastica riduttiva consente, inoltre, di correggere eventuali apprezzabili differenze di volume fra le due mammelle e di ridurre il diametro delle areole nel caso sia eccessivo. È bene ricordare che una simmetria perfetta nel volume delle mammelle e nell'orientamento dei capezzoli è comunque assai difficile da ottenere. Ulteriori vantaggi perseguibili non sono di natura puramente morfologica, ma funzionale, in particolare quando le mammelle da ridurre sono molto grosse; con l'intervento viene infatti del tutto o almeno in buona parte eliminata la sensazione di tensione dolorosa talora avvertita a livello delle mammelle, come pure il peso che può condizionare le attività quotidiane e sportive e che può gravare sulla colonna vertebrale e sulle spalle, che spesso ne risultano deformate. Possono essere, infine, ridotte le dermatiti presenti in regione sottomammaria dovute al decubito della mammella ipertrofica sulla parete toracica.

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.

Anestesia

L'intervento viene eseguito nella maggior parte dei casi in anestesia generale più raramente in anestesia locale con sedazione. A questo proposito verrà discussa la scelta con il medico anestesista.

Modalità e durata dell'intervento

L'intervento ha durata variabile fra le 2 e le 4 ore a seconda dell'entità della riduzione e della normale variabilità dei tempi operatori. L'intervento consiste nell'asportazione di parte della ghiandola mammaria, di grasso sottocutaneo e della cute in eccesso. Implica generalmente il sollevamento dell'areola e del capezzolo, la riduzione, come detto, del tessuto ghiandolare-adiposo in eccesso ed il rimodellamento cutaneo, che prevede suture, e di conseguenza cicatrici che potranno essere situate in posizione:

- **periareolare** (attorno all'areola);
- **verticale**, dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario;
- **trasversali (orizzontali)** lungo il solco sottomammario più o meno estese a seconda dell'entità della riduzione e dell'asportazione cutanea. Nei casi di minore entità, le cicatrici potranno essere limitate all'areola, mentre saranno estese anche al tratto compreso tra l'areola ed il solco sottomammario senza la presenza della parte trasversale nei casi di media entità.

La somma delle 3 cicatrici determina la dicitura a “T” invertita altrimenti detta ad “ancora”.

Le suture vengono di norma eseguite con punti interni per rendere meno evidenti le cicatrici; ogni accuratezza viene posta nell'esecuzione delle suture. Al termine dell'intervento viene di norma inserito un drenaggio per lato che esce più frequentemente dalla pelle in corrispondenza dell'ascella. I tessuti adiposo e ghiandolare asportati vengono sottoposti ad **esame istologico** e viene realizzata una medicazione.

Decorso post operatorio

Nel periodo post-operatorio si potrà avvertire in regione pettorale un certo dolore, dominabile con comuni analgesici, che regredirà nel giro di alcuni giorni; è bene evitare sforzi con i muscoli pettorali e le braccia nei primi giorni.

I drenaggi, se presenti, vengono rimossi generalmente dopo 24-48 ore; È assolutamente consigliata l'astensione dal fumo per almeno una settimana.

Dovrà essere eseguita, quando il Chirurgo lo riterrà opportuno, una terapia per la prevenzione della trombo-

discusse durante il colloquio con il medico anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche. Fra le complicazioni di carattere generale, non legate cioè solo a questo intervento, ma possibili in ogni intervento chirurgico, sono da ricordare l'emorragia, l'infezione, l'ematoma, il sieroma, la deiscenza di parte delle suture e la trombo-embolia.

- Un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante (emorragia) può richiedere un re-intervento chirurgico.
- L'infezione si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre, e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità e/o alterazioni della forma della mammella.
- La formazione di ematomi (raccolte di sangue in profondità) o sieromi (raccolte di siero) si può verificare nei primi giorni dopo l'intervento. L'ematoma si manifesta con l'insorgenza di repentini aumenti di volume o di forti dolori



Figura 1. Cicatrici della mastoplastica riduttiva a T invertita



© new MAGAZINE

embolia da protrarre per qualche settimana. Per la prima settimana non può essere guidata l'automobile.

I primi punti di sutura verranno asportati 7- 10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo. Per le prime 2 settimane dovrà evitare di compiere ampi movimenti con le braccia e di sollevare pesi. Dovrà inoltre astenersi dall'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

Possibili Complicazioni

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

La mastoplastica riduttiva può dare luogo a complicazioni sia anestesiolgiche (che verranno

localizzati ad una mammella; il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e più tardiva. A volte possono richiedere l'aspirazione con siringa o l'evacuazione mediante riapertura di un tratto della ferita chirurgica.

- 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 obese, diabetiche o fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura.
- Le flebiti e le trombo-embolie sono molto rare dopo mastoplastica riduttiva soprattutto in donne non a rischio con mobilitazione precoce; alcuni ritengono importante predisporre una profilassi farmacologica per ridurre il rischio.

Fra le complicazioni specifiche della mastoplastica riduttiva troviamo:

- La necrosi di parte del grasso mammario (**liponecrosi**, cioè morte delle cellule adipose) si può manifestare precocemente con la fuoriuscita di liquido oleoso dalla ferita chirurgica, ovvero a distanza di tempo (settimane) con la possibile formazione di noduli fibrosi, indurimenti e calcificazioni e/o con un avvallamento della superficie della mammella, spesso asintomatici, solo raramente dolorosa.
- Dopo mastoplastiche riduttive di entità cospicua può verificarsi, anche se di rado, **la necrosi di parte o di tutta l'areola**. Tale evenienza richiede un iniziale trattamento conservativo con medicazioni, seguito, se opportuno, da un intervento per la ricostruzione dell'areola e del capezzolo.
- A seguito della mastoplastica riduttiva è normale che la sensibilità del capezzolo ed eventualmente della cute delle mammelle risulti temporaneamente diminuita o comunque alterata. Con il passare delle settimane la sensibilità può essere recuperata. In alcuni casi, la sensibilità del capezzolo e dell'areola può essere perduta per sempre.

Risultati

L'effetto migliorativo della mammoplastica riduttiva risulta immediatamente apprezzabile al Chirurgo già durante l'intervento. È opportuno sottolineare che inizialmente le mammelle appaiono piuttosto piene nei quadranti superiori e tendono ad assumere un aspetto più naturale con maggiore rotondità dei quadranti inferiori dopo uno o due mesi. Il risultato definitivo risulta pienamente apprezzabile 6 mesi circa dopo l'intervento. Dopo tale periodo può rendersi opportuno procedere ad interventi correttivi di eventuali difetti residui. Si ricorda, comunque, che non sempre è ottenibile una perfetta simmetria tra le mammelle. Col passare degli anni i normali processi di invecchiamento cutaneo, variazioni del peso corporeo ed eventuali gravidanze potranno comportare un'alterazione della forma e delle dimensioni delle mammelle operate. È possibile, anche se raro, un nuovo aumento di dimensioni delle mammelle negli anni successivi all'intervento, per la formazione di nuovo tessuto mammario o per la deposizione di tessuto adiposo in caso di aumenti ponderali.

Cicatrici ed altre sequele

Inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee permanenti, la cui estensione dipende dalle dimensioni originarie delle mammelle, dalla quantità di tessuto mammario e di cute rimossi. Mastoplastiche riduttive di modica entità comportano una cicatrice peri-

areolare associata ed una verticale, che si estende dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario. Mastoplastiche di grado maggiore richiedono, oltre alle precedenti, delle cicatrici situate nel solco sottomammario. Talora queste cicatrici orizzontali possono spingersi verso la regione ascellare e verso lo sterno, debordando al di là dei limiti della mammella e risultando quindi parzialmente visibili. 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 di riduzione).

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.

Come già detto all'intervento possono evitare delle asimmetrie della forma o del volume delle mammelle, o dell'orientamento dei capezzoli. La sensibilità della pelle, ed in particolare delle areole e dei capezzoli, potrà rimanere alterata (diminuzione della sensibilità, formicolii) per un periodo di mesi o anche di alcuni anni; di rado in modo permanente. Tali alterazioni della sensibilità, imprevedibili, possono verificarsi in modo diverso sulle due mammelle. **L'intervento di mastoplastica riduttiva può limitare la funzione dell'allattamento**, anche in relazione alla tecnica da utilizzare nel caso specifico.

Metodi alternativi

In casi particolari (ad esempio, dimensioni molto cospicue delle mammelle) può essere opportuno il distacco completo del complesso areola-capezzolo e il suo trapianto nella nuova sede al fine di limitare il rischio di necrosi dello stesso. In questo caso vi sarà una perdita completa della sensibilità e della capacità di allattamento. In rari casi di dimensioni molto ridotte di mammelle non ptosiche, è possibile una diminuzione di volume eseguendo solo una lipoaspirazione. Essa non permette alcun modellamento cutaneo e della forma della mammella.

Nota informativa secondo linee guida SICPRE



Dr. André Salval
Medico Chirurgo
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Viale Andrea Doria 18 - Milano
P.iva: 08749160969

