SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica

GTVER
Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica

PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

Mastopessi e mastoplastica additiva

INFORMAZIONI GENERALI SULLA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA

Lo scopo della Chirurgia Plastica Estetica è quello di correggere difetti o dismorfie di varia natura. Chi si aspetta dalla Chirurgia Plastica Estetica trasformazioni miracolose è destinato ad inevitabili delusioni.
La Chirurgia Plastica Estetica comporta atti medici e chirurgici e, poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non lo è nemmeno la Chirurgia Plastica Estetica. Si deduce che non può essere pronosticata in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue. È necessario sottolineare che alcuni fattori condizionano il risultato finale: fra questi, in primo luogo, ma non solo, i processi di guarigione e di cicatrizzazione che continuano per mesi dopo l'intervento e non sono completamente controllabili dal Chirurgo né dal Paziente, le condizioni generali di salute e le abitudini di vita del Paziente, la sua età, le caratteristiche specifiche della pelle e del tessuto sottocutaneo, l'aspetto fisico e le influenze ormonali ed ereditarie. Tali elementi, insieme ad altri fattori, influenzano la variabilità del risultato finale. Ogni atto chirurgico, così come la Chirurgia Plastica Estetica, produce inevitabilmente sequele, di differente entità a seconda del tipo d'intervento e del caso specifico, che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento: fra queste inevitabili sono le cicatrici. Il più delle volte, peraltro, a seguito di tali interventi, le ferite chirurgiche, situate lungo pieghe o solchi naturali, o comunque occultate per quanto possibile in sedi difficilmente accessibili allo sguardo, appaiono poco visibili, ma in realtà sono permanenti ed indelebili.
Talora, a causa di una particolare predisposizione individuale, di sopravvenute complicazioni post-operatorie o di una scarsa attenzione del Paziente ai suggerimenti impartiti, le cicatrici possono risultare di qualità scadente. È bene quindi ricordare che il Chirurgo Plastico può garantire solo delle ferite chirurgiche suturate con grande precisione, non delle cicatrici invisibili.
Come in qualsiasi tipo di chirurgia, anche in Chirurgia Plastica Estetica, sono possibili errori e complicanze. I primi, imprevedibili e indesiderabili, e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni Paziente deve considerare prima dell'intervento. Di conseguenza, per i suddetti motivi, pur rispettando le regole della Chirurgia Plastica, l'intervento potrebbe non determinare, seppure in casi particolari, il conseguimento degli obiettivi e del risultato auspicato che, di conseguenza, non può essere garantito o assicurato.

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 da 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 del peso corporeo, la forza di gravità ed i naturali processi d'invecchiamento possono provocare una diminuzione dello spessore e dell'elasticità della pelle, provocandone un eccesso. Di conseguenza si modifica il rapporto fra contenente (la pelle, in eccesso) ed il contenuto (massa ghiandolare-adiposa). In questi casi il ripristino della forma originaria può essere perseguito mediante l'intervento di mastopessi che consiste nell'asportazione della pelle esuberante, nel riposizionamento in sede corretta del complesso areola-capezzolo e di norma anche nel rimodellamento delle ghiandole. Se, oltre allo stiramento della pelle, si è contemporaneamente verificata la diminuzione della quantità del tessuto glandulo-adiposo, insieme alla forma dovrà essere ripristinato anche il volume del seno mediante l'inserimento di protesi mammarie (mastoplastica additiva, descritta in una specifica sezione). Nella Tabella 1 sono schematizzati questi concetti.
L'intervento di mastopessi viene dunque eseguito per migliorare la forma di seni cadenti (ptosi mammaria),

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

Tabella 1.

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 o in allattamento ed è preferibile, anche se non in tutti i casi obbligatorio, evitare l'epoca coincidente con le mestruazioni.
Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti, in particolare dell'ecografia e/o mammografia e il presente prospetto informativo firmato. L'ecografia e/o la mammografia pre-operatoria hanno il duplice scopo di accertare l'eventuale presenza di tumori mammari altrimenti non evidenziabili e di ottenere un'indicazione di base utile per un possibile confronto con futuri esami diagnostici che verranno eseguiti negli anni successivi all'intervento.
Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.
Un mese prima dell'intervento per diminuire i rischi di tromboembolia dovrà essere sospesa la terapia ormonale estroprogestinica ("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) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e, comunque, il proseguimento di tali terapie deve essere concordata con il Medico Curante.
La contemporanea assunzione di anticoagulanti orali è da ritenersi una controindicazione all'intervento.
Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.
Almeno un mese prima è consigliato sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso.
Il giorno precedente l'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 di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande.
Il giorno dell'intervento è consigliato indossare indumenti con maniche comode e completamente apribile sul davanti, calzature senza tacco e portare un reggiseno elastico con spalline regolabili e apertura anteriore, se prescritto dal Chirurgo.

ANESTESIA

La scelta del tipo di anestesia dipende dal singolo caso clinico e dalla tecnica prescelta. L'intervento può essere eseguito in anestesia generale, oppure in anestesia loco-regionale associata o meno a sedazione. A questo proposito avrà luogo uno specifico colloquio con il Medico Anestesista.

MODALITÀ E DURATA DELL'INTERVENTO

□ ESECUZIONE

La mastopessi comporta l'asportazione della cute in

eccesso, il rimodellamento della ghiandola ed il riposizionamento del complesso areola-capezzolo.
In ogni caso la sede e l'estensione delle cicatrici dipendono 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. 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 periareolare, anche ai quadranti inferiori della mammella: la cicatrice residua, oltre che periareolare 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 (tecnica del "round block"). La seconda linea di pensiero persegue, invece, la rimozione della cute in eccesso anche dalle parti inferiori della mammella, risultandone cicatrici più estese (periareolare, verticale e, spesso, anche trasversale, al solco sottomammario) ma con una forma più conica della mammella.
La scelta dipende ovviamente da caso a caso e deve essere discussa fra il Chirurgo e la Paziente.
Quando necessario viene eseguito un rimodellamento della ghiandola, che comporta una modifica dell'originaria struttura e disposizione.
In alcuni casi, per ottenere un migliore risultato, può essere necessario un aumento del volume della mammella mediante inserimento di una protesi (si veda paragrafo caratteristiche delle protesi).
Generalmente si preferisce inserire le protesi sotto la ghiandola quando lo spessore dei tessuti garantisce un'adeguata copertura della stessa. Vengono invece inserite sotto il muscolo pettorale in soggetti magri o con ghiandole poco rappresentate.
In alcuni casi si preferisce effettuare l'intervento in due tempi distinti: la mastopessi può precedere o seguire il posizionamento delle protesi.
L'intervento dura 2-4 ore, secondo l'entità del rimodellamento.
Le suture vengono eseguite di norma con punti interni per rendere meno evidenti le cicatrici.
Se ritenuto opportuno, al termine dell'intervento viene inserito un drenaggio per lato che esce più frequentemente dalla pelle in corrispondenza dell'ascella.
Viene realizzata una medicazione e frequentemente viene applicato un reggiseno contenitivo.
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 viene personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali.

□ CARATTERISTICHE DELLE PROTESI MAMMARIE

Indipendentemente dalle dimensioni e dalla forma, le protesi mammarie sono formate da un involucro di silicone che contiene gel di silicone o altre sostanze (soluzione fisiologica, idrogel).
La tipologia delle protesi impiantate deve corrispondere a quanto segnalato nel tagliando di identificazione del prodotto che verrà consegnato dopo l'intervento.
Le *protesi contenenti gel di silicone* sono quelle fino ad oggi maggiormente usate (più di tre milioni di donne ne sono portatrici) e di cui, grazie ad un'esperienza clinica più che trentennale, sono meglio conosciuti i risultati clinici a distanza con riferimento sia ai risultati estetici, sia alle possibili complicanze o effetti indesiderati.
Alcuni anni or sono il loro uso è stato sospeso, solo per la Chirurgia Estetica, negli Stati Uniti, in quanto sospettate di provocare malattie neoplastiche ed autoimmunitarie e di mascherare la presenza di eventuali tumori della mammella in corso di mammografia. Studi allargati a grandi numeri di donne portatrici di protesi contenenti gel di silicone hanno potuto dimostrare che:

1. le protesi mammarie non influiscono in alcun modo sulla formazione o sullo sviluppo di un tumore, né sulla sua cura;
2. non esiste prova che malattie autoimmunitarie siano state causate dalle protesi: si tratterebbe di casuali concomitanze;
3. le eventuali difficoltà diagnostiche incontrate in corso di mammografia possono essere superate da un radiologo esperto mediante particolari manovre e proiezioni aggiuntive oltre che, laddove rite-

nuto opportuno, mediante un'eventuale risonanza magnetica nucleare.

Mentre in Italia l'utilizzo di protesi contenenti gel di silicone non è mai stato sospeso, dal 2006 è stato riammesso negli Stati Uniti d'America anche per le finalità estetiche. È bene ricordare che il silicone (i cui elementi fondamentali sono il silicio e l'ossigeno) è il costituente anche di numerosi altri prodotti utilizzati in Medicina (cateteri, rivestimenti di "pace makers", sonde, ecc.) ed è contenuto nell'acqua che beviamo.

Le *protesi contenenti soluzione fisiologica* (acqua e sale) hanno lo svantaggio di una consistenza meno naturale di quelle contenenti gel di silicone, di provocare, in taluni casi, un rumore, dovuto ai movimenti del liquido in esse contenuto e di avere tendenza a perdere liquido, e di conseguenza volume, col passare del tempo.

Le *protesi contenenti idrogel* (acqua e una catena di zuccheri) sono meno impiegate e, in alcuni casi, hanno dimostrato delle variazione di volume nel tempo.

Indipendentemente dalla qualità del materiale prescelto, è comunque importante che siano rispettati i requisiti costitutivi imposti delle vigenti norme di legge.

Esistono, inoltre, protesi in silicone rivestite da poliuretano che alcuni Chirurghi preferiscono per una supposta minore incidenza della contrattura capsulare periprotesica (*si veda di seguito*).

Oltre che per il materiale di cui sono costituite, le protesi mammarie possono essere scelte in base alle loro dimensioni, forma e consistenza del gel di silicone in esse contenuto (più o meno morbido). Per quanto riguarda le *dimensioni*, la scelta dipende entro certi limiti dalle preferenze della Paziente. Dovranno infatti essere rispettate alcune regole di equilibrio armonico: una protesi di grandi dimensioni non si adatta al torace sottile di una donna piccola e magra. Per quanto riguarda la *forma*, esistono protesi rotonde, con base circolare, e protesi "anatomiche" cosiddette "a goccia". Ciascun tipo di protesi, a parità di altezza e di larghezza può avere una proiezione (cioè un profilo) di dimensione variabile, tale da conferire alle nuove mammelle una sporgenza anteriore più o meno accentuata. In sintesi, la scelta della protesi più adatta dipende fondamentalmente dalle dimensioni della mammella e del torace della donna.

Gli impianti mammari sono classificati come dispositivi medicali e sono soggetti ad usura. La maggioranza delle ditte produttrici pur certificando la qualità di produzione con una garanzia sull'integrità strutturale, non ne assicurano la durata illimitata.

DECORSO POST-OPERATORIO

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito un certo dolore in corrispondenza delle parti operate, generalmente controllabile dai comuni analgesici, che regredirà nel giro di pochi giorni.

In caso siano stati posizionati, i drenaggi aspirativi vengono solitamente rimossi dopo 12-48 ore. Nel caso sia stata eseguita una medicazione, questa 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 è spesso rilevato nei primi giorni post-operatori; non è necessariamente segno d'infezione, ma deve essere segnalato al Chirurgo.

Per alcuni giorni dopo l'intervento può rendersi necessaria la prosecuzione della terapia antibiotica.

Per i primi 3-4 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 rialzato. Dovrà inoltre essere evitato il fumo: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello delle parti operate.

Per la prima settimana dovrà essere evitata la guida di veicoli. In caso siano stati posizionati, i punti cutanei esterni verranno rimossi 7-15 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.

Per le prime 2 settimane dovrà astenersi dall'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

PRECAUZIONI

Dopo la rimozione dei punti potrà riprendere l'attività lavorativa.

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, sauna, lettino abbronzante, ecc.) durante tale periodo, inoltre, dovrà essere evitata la posizione prona ("a pancia in giù") ed eseguiti, laddove prescritti, gli esercizi quotidiani

di "automassaggio" delle mammelle, per diminuire i rischi di retrazione della capsula periprotesica.
Si raccomanda di segnalare l'avvenuta esecuzione dell'intervento di mastopessi e l'eventuale presenza di protesi all'atto delle successive indagini diagnostiche senologiche (visita, ecografia, mammografia, risonanza magnetica nucleare).
Si ricorda l'importanza di conservare e di esibire ad ogni visita di controllo il documento identificativo delle protesi.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni generali.
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.
Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la mastopessi e mastoplastica additiva può dare luogo a complicazioni sia anestesiologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche.
Fra le COMPLICAZIONI DI CARATTERE GENERALE sono da ricordare l'emorragia, l'ematoma, il sieroma, l'infezione, le necrosi cutanee e del complesso areola-capezzolo, la deiscenza parziale delle ferite, l'alterata sensibilità della cute.

- Un modesto *sanguinamento* della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante (*emorragia*) può richiedere un reintervento chirurgico.
- La formazione di *ematomi*, conseguente a sanguinamenti nella sede di impianto della protesi, può verificarsi nei primi giorni 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 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 rimuovere la protesi e reinserendola dopo aver fermato il sanguinamento.
- La formazione di *sieromi* consiste nell'accumulo, attorno alla protesi, 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, ma, se non dominabili con gli antibiotici, possono rendere necessaria, seppure molto raramente, la rimozione delle protesi e l'attesa di alcuni mesi prima del loro reinserimento.
- Una complicazione rara ma possibile è la *necrosi parziale o totale della cute dell'areola e del capezzolo*; tale evenienza si verifica più spesso in donne fumatrici o diabetiche oppure dopo la correzione di mammelle già operate in precedenza od in seguito alla correzione di ptosi cospicue; in caso di necrosi parziale la guarigione avviene con medicazioni ripetute ed una cicatrizzazione non ottimale, mentre in caso di necrosi totale è opportuno un intervento successivo di ricostruzione del complesso areola-capezzolo. Si può verificare anche la necrosi di parte della cute in prossimità delle suture e più frequentemente all'incrocio di esse; la guarigione avviene con medicazioni e, in caso di cicatrici di non buona qualità, è possibile una revisione a distanza di circa 6 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 o fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura.
- Un'*alterata sensibilità* (formicolii, iposensibilità) dell'areola, del capezzolo e della cute della regione mammaria è normale anche per alcuni mesi. Solo raramente, si può presentare un'insensibilità definitiva delle suddette aree.

Nel caso in cui vengano inserite delle protesi sono da considerare le seguenti complicanze aggiuntive: la retrazione della capsula periprotesica (contrattura capsulare), la rottura della protesi, lo spostamento della protesi (dislocazione e/o rotazione) e l'esposizione della protesi.

- In una modesta percentuale di casi, in genere alcuni mesi dopo l'intervento, ma raramente anche a distanza di anni, si verifica la *retrazione della capsula cicatriziale* che circonda le protesi. La protesi mammaria rappresenta un corpo estraneo, al pari di una valvola cardiaca artificiale, di una protesi d'anca; è naturale che l'organismo reagisca circondando

la protesi con una membrana connettivale (capsula periprotesica), per separarla dai tessuti circostanti. Nella maggior parte dei casi la mammella con protesi rimane morbida. In altri casi invece, a causa di una reazione eccessiva dei tessuti, la capsula periprotesica subisce un progressivo ispessimento e si contrae. Tale evenienza (retrazione della capsula periprotesica) può indurre una fastidiosa sensazione di tensione dolorosa e talora un'alterazione della forma della mammella; può altresì verificarsi lo spostamento laterale o verso l'alto della protesi con una conseguente asimmetria mammaria.
Con utilizzo di protesi dotate di una superficie ruvida ("testurizzata") il rischio di retrazione della capsula è valutabile in circa il 5% dei casi, ed è ancora minore qualora la protesi, anziché dietro la ghiandola mammaria, venga inserita dietro il muscolo pettorale. Qualora la retrazione della capsula periprotesica sia di grado marcato, può essere opportuno procedere con un intervento correttivo consistente nella sua incisione o asportazione. A volte, nonostante tale intervento correttivo, la contrazione della capsula può verificarsi nuovamente.

- Una complicanza rara è la *rottura della protesi*, che può verificarsi in occasione di forti traumi locali (ad esempio, le contusioni toraciche contro il volante o da cintura di sicurezza in corso di incidenti automobilistici), ma a volte anche spontaneamente, senza trauma importante apparente; il rilievo di variazioni della forma o della consistenza della mammella dovranno, quindi, indurre la Paziente a consultare il Chirurgo. Qualora il sospetto di rottura venga confermato dall'esame ecografico e/o dalla risonanza magnetica nucleare, sarà necessario procedere alla rimozione della protesi ed all'eventuale sostituzione.
- Lo *spostamento della protesi* (dislocazione e/o rotazione) avviene raramente e può verificarsi precocemente ma anche a distanza di tempo; può indurre asimmetrie poco evidenti, senza pregiudicare il buon risultato estetico d'insieme. Qualora invece provochi un'asimmetria evidente può essere opportuno un intervento correttivo se manovre di riposizionamento non abbiano dato buon esito.
- L'*esposizione della protesi* è un evento assai raro che si può verificare in seguito ad infezioni o alla diastasi (apertura spontanea) della ferita. In tale caso è necessario rimuovere la protesi ed attendere almeno 6 mesi prima di un nuovo inserimento.

RISULTATI

I migliori risultati si realizzano in genere in donne con mammelle pendule e di dimensioni non eccessive, nelle quali l'inserimento delle protesi ha lo scopo di reintegrare un volume perduto col tempo o di aumentare le dimensioni in modo non eccessivo. La mastopessi associata a mastoplastica additiva può consentire buoni risultati, indipendentemente dal volume delle protesi, ma deve essere ricordato che, qualora si tratti di seni di grandi dimensioni, la durata del risultato diminuisce.
L'effetto migliorativo dell'intervento di mastopessi associato a mastoplastica additiva risulta immediatamente apprezzabile al Chirurgo già durante l'intervento. Il gonfiore successivo non rende peraltro valutabile il risultato per almeno 2 mesi. La forma definitiva risulta pienamente apprezzabile alcuni mesi 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 nella programmazione e nel progetto della procedura, la perfetta simmetria della forma delle mammelle e della posizione delle areole non sono garantibili. 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 ed allo stiramento prodotto dal peso delle mammelle o al turgore conseguente a repentini aumenti del peso corporeo o alla montata lattea in caso di gravidanze. 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 a breve una gravidanza, è bene posporre l'esecuzione dell'intervento, in quanto la distensione della pelle dovuta alla montata lattea molto probabilmente porterà ad una perdita almeno parziale dei vantaggi estetici perseguiti con la chirurgia.
Nel caso venga inserita una protesi è bene considerare che:

- L'incidenza generale delle complicazioni è maggiore rispetto a quella degli interventi eseguiti singolarmente. In particolare, è da sottolineare che l'intervento di mastopessi associato a mastoplastica additiva può presentare alcune sequele specifiche

che possono alterare il risultato finale ed indurre ad un intervento secondario; in particolare si riporta il possibile mancato raggiungimento sia di un equilibrio topografico e morfologico fra ghiandola e protesi con aspetto cosiddetto a "double bubble" (doppio profilo) sia di una corretta tensione dei lembi cutanei che può risultare eccessiva o, all'opposto, deficitaria.
- In alcune Pazienti la protesi può risultare apprezzabile nei suoi profili. Ciò può determinare un aspetto artificioso non solo al tatto ma anche alla vista, talora sotto forma di ondulazioni superficiali della pelle ("rippling" - "wrinkling").
- Col passare degli anni la parete delle protesi può subire delle alterazioni che rendono possibile la trasudazione del contenuto all'esterno e più facile la rottura a seguito a traumi diretti. Per tale motivo è consigliabile, a scopo precauzionale, una visita di controllo una volta all'anno, associata eventualmente ad esami radiologici di controllo.
- Il passare del tempo, inducendo la discesa della ghiandola, può rendere maggiormente visibile la protesi alterando il profilo della mammella.
- Alcune ditte produttrici consigliano la sostituzione delle protesi dopo un determinato numero di anni (10-15). In realtà, si ritiene necessaria una valutazione clinica/radiologica annuale, in particolare dopo tale periodo, e un intervento chirurgico di rimozione/sostituzione in caso di dubbio sull'integrità delle protesi.

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. Mastopessi di modica entità comportano una cicatrice periareolare, talora associata ad una verticale, che si estende dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario. Mastopessi 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 oltre i 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). 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 esitare 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 mastopessi può limitare o annullare la funzione dell'allattamento. Deve essere infine ricordato che il turgore mammario conseguente alla montata lattea può alterare il risultato estetico dell'intervento.

METODI ALTERNATIVI

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

La SICPRE ringrazia i colleghi e soci Bruno Azzena, Alessandro Casadei, Daniele Fasano, Eugenio Fraccalanza, Pier Camillo Parodi, Mauro Schiavon e Luca Siliprandi del Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica (GTVER), autori del libro "Il consenso informato consapevole in Chirurgia Plastica Estetica" (ISBN 978-88-8041-059-1), edito dalla casa editrice new MAGAZINE, da cui è tratto questo prospetto informativo.