



INTERVENTO E DOPO L'INTERVENTO

Premessa

Quasi tutte le donne con un tumore al seno, subiscono un intervento chirurgico per asportare i tessuti malati. Il percorso di cura differisce a seconda delle caratteristiche personali, sia in termini di modalità di resezione della massa tumorale, più o meno estesa, sia delle terapie farmacologiche e radianti.

La scelta del trattamento va affrontata insieme al chirurgo senologo e decisa collegialmente con tutti i professionisti del Gruppo Interdisciplinare di Cura (chirurgo plastico, oncologo, radioterapista, psicologo, radiologo, anatomopatologo).

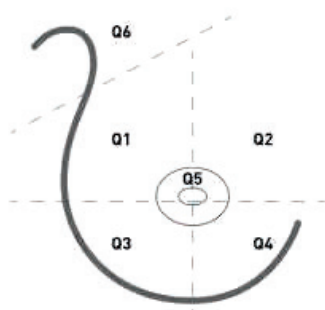
2.1 CHIRURGIA

Il tumore della mammella prevede l'approccio chirurgico per la sua rimozione, che può avvenire come primo atto terapeutico o successivamente a una chemioterapia primaria o neoadiuvante.

Nel corso degli anni si è passati dal massimo trattamento tollerabile al minimo trattamento efficace con interventi sempre meno demolitivi e meglio tollerati.

Qualora la neoplasia mammaria sia singola ed il rapporto del suo volume con quello della mammella permetta una conservazione esteticamente valida anche dopo la sua asportazione, si procede ad un intervento conservativo di dimensioni variabili proporzionalmente alle dimensioni del tumore: **tumorectomia, lampectomia o quadrantectomia**. Cioè asportazioni di tessuto mammario fino ad un intero quadrante, con un margine libero sufficiente a garantire la completa rimozione del tumore (radicalità oncologica).

QUADRANTI MAMMARI - LOCALIZZAZIONI DELLE LESIONI

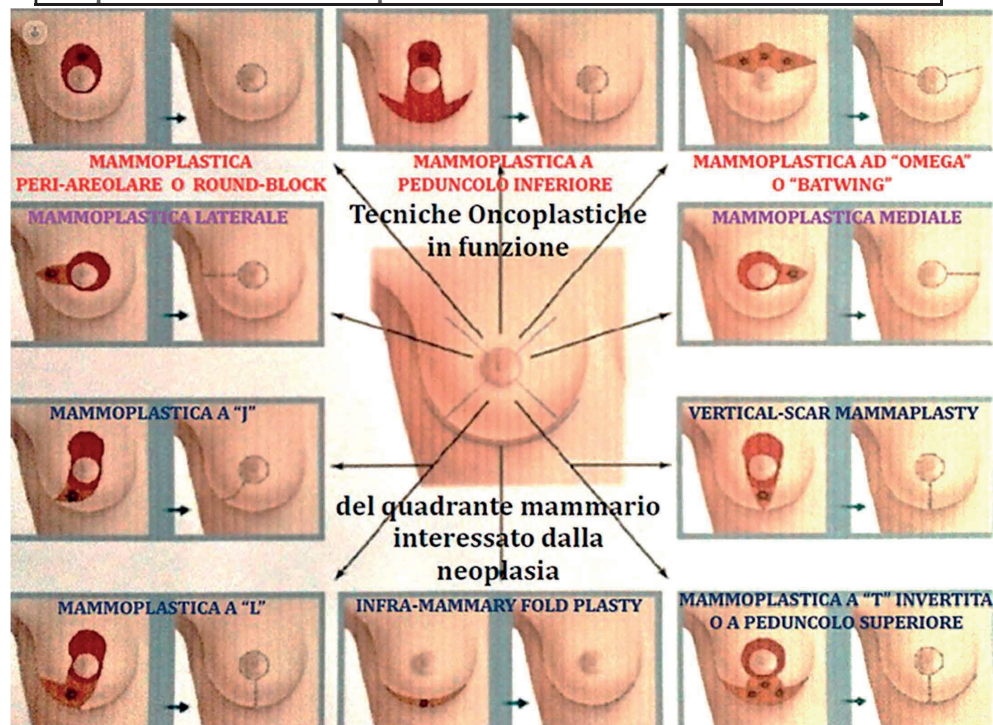


- Q1: quadrante superiore interno 15%
- Q2: quadrante superiore esterno 50%
- Q3: quadrante inferiore interno 5%
- Q4: quadrante inferiore esterno 10%
- Q5: regione centrale areola-capezzolo 20%
- Q6: prolungamento ascellare

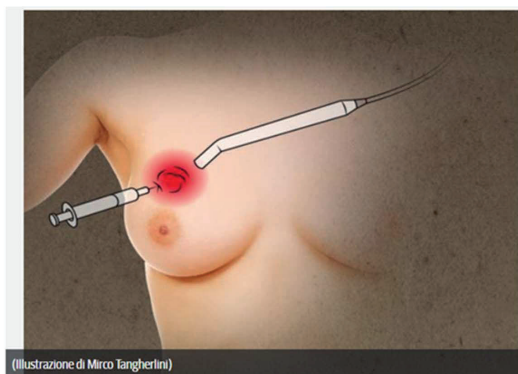
Capitolo 2

Inoltre, l'introduzione dell'**oncoplastica** (combinazione di tecniche di Q1chirurgia plastica con quelle conservative) permette di ottenere risultati estetici ancora migliori in pazienti con conformazioni mammarie e localizzazioni del tumore selezionate.

Oncoplastica di secondo livello per resezioni fino ad un 40% del volume mammario



Tecniche più precise di localizzazione dei tumori non palpabili, come la **roll (radioguided occult lesion localization)**, hanno poi reso sempre più precise le resezioni mammarie, permettendo interventi con minima invasività e medesima radicalità degli interventi più demolitivi del passato. Prevede l'iniezione di una sostanza radioattiva innocua all'interno della lesione. Il chirurgo può così localizzarla e asportarla con precisione, mediante una sonda per chirurgia radioguidata



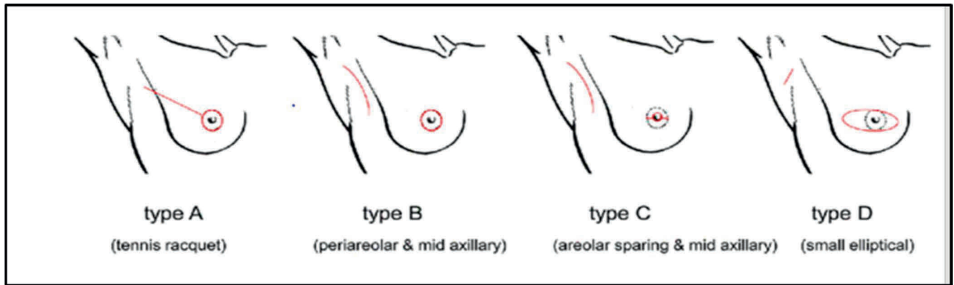
(Illustrazione di Mirco Tangherlini)



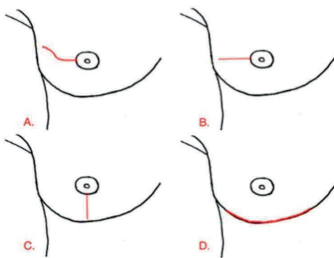
Se il rapporto tra volume del tumore e quello della mammella risulta sfavorevole alla conservazione della maggior parte della mammella o se la lesione è multicentrica (più di una lesione tumorale nella stessa mammella in quadranti diversi) oppure se profilattica (preventiva) in caso di mutazione genetica sarà necessario asportare tutta la ghiandola mammaria mediante un intervento "radicale" di **mastectomia**.

La mastectomia si divide in:

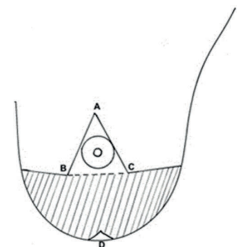
- **Semplice**: che prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria compreso il complesso areola-capezzolo e tutta la cute sovrastante la ghiandola;
- **Con risparmio della cute** (Skin Sparing Mastectomy - SSM): prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo cercando di risparmiare la maggior parte di cute sovrastante la ghiandola;



- **Con risparmio del complesso areola-capezzolo** (Nipple Sparing Mastectomy - NSM): prevede l'asportazione della ghiandola mammaria in toto risparmiando il complesso areola-capezzolo e la maggior parte di cute sovrastante la ghiandola
- **Con riduzione della cute** (Skin Reducing Mastectomy - SRM): prevede l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria risparmiando o meno il complesso areola-capezzolo, rimuovendo e riconformando anche la parte di cute sovrastante la ghiandola per correggere una dimensione e/o forma non ottimale per la ricostruzione.



Nipple Sparing Mastectomy



Skin Reducing Mastectomy

Capitolo 2

Sia in caso di resezione parziale della mammella (quadrantectomia) sia in caso di mastectomia, viene verificato lo stato dei linfonodi del cavo ascellare al fine di definire l'estensione (stadio) della malattia e di programmare la terapia successiva alla chirurgia più efficace.

Come primo approccio, si esegue la **biopsia del linfonodo sentinella**, ovvero l'asportazione del primo linfonodo drenante la linfa dall'area tumorale. Il linfonodo sentinella viene poi inviato a un esame istologico intraoperatorio (estemporaneo) in caso di bubbio o definitivo, il cui risultato verrà dato con quello della lesione mammaria.

L'identificazione del linfonodo sentinella avviene mediante sostanze coloranti (Patent Blue Dye: PBD) o radiotraccianti (colloide di albumina marcata con tecnezio 99) iniettati preventivamente nella zona della mammella in cui si trova il tumore; talvolta l'area può rimanere colorata di blu.

In caso di positività del linfonodo sentinella, se l'intervento è conservativo e quindi con previsione di radioterapia, lo svuotamento del cavo ascellare può essere omesso in casi selezionati.

Lo **svuotamento del cavo ascellare (dissezione dei linfonodi ascellari)**, è invece indicato se:

- positività preoperatoria di uno o più linfonodi ascellari
- **positività del linfonodo sentinella per macrometastasi.**

Oggi la dissezione ascellare è sempre più limitata ai casi con maggiore interessamento linfonodale, ciò ha permesso di evitare in molte donne la complicanza più temibile, ovvero il linfedema del braccio. Tale problema può comunque presentarsi anche per la semplice asportazione del linfonodo sentinella, sebbene con minore frequenza ed entità.

Le tecniche di ricostruzione sono in continua evoluzione, le nuove **protesi permettono la ricostruzione della mammella già durante l'intervento di mastectomia in un unico tempo.**

Quando questa opportunità non sia possibile, si procede invece con il posizionamento di un espansore temporaneo che verrà sostituito con una protesi definitiva ad espansione completata.

La mammella controlaterale a quella demolita viene rimodellata per garantire alla paziente una simmetria esteticamente gradevole e funzionalmente corretta.

2.2 LE CONSEGUENZE A BREVE E A LUNGO TERMINE DELL'OPERAZIONE AL SENO

➤ **Conseguenze fisiche:** possono insorgere subito dopo l'operazione oppure a distanza di tempo (anche anni) dall'asportazione del tumore e possono comportare un po' di nausea, fastidio e dolore.

➤ **Gonfiore della ferita:** è dovuto al ristagno di sangue e/o di liquido linfatico prevalentemente a livello del cavo ascellare, che **può durare fino a qualche settimana dopo l'intervento, e può comparire anche in presenza di un drenaggio.**

È consigliabile massaggiare quotidianamente la cicatrice con un movimento circolare con i polpastrelli sulla cute sovrastante la cicatrice utilizzando apposite creme o olii elasticizzanti, delicatamente senza provocare arrossamenti della zona.

Il massaggio può proseguire anche per mesi o essere affidato, in casi particolari, ai fisioterapisti dedicati previa valutazione del medico fisiatra.

➤ **Problemi neurologici, ovvero "quelle strane sensazioni".** frequentemente localizzate intorno alla ferita e sotto il braccio, che si manifestano spesso come

- rigidità,
- pesantezza,



- formicolii,
- senso di “punture di spilli”
- “goccia d’acqua fredda che scende lungo il braccio”.

Nella maggior parte dei casi sono la conseguenza del rimaneggiamento dei tessuti durante il processo cicatriziale. Altri disturbi come iperestesia, ipoestesia o anestesia (rispettivamente maggiore, minore o nessuna sensibilità in una specifica parte del corpo) sono dovuti alla inevitabile lesione di terminazioni nervose periferiche minori durante la dissezione dei linfonodi ascellari e/o di superficie cutanee estese. Questi disturbi possono persistere a lungo fino a un anno, e, in alcuni rari casi, diventare permanenti.

Meno frequente è la **difficoltà nei movimenti di elevazione del braccio** e una sporgenza della scapola, detta scapola “alata” conseguenza della lesione del nervo toracico lungo in corso di dissezione ascelle e/o altra chirurgia che interessi la zona in cui decorre, anche se si cerca sempre di conservarlo. È utile ricorrere ad una fisioterapia precoce riabilitativa e praticare esercizi fisici domiciliari dedicati, non appena indicato dal chirurgo.

In alcuni casi, l’asportazione dei linfonodi ascellari, ed in minor misura del linfonodo sentinella, può rallentare la circolazione della linfa dell’arto, che si accumula nella cute, potendosi tradurre in un gonfiore visibile di tutto il braccio o di parti di esso, si parla pertanto di linfedema

2.3 LINFEDEMA DELL’ARTO SUPERIORE – (il “braccio gonfio”)

Possiamo distinguere:

- **Linfedema immediatamente post-operatorio:** per ridotta mobilizzazione dei liquidi da ipomobilità dell’arto o per flogosi cellulare ascellare
- **Linfedema precoce:** entro due anni dell’intervento
- **Linfedema tardivo:** a distanza di anni dall’intervento per patologia sovrapposta

Sintomatologia.

I più comuni sintomi del linfedema sono:

- gonfiore,
- senso di pienezza e pesantezza del braccio interessato,
- difficoltà ad alzare l’arto,
- pastosità della cute,
- riduzione della capacità motoria o della flessibilità della mano o del polso,
- difficoltà a infilare il braccio nella manica della giacca o della maglia,
- senso di compressione dato da anelli, orologio o braccialetti.

Trattamento del linfedema

Qualora il linfedema si presentasse, possono essere prescritte alcune soluzioni dal vostro medico

- **le terapie fisico-motorie**
 - linfodrenaggio manuale
 - bendaggio multistrato e multicomponente
 - elastocompressione con tutori elasticizzati
 - attività fisica di moderata intensità come ginnastica posturale

Capitolo 2

- nuoto
 - Nordic Walking
 - tecniche di rilassamento
- **la dieta ipocalorica, ipolipidica e ipocalorica;**
 - **il trattamento farmacologico**
 - fibrinolitici
 - integratori a base di flavonoidi
 - cumarina
 - antibiotici in caso di linfangite
 - antimicotici in caso di micosi
 - **l'intervento chirurgico di anastomosi linfo-venosa.**
 - **le posizioni di drenaggio.**

In relazione alla gravità del linfedema, il medico valuterà la soluzione migliore o una combinazione tra le diverse terapie. In ogni caso, alcune accortezze possono essere utili per contribuire a risolvere la situazione. Per aiutare il drenaggio del liquido, infatti, è utile **assumere regolarmente** le cosiddette posizioni di drenaggio, in modo da sfruttare la forza di gravità per favorire lo scorrimento verso il collo.

- **A letto:** appoggia il braccio su un cuscino piegato, sistemato al lato del corpo, in modo che risulti in posizione declive rispetto al tronco.
- **Da seduta:** appoggia sempre il braccio o sul tavolo o sul bracciolo della poltrona, in modo che la mano sia più in alto della spalla.

Linfangite

Il linfedema e la rallentata circolazione linfatica possono predisporre l'arto a processi infettivi che si manifestano con arrossamento della cute, dolore, calore, febbre ed aumento del volume dell'arto.

Gli episodi di linfangite possono essere causati da qualche evento traumatico della cute come punture di insetti, piccole ferite, scottature etc. È necessario rivolgersi tempestivamente al proprio medico.

La cura consiste in una terapia farmacologica a base di antibiotici.

Prevenzione del linfedema

Alcuni semplici accorgimenti, che devono diventare vere e proprie abitudini quotidiane, possono allontanare quasi del tutto il rischio di comparsa del linfedema.

1. Applica regolarmente una crema idratante sulla cute
2. Indossa sempre dei guanti per le attività di giardinaggio o simili e non fare mai attività troppo pesanti
3. Evita ferite da graffio o morsi di animali, da aghi o spine e da taglienti. Pulisci con attenzione eventuali tagli o graffi e, se necessario, applica una crema antibiotica e copri la ferita.
4. Nelle zone infestate da zanzare o altri insetti usa opportuni repellenti e abiti con maniche lunghe.
5. **Evita cerette o rasoio per la depilazione, durante la manicure evita di tagliare le cuticole** specie in profondità, meglio spingerle dolcemente.
6. Non fare il bagno con acqua eccessivamente calda ed evita bruschi sbalzi di temperatura.
7. Evita l'esposizione diretta al sole nelle ore più calde e proteggiti da eventuali scottature utilizzando sempre la crema solare ad alta protezione.



8. Non indossare gioielli stretti e in generale elastici o indumenti che comprimono il braccio.
9. Evita movimenti che comportino uno **sforzo ripetuto e prolungato** da parte della muscolatura del braccio, come portare pesi (sacchi della spesa, sollevare cassette o scatoloni pesanti), cerca di non stirare, lavare i vetri o lavorare a maglia troppo a lungo. Le borse dovrebbero essere portate dal lato opposto.
10. Non sollevare carichi pesanti con il braccio a rischio.
11. Quando viaggi **in aereo indossa sempre una guaina compressiva** (disponibile in un negozio di prodotti sanitari) per equilibrare gli sbalzi di pressione.
12. Evita prelievi di sangue dal braccio a rischio e fatti misurare la pressione dall'altro lato.

Ginnastica specifica per il linfedema

In alcuni casi, se lo svuotamento dei linfonodi ascellari ha provocato un linfedema, una serie di movimenti specifici può migliorare la circolazione linfatica e contribuire a migliorare la situazione.

Se invece temi che il linfedema possa sopravvenire, questi esercizi ti aiuteranno a prevenirlo.

Da seduta

a) Con tronco e capo allineati:

- ▶ piega il collo verso il basso, avvicinando il mento al petto (10 volte);
- ▶ piega il collo all'indietro, gli occhi guardano il soffitto (10 volte);
- ▶ inclina la testa a destra, lentamente (10 volte);
- ▶ inclina la testa a sinistra, lentamente (10 volte);
- ▶ ruota il capo verso destra (10 volte);
- ▶ ruota il capo verso sinistra (10 volte).

b) Con spalle rilassate e braccia lungo i fianchi:

- ▶ alza le spalle, portandole vicino alle orecchie (10 volte);
- ▶ apri e chiudi con forza le mani (tieni il pugno 20 secondi, ripeti per 5 volte);
- ▶ gomiti piegati spingi con forza un palmo della mano contro l'altro (10 volte, tenendo la posizione per qualche secondo)

In piedi

- Di fronte al muro, appoggia le mani alla parete, falle strisciare lungo il muro, raddrizzando le braccia e avvicinando il corpo alla parete: tieni la posizione 20 secondi (3 volte).
- Porta le braccia avanti all'altezza del bacino e incrocia le dita, allungando bene gli arti e porta entrambe le braccia verso l'alto, allungandoti bene, senza inarcare la schiena.
- Mettiti di lato vicino al muro, con la mano appoggiata contro di esso, in modo che il braccio sia dritto: sposta in avanti il corpo, sentirai allungarsi i muscoli interni del braccio fino al seno, la mano rimane fissa
 - **prima all'altezza della spalla**, tieni la posizione per 20 secondi (ripeti 3 volte)
 - **poi con la mano più in alto della spalla**, tieni la posizione per 20 secondi (ripeti 3 volte).
- In piedi o seduta, porta le mani dietro la testa e apri e chiudi i gomiti: i movimenti vanno eseguiti fino alla massima apertura e alla massima chiusura (10 volte).

Capitolo 2

- Seduta su uno sgabello o in piedi con le ginocchia leggermente piegate, porta le mani dietro la schiena e cerca di spingerle verso l'alto, come per allacciarti il reggiseno (10 volte).

Incrocia le mani a livello delle scapole, tieni la posizione 20 secondi (ripeti 3 volte).

Mani appoggiate alle spalle, esegui delle circonduzioni, come se dovessi disegnare dei cerchi con i Gomiti (10 volte ruotando in avanti, 10 volte ruotando all'indietro).

- In piedi, braccia in fuori all'altezza delle spalle, esegui delle circonduzioni, come se dovessi disegnare dei cerchi con la punta delle dita: **prima cerchi piccoli** e veloci (esegui il movimento per 10 secondi ripetendo 5 volte per ogni senso, avanti e indietro); **poi cerchi ampi** ed eseguiti lentamente (10 volte in avanti, 10 volte all'indietro).

RICORDA

La ginnastica è una prevenzione importante da svolgere quotidianamente.

In caso di linfedema è consigliato eseguire una visita da un medico fisiatra esperto in linfedema, il quale provvederà a redigere il trattamento riabilitativo più adeguato alla situazione clinica.

2.4 LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA Dott. Pietro Maria Ferrando

Oggigiorno la maggior parte delle donne che hanno subito una mastectomia opta per una ricostruzione chirurgica della mammella.

Le uniche controindicazioni possono essere di ordine oncologico (tumore troppo esteso) o legate a condizioni scadenti di salute della paziente pre-esistenti (fattori di rischio), che renderebbero l'intervento ricostruttivo troppo rischioso, sia in termini di sopravvivenza sia in termini di possibili complicanze dell'intervento ricostruttivo, che andrebbero a pesare negativamente sulla qualità di vita più di quanto non faccia, positivamente, il ricostruire un seno asportato.

La decisione va presa solo insieme al chirurgo plastico, ponderando attentamente tutti i pro e i contro delle opzioni disponibili, in funzione delle caratteristiche ed i desideri **specifici di ogni paziente**.

La ricostruzione della mammella non solo non interferisce con i successivi esami clinici e radiologici di controllo periodici, ma è spesso un fortissimo incentivo alla ripresa rapida di una vita normale ed attiva, con indubbi effetti benefici sulla psiche e quindi sullo stato di salute in generale.

Intervenire subito o aspettare?

L'avvento delle mastectomie con "risparmio dei tessuti" permette di iniziare il percorso ricostruttivo contemporaneamente all'asportazione della mammella nella maggioranza dei casi, ovviamente l'intervento è un po' più lungo e gravoso per il fisico. La ricostruzione comunque può essere effettuata anche molti anni dopo la mastectomia (differita), con ormai poche differenze sul risultato finale rispetto alla ricostruzione immediata.



❖ RICOSTRUZIONE ETEROLOGA (con mezzi sintetici o protesici)

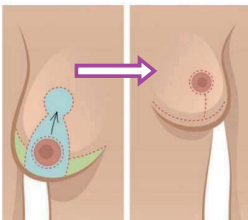
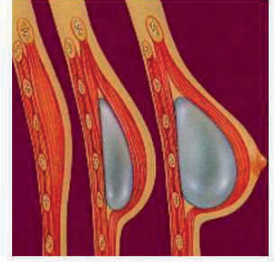
Nella maggior parte dei casi, la ricostruzione della mammella viene effettuata mediante materiale sintetico (protesi mammarie ed espansori tissutali mammari).

Se essa viene effettuata contestualmente alla mastectomia **“in un unico tempo”** potrà essere utilizzata la protesi mammaria +/- rivestita di matrici dermiche acellulari (supporti biologici) o reti sintetiche, che permettono la copertura e stabilizzazione più o meno complete della protesi.

“In due tempi” quando a causa del tipo di mastectomia e/o per caratteristiche dello stato di salute della paziente in generale (fattori di rischio), dovrà essere utilizzato un **espansore tissutale**.

In questo caso, nel primo tempo (contestuale alla mastectomia) si posizionerà l'espansore cutaneo mammario più o meno riempito di aria o di soluzione fisiologica, a seconda della superficie cutanea che sarà possibile distendere immediatamente.

Successivamente, il riempimento dell'espansore verrà completato gradualmente, durante le visite ambulatoriali, mediante delle punture indolori (la cute è ancora insensibile per l'intervento chirurgico) al di sopra della valvola di riempimento presente all'interno dell'espansore.



Raggiunto il volume desiderato, sarà necessario un nuovo intervento chirurgico per rimuovere l'espansore e sostituirlo con la protesi mammaria, durante il quale si potrà anche intervenire sulla mammella controlaterale con l'intervento di chirurgia plastica più idoneo per ottenere la migliore simmetria possibile con la mammella ricostruita con la protesi.

La permanenza dell'espansore è influenzata da diversi fattori:

- la necessità di doversi sottoporre ad altre terapie per la cura del tumore mammario
- le liste d'attesa ospedaliere

La permanenza dell'espansore non determina alcun rischio per la salute e attualmente, grazie all'avvento di un **nuovo tipo di espansore sarà possibile anche eseguire la risonanza magnetica**.

Capitolo 2

Nei rari casi in cui si ricorre ad una ricostruzione successiva alla mastectomia (differita) si dovrà sempre passare attraverso l'iniziale posizionamento dell'espansore cutaneo mammario

In alcuni casi specifici è possibile evitare il doppio intervento e applicare direttamente una protesi espandibile (**protesi di Becker**) che consente l'espansione della cute esattamente come l'espansore tissutale, e può essere lasciata direttamente in sede, rimuovendo esclusivamente la valvola per l'espansione che, in questo caso, è distaccata dalla protesi.



L'evoluzione dei materiali di cui sono composte le protesi e gli espansori e delle tecniche chirurgiche hanno fatto sì che possano essere posizionati sia a livello **retro-pettorale** (dietro al muscolo grande pettorale), sia **pre-pettorale** (davanti ai muscoli della parete toracica ed a contatto diretto con la superficie interna del lembo di cute della mastectomia). Nel secondo caso, a fronte di un recupero più breve ed un dolore potenzialmente minore, è possibile che il margine protesico sia più visibile, soprattutto a livello del decolté, comunque correggibile con un intervento successivo di innesto di tessuto adiposo a quel livello (**lipofilling**).



Le protesi hanno una garanzia che varia dai 12 ai 15 anni. Lo scadere della garanzia non comporta necessariamente la necessità di sostituire la protesi, che può non essere sostituita finché non si presenti una rottura diagnosticata mediante esami radiologici (più frequentemente la risonanza magnetica mammaria), ma potrebbe anche essere necessario sostituirla prima della scadenza nel caso dovessero presentarsi altre complicanze

❖ RICOSTRUZIONE AUTOLOGA (con tessuti propri)

La chirurgia plastica utilizza da molti anni anche tipi di interventi ricostruttivi mammari che non utilizzano protesi esterne, ma combinazione di tessuti prelevati da altre parti del corpo del paziente. Essi si dividono in 3 famiglie di interventi che prevedono la mobilitazione di parti di tessuto cutaneo, sottocutaneo +/- fascia e/o muscolo, tessuto adiposo:

- **lembi pedunculati** come il lembo del muscolo grande dorsale che viene prelevato dal dorso il cui apporto vascolare resta in connessione con la zona da cui si preleva

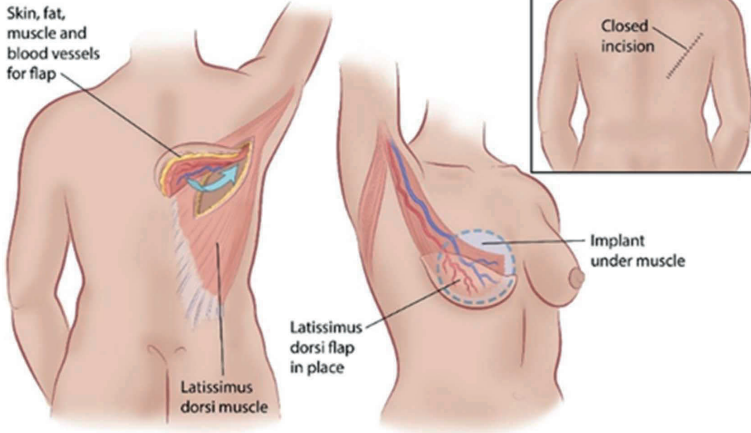


- **lembi perforanti** composti da cute e fascia prelevati dalla periferia della mammella, il cui apporto vascolare deve essere ricreato nella zona in cui vengono posizionati (lembi microchirurgici).

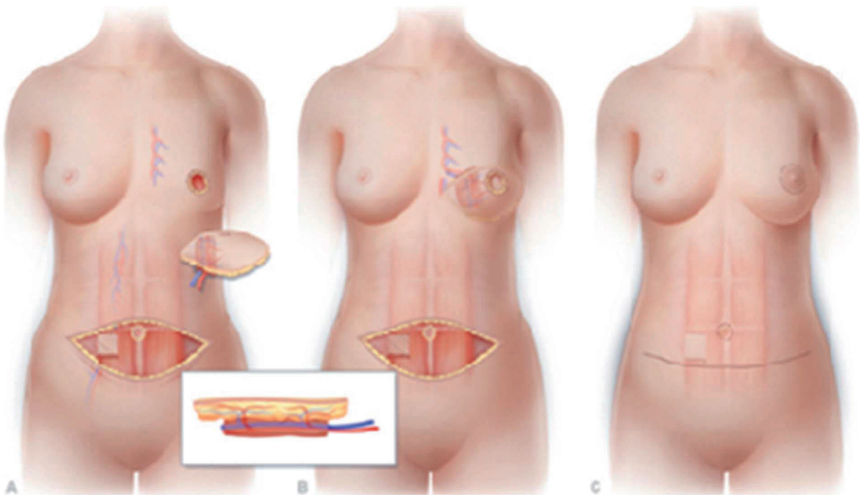
LEMBI PEDUNCOLATI

Latissimus Dorsi Flap

Skin, fat, muscle and blood vessels for flap



LEMBI MICROCHIRURGICI PERFORANTI



Capitolo 2

• **Lipofilling:** ricostruzione autologa mediante solo tessuto adiposo, prelevato mediante liposuzione da zone di accumulo nel corpo (addome, fianchi, superficie interna ed esterna delle cosce e l'interno delle ginocchia) a seconda della disponibilità. Il tessuto adiposo viene infiltrato a livello dello spazio sottocutaneo del lembo di mastectomia o all'interno del muscolo grande pettorale, dopo essere stato opportunamente processato (selezionate il più possibile le cellule staminali al suo interno che, una volta innestate nella zona ricevente, saranno in grado di differenziarsi in nuove cellule adipose, cellule che costituiscono nuovi vasi sanguigni e cellule che producono componenti essenziali al rinnovamento cutaneo). Maggiore sarà il volume della mammella da ricostruire più saranno i tempi successivi in cui il processo dovrà essere ripetuto, non è possibile infiltrare in un unico tempo tutto il volume di tessuto adiposo necessario in quanto non attecchirebbe e, comunque, spesso non disponibile. Spesso si ricorre al posizionamento di un espansore cutaneo mammario transitorio riempito subito del volume necessario a distendere i lembi cutanei che residuano dopo la mastectomia e viene successivamente svuotato del volume di tessuto adiposo che viene infiltrato di volta in volta (**tecnica di espansione inversa**). Durante l'ultimo innesto di tessuto adiposo l'espansore cutaneo mammario completamente svuotato viene rimosso, lasciando solo tessuto adiposo autologo a costituire la mammella ricostruita.

Utilizzando tessuti propri dei pazienti, questi tipi d'intervento hanno degli indubbi vantaggi:

- sono esenti da reazioni avverse rispetto ai mezzi sintetici
- meno soggetti ad infezioni
- offrono un risultato più naturale che si modifica nel corso degli anni in modo armonico con il resto del corpo

Per contro, rispetto a quelli che utilizzano mezzi sintetici, sono interventi più lunghi (fino ad anche più di 5 ore d'intervento), in alcuni casi necessitano di più interventi successivi per raggiungere il risultato finale (nel caso del lipofilling i tempi sono in media almeno 3-4), sono tecnicamente più impegnativi con una più alta probabilità d'insuccesso e lasciano cicatrici e/o irregolarità della superficie cutanea in più punti del corpo. Essi sono quindi indicati **esclusivamente in pazienti ben selezionate e molto motivate**.

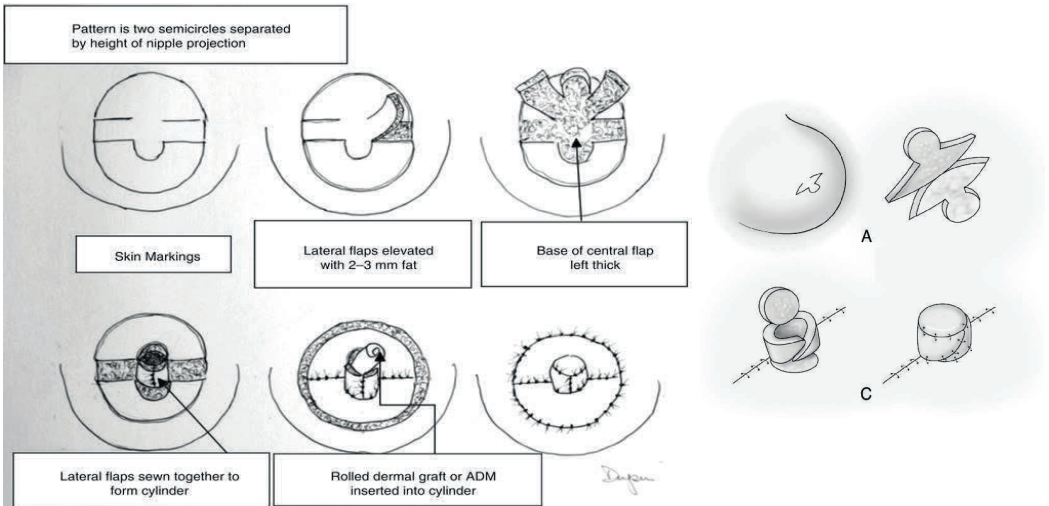
RICOSTRUZIONE DELL'AREOLA E DEL CAPEZZOLO

Terminati la ricostruzione della salienza mammaria ed il tempo di assestamento della tecnica chirurgica utilizzata, un piccolo intervento ambulatoriale in anestesia locale permetterà la ricostruzione. Il capezzolo si ottiene generalmente da tessuti della mammella stessa, mediante l'allestimento di lembi cutanei locali, ma può anche essere prelevato dal capezzolo controlaterale se particolarmente prominente; mentre l'areola può essere ottenuta prelevando un piccolo innesto di



cute dalla piega dell'inguine che, oltre ad offrire caratteristiche simili in quanto a colore e consistenza, permette anche di occultare bene la cicatrice che residuerà.

L'areola può anche essere ricostruita insieme al capezzolo mediante una tecnica particolare che utilizza lembi cutanei locali o essere semplicemente tatuata.



In alcuni casi la ricostruzione del complesso areola-capezzolo non può essere effettuata (a causa di cicatrici e/o cute post-radioterapia non predisponenti), in questi casi si potrà ricorrere a protesi esterne mobili in silicone che possono anche riprodurre fedelmente quello ancora presente. **il SSN prevede la rimborsabilità totale.**





Rare volte, per necessità cliniche e/o volontà delle pazienti si dovrà ricorrere all'utilizzo di **protesi mammarie esterne definitive**, in alcuni casi solo transitoriamente fino a che non sia completato il percorso ricostruttivo articolato in più tempi successivi (protesi mammarie esterne provvisorie). In entrambi i casi il SSN prevede la rimborsabilità totale.

DICE LA LEGGE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce gratuitamente ausili, presidi e protesi alle persone con invalidità superiore al 33% e a coloro che sono in attesa del riconoscimento di invalidità.

La richiesta di prescrizione degli ausili deve essere **effettuata su apposito modulo dallo specialista dipendente da un presidio sanitario pubblico o convenzionato all'ASL**

In seguito alla modifica apportata dal D.Lgs. n. 321 G.U. n.183 del 08/08/2001 non è più necessaria la richiesta di invalidità, è sufficiente la prescrizione.

Il D.L. n. 332 del 1999 sancisce la possibilità di rinnovo della protesi ogni 3 anni (art. 5 comma 3). Inoltre, in caso di smarrimento, rottura accidentale o particolare usura del dispositivo, l'ASL può autorizzare, per una sola volta, **la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che siano decorsi i tempi minimi di rinnovo**. Si consiglia di informarsi presso le proprie ASL di riferimento al fine di verificare la gratuità o meno delle protesi.

RICORDA

- La chirurgia ricostruttiva oggi è in grado di riportare il seno alla forma e alla dimensione che aveva prima dell'intervento nella maggior parte dei casi.
- La ricostruzione del seno non compromette minimamente le cure, né rende più complicati o meno attendibili gli esami.
- Le protesi mammarie attuali hanno un livello di controllo e caratteristiche biomeccaniche per cui possono essere considerate dei dispositivi medici sicuri.
- Il rischio di sviluppare un linfoma associato alla presenza di protesi mammarie (BIA-ALCL) è oggi del 4.6 pazienti su 100.000 pazienti che ne hanno subito l'impianto e, comunque, il BIA-ALCL è una condizione clinica a prognosi favorevole, sia se diagnosticata precocemente, sia se trattata correttamente anche nelle fasi più avanzate di malattia. Il 92.2% dei pazienti italiani che hanno sviluppato la malattia è guarito.



- Sarà il chirurgo senologo insieme al chirurgo plastico a proporti la soluzione più giusta per te , tenuto conto delle condizioni fisiche. La ricostruzione comunque può essere effettuata anche molti anni dopo la mastectomia, senza che questo incida minimamente sul risultato finale.
- Se le condizioni di salute generale lo permettono, non c'è un'età in cui non ha più senso pensare alla ricostruzione del seno. La scelta è soggettiva e dipende soltanto da come ti senti con il tuo corpo, che tu abbia 40 o 70 anni.
- La scelta di ricostruire o meno è solo tua e non deve essere condizionata da quello che pensi possa essere il giudizio degli altri o da canoni estetici imposti.