

PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

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 suture 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

L'intervento di *mastoplastica additiva* viene eseguito per modificare in senso migliorativo la forma e il volume di mammelle che non si sono mai sviluppate in modo completo oppure di mammelle svuotate ed eventualmente discese a seguito di allattamenti o di cali ponderali. In altri casi l'intervento viene eseguito per correggere un'asimmetria delle mammelle. Esso consiste nell'inserimento di apposite protesi, sotto alla ghiandola, oppure più in profondità, sotto il muscolo pettorale, e può conferire al seno caratteristiche di consistenza, rotondità e proiezione tali da renderlo di aspetto più gradevole. Differenze apprezzabili di volume fra le due mammelle possono venir

corrette mediante l'inserimento di protesi di volume diverso; in questi casi, peraltro, una simmetria perfetta è impossibile da ottenere. Il semplice inserimento di protesi non corregge l'orientamento dei complessi areola-capezzolo. In caso le mammelle fossero molto discese (pendule), può essere opportuno associare all'impianto delle protesi un intervento di mastopessi.

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 ed è preferibile,

anche se non 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 viene 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.

Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.

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 consigliabile indossare indumenti con maniche comode e completamente apribili sul davanti, calzature senza tacco e portare un reggiseno elastico con spalline regolabili e apertura anteriore, se consigliato 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

Secondo le caratteristiche della Paziente, delle mammelle e le preferenze della donna potranno variare:

- la sede dell'incisione cutanea per l'inserimento della protesi (a livello del solco sottomammario, in corrispondenza dell'areola, o all'ascella);
- la sede di impianto della stessa (sottoghiandolare o sottomuscolare);
- il tipo, la forma ed il volume delle protesi.

In ogni caso, attraverso l'incisione cutanea, verrà allestita una tasca per alloggiare la protesi, che potrà essere di forma rotonda o anatomica, delle dimensioni concordate, che verrà centrata sotto il capezzolo.

La sutura della pelle viene di norma eseguita con particolari accorgimenti per rendere meno evidenti le cicatrici. Possono essere posizionati dei drenaggi aspirativi che fuoriescono generalmente dall'ascella. La scelta della sede d'incisione viene concordata prima dell'intervento e dipende dalla situazione anatomica locale (dimensioni dell'areola, definizione del solco sottomammario), dal tipo e dalle dimensioni delle protesi scelte, dalle preferenze del Chirurgo e della Paziente.

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, con tecniche differenti in relazione al singolo caso. In alcuni casi è opportuno realizzare rimodellamenti ghiandolari per migliorare la qualità del risultato.

L'intervento di *mastopessi* può essere associato all'impianto delle protesi nei casi in cui le mammelle, oltre che di volume ridotto, siano eccessivamente rilassate (ptosi mammaria). La mastopessi consiste nell'asportazione della pelle in eccesso e nel contemporaneo rimodellamento della ghiandola. Nei casi di rilassamento meno accentuato è sufficiente procedere all'asportazione di un settore di pelle mediante un'incisione circolare attorno all'areola; in questo caso, ovviamente, le protesi verranno inserite attraverso la



Figura 31. La mastoplastica additiva può essere eseguita mediante accesso periareolare, a livello del solco inframammario, o a livello ascellare.

stessa incisione. Nei casi di ptosi più accentuate è invece necessario asportare una quantità maggiore di pelle: in tal caso, oltre alla cicatrice periareolare, verrà prodotta anche una cicatrice verticale (fra l'areola e il solco inferiore della mammella) e talora, in aggiunta, una cicatrice, di lunghezza variabile, a livello del solco sottomammario.

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 ritenuto 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 variazioni di volume nel tempo.

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

Esistono inoltre protesi in silicone rivestite da poliuretano che alcuni Chirurghi preferiscono per una supposta minore incidenza della contrattura capsulare periprotetica (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 assicura la durata illimitata.

□ DURATA DELL'INTERVENTO

La durata dell'intervento può variare da una a tre ore, secondo che si proceda rispettivamente al semplice inserimento delle protesi dietro alle ghiandole o in sede retromuscolare o a rimodellamenti complessi.

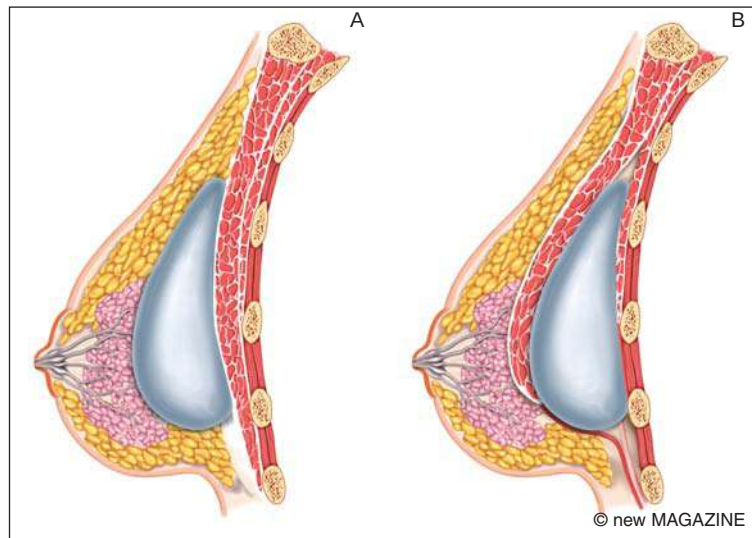


Figura 32. Protesi subghiandolare (A). Protesi submuscolare (B).

DECORSO POST-OPERATORIO

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale un certo dolore, più accentuato nel caso in cui le protesi siano state posizionate sotto il muscolo gran pettorale, 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. Può essere prescritto, se ritenuto opportuno, per alcune settimane l'uso di una fascia elastica contenitiva allo scopo di mantenere posizionate le protesi nella sede opportuna. 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 punti cutanei, verranno rimossi 7-10 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.

Per le prime 2 settimane dovranno essere evitati ampi movimenti con le braccia, il sollevamento di pesi e l'attività sessuale, che potrà essere ripresa con cautela dopo tale periodo.

PRECAUZIONI DURANTE LA CONVALESCENZA

Dopo la rimozione dei punti potrà essere ripresa 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.

Si raccomanda di segnalare la presenza di protesi all'atto delle successive visite senologiche ed indagini diagnostiche (mammografia, ecografia, risonanza magnetica nucleare: RMN, tomografia assiale computerizzata: TAC).

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 pre-operatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.

Al pari di ogni altro tipo di intervento chirurgico la mastoplastica additiva può dare luogo a complicazioni sia anestesologiche (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 necrosi cutanee e del complesso areola-capezzolo, la riapertura spontanea della ferita.

- 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.
- Le *necrosi cutanee e/o del complesso areola-capezzolo* sono molto rare e vengono trattate inizialmente in modo conservativo e successivamente, se necessario, con trattamento chirurgico.
- La riapertura spontanea della ferita (*deiscenza*), molto rara, nei casi più gravi può comportare l'esposizione della protesi (*si veda oltre*).

Tra le COMPLICAZIONI SPECIFICHE si segnalano la retrazione della capsula periprotetica (contrattura capsulare), la rottura della protesi, lo spostamento della stessa (dislocazione e/o rotazione), l'esposizione della protesi e le alterazioni della sensibilità della pelle.

- 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 (cap-

sula periprotetica), 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 periprotetica subisce un progressivo ispessimento e si contrae. Tale evenienza (retrazione della capsula periprotetica) 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 periprotetica 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) 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.
- La *rotazione od il capovolgimento della protesi* non crea generalmente particolari problemi in caso di protesi di forma rotonda, mentre può essere visibile in caso di protesi anatomiche e richiedere in tale eventualità un intervento correttivo.
- 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.

- La *sensibilità della pelle* ed in particolare delle areole e dei capezzoli potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.
- L'intervento di mastoplastica additiva non inibisce l'allattamento.

RISULTATI

L'effetto migliorativo della mammoplastica additiva risulta immediatamente apprezzabile. Il gonfiore successivo non rende peraltro valutabile il risultato dell'intervento per qualche mese, ed il risultato definitivo risulta pienamente evidente 6 mesi circa dopo l'intervento.

È sempre auspicabile l'ottenimento di un risultato naturale; ciò significa ottenere una giusta proporzione fra le dimensioni della mammella e la struttura fisica della Paziente. Non sempre tuttavia questo è possibile: in particolare, ma non solo, nelle donne magre, con ghiandole mammarie poco sviluppate, la protesi può risultare maggiormente apprezzabile nei suoi profili. Ciò può determinare un aspetto artificioso non solo al tatto (palpabilità) ma anche alla vista, talora sotto forma di ondulazioni superficiali della pelle ("rippling"- "wrinkling"). La palpabilità delle protesi è più frequente subito al di sopra del solco sottomammario e nei quadranti laterali.

Il risultato ottenuto è suscettibile di variazioni nel tempo in relazione a possibili gravidanze, allattamenti, variazioni ponderali ed invecchiamento.

Col passare degli anni la parete delle protesi può subire delle alterazioni che rendono possibile la trasudazione del contenuto all'esterno ed è più facile la rottura a seguito di 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.

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

Le cicatrici cutanee residue all'intervento sono generalmente poco visibili, anche perché situate in pieghe naturali (solchi sottomammari, pieghe ascellari) o in corrispondenza di cute pigmentata (areole mammarie). È necessario ricordare che, per quanto la sede dell'incisione possa essere programmata, è possibile che la cicatrice finale non cada nel nuovo solco sottomammario, ma 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.

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 inestetiche 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.

Inizialmente le mammelle possono apparire leggermente più alte del normale, in particolare quando le protesi vengono posizionate sotto i muscoli pettorali. In caso d'impianto in sede retropettorale, può rendersi evidente, durante la contrazione dei muscoli pettorali, lo spostamento delle protesi in rapporto al muscolo con conseguente alterazione della forma di una o entrambe le mammelle ("deformità dinamica"). La sensibilità della pelle ed in particolare delle areole e dei capezzoli potrà rimanere alterata (diminuzione o perdita della sensibilità, formicolii) per un periodo di settimane o di alcuni mesi; assai di rado in modo permanente.

METODI ALTERNATIVI

Le mammelle possono essere aumentate di volume anche senza l'uso di protesi con metodiche alternative, quali l'inserimento di grasso prelevato dalla stessa Paziente o l'utilizzo di un dispositivo esterno a pressione negativa.

Il loro utilizzo è ancora dibattuto nella comunità scientifica internazionale.

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 (**GTVR**), 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.