



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

La ricostruzione mammaria



IEO

Booklets

Una guida per i pazienti

Lo IEO pubblica una collana di Booklets al fine di aiutare il paziente a gestire eventuali problematiche (quali ad esempio le terapie svolte, l'alimentazione da seguire, gli esercizi di riabilitazione ecc.) a cui può andare incontro sia durante il periodo di ricovero che a seguito della dimissione.

Questa guida è stata concepita come un utile strumento per fornire ai pazienti e ai loro familiari tutte le informazioni esplicative e le indicazioni operative di cui hanno bisogno.

Nella speranza che possa essere d'aiuto
Le ricordo che le informazioni qui contenute non possono certo sostituire il colloquio diretto e La invitiamo a richiedere liberamente e senza timore ogni eventuale chiarimento al personale medico ed infermieristico del Reparto.

Il Direttore Sanitario



Informazioni Generali

Gentile signora,
la presente guida è stata pensata al fine di aiutarla a comprendere appieno la possibilità ricostruttive dopo intervento al seno, pertanto la preghiamo di leggere attentamente prima di acconsentire all'intervento proposto.

Che cos'è la Chirurgia Plastica Ricostruttiva?

Nell'ultima decade molta attenzione è stata dedicata al miglioramento della qualità della vita delle donne colpite da tumore al seno.

La collaborazione tra chirurgo senologo e plastico è fondamentale nel trattamento chirurgico del tumore della mammella, sia nei casi in cui sia necessaria l'asportazione di tutta la mammella, sia nei casi di chirurgia conservativa, per tendere ad un risultato estetico accettabile.

La branca della chirurgia plastica che si occupa di ricostruzione in ambito oncologico viene definita "onco-plastica" e si differenzia molto dalla chirurgia plastica estetica che persegue fini puramente cosmetici.

Quando si rende necessaria una ricostruzione mammaria?

La ricostruzione mammaria è una possibilità offerta alle pazienti contestualmente a un intervento al seno per una patologia oncologica.

Negli interventi di mastectomia il recupero della forma e del volume del seno avviene grazie alla ricostruzione.

La mastectomia totale è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione della ghiandola mammaria, la cute sovrastante e il complesso areola e capezzolo.

La mastectomia "nipple sparing" (eseguibile solo in casi selezionati) prevede l'asportazione della ghiandola mammaria con la conservazione della cute sovrastante, dell'areola e del capezzolo. Per completezza di trattamento, di regola viene associata ad una radioterapia erogata sul complesso areola capezzolo o contestualmente all'intervento o entro pochi giorni.

Che tipi di ricostruzione esistono?

Quando è necessario eseguire la mastectomia, la ricostruzione mammaria può essere proposta con diverse modalità: utilizzando protesi definitive o provvisorie oppure tessuti muscolari e/o cutanei della paziente stessa.

Quando si può eseguire la ricostruzione?

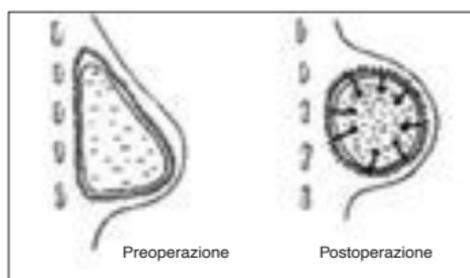
La ricostruzione può essere eseguita in contemporanea alla mastectomia (concomitante) oppure a distanza di mesi o anche di anni (differita).

Occorre una preparazione fisica particolare?

Alle donne fumatrici viene consigliato di astenersi dal fumo; studi clinici hanno dimostrato una migliore circolazione sanguigna in coloro che non fumano o hanno smesso da almeno 3 settimane, e una riduzione delle complicanze correlate.



La ricostruzione con protesi



Le protesi mammarie possono essere usate sia per ragioni estetiche che ricostruttive come avviene in oncologia. L'inserimento della protesi può avvenire contestualmente alla mastectomia o eseguito in un

secondo tempo. La protesi (provvisoria o definitiva) viene inserita in una "tasca protesica" allestita sotto il muscolo gran pettorale e talvolta sotto il muscolo serrato.

Da cosa sono costituite le protesi?

Tutte le protesi attualmente disponibili hanno un involucro esterno di silicone. L'interno può essere costituito da silicone gel o soluzione fisiologica. Gli studi hanno dimostrato che non ci sono correlazioni fra le protesi di silicone e le malattie autoimmunitarie, né tanto meno vi è un rischio oncologico.

La dizione talvolta riportata dai giornali come "scoppio della protesi" in realtà è una rottura della capsula esterna con nessun rischio di espansione del silicone poiché i moderni materiali utilizzati ne garantiscono la coesione anche in presenza di rottura capsulare.

Che protesi vengono utilizzate presso lo IEO?

Presso l'istituto si utilizzano solo protesi in gel di silicone perché più modellate nella forma anatomica, morbide, simili alla mammella naturale.

Le protesi riempite con soluzione fisiologica hanno una consistenza liquida, possono formare delle pliche nel decolté e nel tempo hanno maggior rischio di rottura e riassorbimento del liquido.

Cos'è la protesi definitiva?



La protesi definitiva viene inserita sotto il muscolo gran pettorale subito dopo una mastectomia; ha lo scopo di ricreare immediatamente il volume perso con l'intervento chirurgico. Il posizionamento sottomuscolare prevede un periodo di adattamento dei tessuti.

Cos'è la protesi provvisoria?

La protesi provvisoria o espansore tissutale è una specie di "palloncino" posizionato esattamente come una protesi definitiva, progressivamente riempito con soluzione fisiologica, in modo da permettere una graduale espansione dei tessuti. Il riempimento avviene in genere ogni 3-4 settimane, attraverso una valvola integrata nell'impianto facilmente identificabile nel tessuto sottocutaneo. Una volta raggiunto il volume stabilito è necessario un intervento chirurgico solitamente in anestesia generale per sostituire l'espansore con la protesi definitiva.

Quali sono i rischi correlati alla ricostruzione con protesi?

Vi sono possibili effetti indesiderati ogni volta che un materiale estraneo viene impiantato nel corpo; quello che viene definito "rigetto della protesi" non è altro che un ispessimento della capsula periprotetica, cioè della cicatrice che in ogni caso si forma intorno alla protesi. Questa capsula può rimanere soffice con una forma della mammella molto naturale, ma può anche ispessirsi provocando conseguentemente una contrattura della capsula, che rende la mammella dura e rigida. Questo ispessimento tende a restringere la base della



protesi determinando una forma un po' troppo rotonda e a volte troppo alta.

La contrattura capsulare può comparire nel 40% dei casi di pazienti sottoposte a ricostruzione mammaria, ma solamente nel 10-15% dei casi tale contrattura è severa e richiede una correzione chirurgica.

Questo problema può verificarsi sia con le protesi in gel sia con quelle riempite con soluzione fisiologica.

Il rischio di contrattura è più elevato (circa il 30%) se la paziente è stata sottoposta a radioterapia loco regionale o dovrà eseguirla in futuro ed è uno degli elementi di valutazione nella scelta di una ricostruzione immediata o differita, e della tecnica di ricostruzione.

La fisioterapia, attraverso tecniche di massaggio, mobilizzazione della protesi e "tape" elastico, può ridurre il fastidio e il dolore derivanti dalla contrattura. Le tecniche di massaggio possono essere utilizzate dalla donna stessa, in maniera autonoma a domicilio solo su consiglio del medico chirurgo.

Cosa sono le matrici dermiche e i biomateriali?

Le matrici dermiche sono biomateriali (generalmente derivanti da derma porcino o bovino) utilizzate come "estensioni" del muscolo pettorale in casi selezionati. Possono essere utilizzate sia nelle ricostruzioni immediate che differite a completamento della tasca protesica.

Cosa succede se si rompe la protesi?

La rottura della protesi è un'evenienza molto rara, anche se episodi specifici hanno trovato molta eco nei media ed hanno generato panico tra le donne portatrici di protesi. Ogni protesi prima di essere immessa in commercio viene sottoposta a prove di resistenza molto severe.

La ricostruzione con lembi muscolari

La ricostruzione con lembi muscolari utilizza una parte dei tessuti della paziente che vengono “trasferiti” dalla regione addominale o dalla regione dorsale a quella mammaria.

Può essere eseguita contestualmente all'asportazione della mammella o dopo vari mesi.

In cosa consiste la ricostruzione con muscolo addominale?



La muscolatura della parete addominale è costituita da 8 muscoli e uno (più raramente due), viene utilizzato per la ricostruzione definitiva con “TRAM” (Transverse Rectus Abdominis Muscle).

La ricostruzione con TRAM prevede la trasposizione di uno dei due muscoli retti addominali con il tessuto cutaneo sovrastante per ricostruire la mammella. Un'ellissi di cute e una porzione di grasso sotto l'ombelico viene trasposto insieme al muscolo addominale; questa tecnica ha il vantaggio di avere sufficiente tessuto per ricostruire una mammella simile alla controlaterale senza l'impiego di protesi.



La dislocazione di questi muscoli non indebolisce la parete addominale?

Nell'addome, al posto di questo muscolo viene inserita una rete di rinforzo oppure vengono riavvicinati i muscoli adiacenti in modo da rendere nuovamente molto salda la parete stessa.

Inoltre, è possibile intraprendere un percorso riabilitativo da eseguire con il fisioterapista, comprendente gli esercizi specifici per rinforzare la parete addominale.

Quali vantaggi offre una ricostruzione con TRAM?

Nella ricostruzione di mammelle grandi, anche un po' cadenti, avere a disposizione un tessuto molto "malleabile" è un vantaggio poiché il lembo lentamente riacquisterà la sensibilità e andrà incontro negli anni alle medesime variazioni di peso della mammella sana, si trasformerà insieme con il fisico.

È il tipo di ricostruzione più indicata nelle pazienti con una mammella molto voluminosa, in quelle sottoposte a mastectomia e radioterapia, in interventi dopo radioterapia e nei casi in cui vi sia stato o sussista un elevato grado di rischio di rigetto della protesi o in pazienti che preferiscano "investire" maggiormente nella ricostruzione con un intervento definitivo.

Che cicatrici rimangono?

Sull'addome rimarrà una cicatrice orizzontale, generalmente nascosta dagli slip e una cicatrice attorno all'ombelico; sulla mammella vi sarà la cicatrice del lembo.

È un intervento molto impegnativo per il fisico?

È un intervento impegnativo, della durata di 4-5 ore, con una convalescenza di circa un mese e un rischio di complicanze più elevato, specialmente nelle persone sovrappeso o forti fumatrici. Nel 5-10% dei casi è necessaria una trasfusione di sangue nel postoperatorio.

Che tipo di complicanze si possono avere?

Oltre alle complicanze generiche di qualsiasi intervento (infezione, sanguinamento o ematoma, trombo embolia, cicatrizzazione patologica, perdita temporanea della sensibilità), nel caso specifico si può avere un indebolimento della parete addominale anteriore (bulging o laparoccele) e la deviazione dell'ombelico. Queste due evenienze sono correggibili con un ulteriore intervento chirurgico. A distanza di tempo possono anche instaurarsi dolori a carico della muscolatura lombare, prevenibili con esercizi riabilitativi adeguati. È inoltre importate, anche a distanza di anni, eseguire attività fisica al fine di mantenere una buona tonicità muscolare.

Ci sono controindicazioni rispetto all'età?

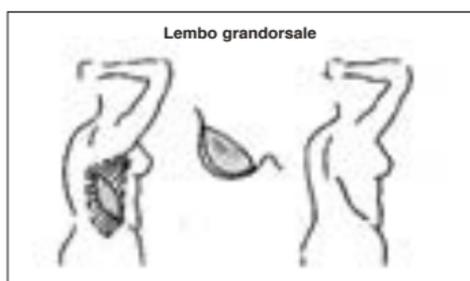
Per sottoporsi a questo tipo di ricostruzione non vi sono limiti di età, compatibilmente con le condizioni generali che saranno oggetto di valutazione anestesiológica.

Non vi sono controindicazioni rispetto ad una futura gravidanza anche se comunque risulta necessario un attento follow-up.

In cosa consiste la ricostruzione con lembo gran dorsale?

Nel caso in cui non si voglia o non si possa utilizzare il tessuto addominale, può essere utilizzato il muscolo

gran dorsale che, insieme a una ellissi di cute, viene trasposto nella regione mammaria per la ricostruzione. Nel caso non sia sufficiente come volume si può aggiungere una protesi sotto il lembo.



Nel caso ci sia del tessuto adiposo sul muscolo gran dorsale è possibile ricostruire la mammella senza protesi ma solo con tessuto autologo. Sarà importante, dopo il parere favorevole del chirurgo plastico, intraprendere un'attività fisica che coinvolga gli arti superiori per mantenere un buon tono muscolare ed evitare dolori posturali a carico della colonna vertebrale.

Che cicatrici rimangono?

Oltre alla cicatrice del lembo sul torace, rimarrà una cicatrice dorsale che si può nascondere sotto il reggiseno. Dopo il prelievo di questo lembo, è necessario un drenaggio dorsale, generalmente mantenuto in sede per circa 15 giorni; si può formare un versamento locale anche per 1 mese (sieroma dorsale).

Se si preleva il lembo gran dorsale autologo (senza protesi) la cicatrice sarà più lunga e più bassa.

In cosa consiste la ricostruzione con un lembo libero? (DIEP)

Questa tecnica per la ricostruzione mammaria utilizza un tessuto che viene prelevato da un'altra zona del corpo e riportato nella zona mammaria con una congiunzione (anastomosi) microchirurgica di una piccola arteria e una piccola vena, in modo da ripristinare la vascolarizzazione del tessuto.

Con questa modalità può essere utilizzato il tessuto addominale senza alcuna parte di muscolo, e cioè prelevando la cute, il sottocute e un vasellino (perforante) che viene disseccato aprendo solamente il muscolo, perciò si ha il vantaggio di non indebolire la parete addominale anteriore.

Un'altra sede di prelievo è la regione glutea: questo procedimento presenta lo svantaggio di creare una asimmetria in tale sede e una cicatrice a volte dolente. Utilizzando la tecnica microchirurgica questi interventi durano in media 6-8 ore. Per valutare la fattibilità dell'intervento la paziente deve eseguire una angio TAC per valutare la qualità dei vasi da utilizzare. La complicanza più importante è dovuta ad un mal funzionamento dell'anastomosi; se ciò si verifica potrebbe essere necessaria una revisione del lembo in sala operatoria.

Come avviene la scelta del tipo di ricostruzione?

Dopo la visita del senologo, una volta deciso il piano di cura, l'intervento plastico ricostruttivo viene deciso con un colloquio approfondito tra la paziente e chirurgo plastico. L'illustrazione delle varie opzioni viene discusso in relazione alla situazione oncologica specifica e alla possibilità di eseguire senza problemi eventuali cure complementari, aspetto prioritario nella



guida delle scelte.

È importante sottolineare che, a prescindere dall'intervento ricostruttivo deciso, l'aspetto delle due mammelle non potrà mai essere identico; non si tratta di chirurgia estetica, anche se vengano impiegati molti sforzi per un risultato cosmetico accettabile.

Va inoltre tenuto presente che talvolta la scelta del tipo di protesi (espansore tissutale o protesi definitiva) può essere una decisione che il chirurgo deve affrontare durante l'intervento, in relazione alla condizione dei tessuti dopo la mastectomia. In alcuni casi durante l'intervento chirurgico si può decidere di rinviare la ricostruzione, anche se precedentemente indicata, per sopraggiunte controindicazioni tecniche.

Come avviene la scelta della tempistica?

Diversi fattori concorrono alla formulazione di questa decisione; innanzitutto va salvaguardata la risoluzione del problema oncologico, che spesso prevede cure complementari alla chirurgia.

Le possibilità ricostruttive sono diverse, da adattare ad ogni singolo caso: si può eseguire una ricostruzione contestuale all'intervento oncologico o senologico, oppure optare per una soluzione intermedia che richiederà un ulteriore intervento chirurgico successivo (come nel caso degli espansori tissutali) o si può completamente rinviare ad un secondo momento.

Nel caso venga asportato il complesso areola e capezzolo, vi può essere una ricostruzione specifica?

Il complesso areola-capezzolo in genere viene ricostruito in anestesia locale, a simmetrizzazione mammaria defi-

nitiva. Per l'areola si utilizza la tecnica del tatuaggio e per il capezzolo si può utilizzare un piccolo lembo di tessuto cutaneo locale.

Se il capezzolo da ricostruire è di grosse dimensioni, è possibile prelevare una piccola porzione del capezzolo dell'altra mammella ed eseguire un innesto.

Talvolta con il passar del tempo il tatuaggio può decolorarsi e il capezzolo appiattirsi; in questi casi è possibile ripetere la metodica.

Nell'attesa della ricostruzione dell'areola e del capezzolo è possibile utilizzare capezzoli artificiali in silicone da incollare alla cute con un apposito adesivo.

Ne esistono due differenti misure, venduti in coppia, che possono eventualmente essere utilizzati anche sul capezzolo della mammella sana per ottenere un'adeguata simmetria.

Cosa si può fare se le due mammelle risultano molto diverse?

A volte è consigliabile una correzione della mammella controlaterale in modo da ottenere una migliore simmetria; se la mammella sana è molto più grande di quella precedentemente operata per la neoplasia può essere ridotta di dimensioni con un intervento definito di mastoplastica riduttiva. Se la mammella sana è più piccola, è possibile eseguire un intervento definito di mastoplastica additiva, utilizzando una protesi, con modalità e rischi operatori simili a quanto descritto in seguito.



Quali sono le complicanze possibili dopo una ricostruzione?

Come in qualsiasi intervento chirurgico, possono verificarsi complicanze comunque risolvibili, in relazione alle varie situazioni.

Una è l'infezione batterica. Il rischio effettivo è inferiore all'1-2%; per la prevenzione si utilizzano tecniche standardizzate di antisepsi e durante l'induzione dell'anestesia viene eseguita una profilassi antibiotica. Se nonostante queste precauzioni si osserva un arrossamento vistoso della mammella accompagnato da febbre elevata, va contattato il nostro centro per le terapie del caso. Come in tutti gli interventi chirurgici, il sanguinamento e il rischio di ematoma postoperatorio sono complicanze possibili (2% dei casi); il sanguinamento può richiedere una revisione chirurgica della ferita e, solo se strettamente necessario, di trasfusioni ematiche per reintegrare le perdite.

Altre complicanze, fortunatamente rare, sono la tromboembolia per la quale un'appropriata profilassi farmacologica e strumentale (calze elastiche o pneumatiche) è prevista nelle pazienti a rischio.

Per caratteristiche personali, dopo ogni intervento chirurgico potrebbero formarsi cicatrici ipertrofiche o cheloidee, cioè arrossate, dolenti e molto visibili (cicatrizzazione patologica). Consigliamo il massaggio delle cicatrici con crema specifica, come verrà illustrato dal chirurgo durante la medicazione post operatoria; tale massaggio andrà eseguito giornalmente dalla paziente stessa.

L'Oncoplastica ha un ruolo anche nella chirurgia conservativa?

Il tumore della mammella è trattato con un approccio multidisciplinare.

La chirurgia per la maggior parte dei casi è il trattamento primario. In più del 70% dei casi il tumore può essere rimosso in modo radicale senza la necessità di asportare l'intera mammella.

In alcuni casi per ottenere un buon risultato sulla mammella malata o una buona simmetria può essere necessario intervenire chirurgicamente anche sulla mammella sana.

Si possono proporre diverse tipologie di intervento plastico:

Rimodellamento mammario sul seno malato dopo l'asportazione di un quadrante:

tale rimodellamento consiste in una "rotazione" della ghiandola per ripristinarne la forma rotonda propria dell'organo e può essere associato o meno a un rimodellamento della mammella controlaterale per migliorarne la simmetria finale. Anche l'eventuale porzione di ghiandola mammaria sana asportata durante l'intervento viene sottoposta ad analisi istologica.

Mastoplastica riduttiva e mastopessi:

la prima consiste in una riduzione del volume mammario; la seconda nel "sollevamento" della mammella.

Le cicatrici cutanee correlate a questi interventi sono generalmente localizzate intorno all'areola e verticalmente a livello dei quadranti inferiori e non oltrepassano il solco sottomammario.

La sensibilità del capezzolo per un periodo iniziale risulta alterata ma viene generalmente recuperata nel giro di qualche settimana. La funzionalità di allattamento è generalmente conservata. I controlli mammo-



grafici annuali non risulteranno alterati, visualizzeranno piccoli segni radiologici di cicatrici.

Lipofilling:

è una tecnica che permette di colmare i difetti di piccole e medie dimensioni dei tessuti molli secondari a quadrantectomia o a mastectomia e consiste nel prelievo di tessuto adiposo da diverse aree corporee (addome, glutei, cosce ecc), la sua centrifugazione e l'iniezione (innesto) a livello dei difetti da colmare. Lo scopo di questo trattamento è migliorare l'aspetto estetico della mammella operata.

È una metodica chirurgica relativamente semplice, e se la quantità di tessuto adiposo necessario non è eccessiva è eseguibile in anestesia locale, in regime di Day Hospital e non vi sono cicatrici sia a livello della regione donatrice che della regione ricevente.

Una potenziale complicanza è rappresentata dall'eventuale comparsa nell'immediato periodo postoperatorio di infiammazione locale trattabile con farmaci antinfiammatori e/o terapia antibiotica. Le infezioni sono rare.

La percentuale di successo della metodica è variabile in quanto dipende dal riassorbimento del tessuto adiposo nel corso del tempo.

Tale riassorbimento generalmente non supera il 40% della quota iniettata nella regione mammaria.

Le pazienti sottoposte a lipofilling seguiranno il follow-up con ecografia ogni 6 mesi, visita con il chirurgo plastico e mammografia ogni anno. Si tratta di una tecnica relativamente nuova nella mammella per cui sono necessari stretti controlli.

Decorso post operatorio

Come si prospetta il periodo post operatorio dopo un intervento di ricostruzione?

Nell'immediato post operatorio nella zona operata si può avvertire una sensazione di dolore o bruciore e tensione dei muscoli interessati dall'intervento.

La sensibilità cutanea può essere alterata per la ricostruzione soprattutto a livello della ferita o delle ferite. Se è stata utilizzata una protesi, sia definitiva che provvisoria, è un corpo estraneo per il nostro organismo; i tessuti devono abituarsi alla sua presenza. La protesi viene posizionata dietro un muscolo che normalmente è piatto sul torace.

È una situazione anatomica diversa che richiede del tempo per l'adattamento e la detensione muscolare che può variare da 3 a 4 mesi circa. Molte donne riferiscono di "sentire" la protesi con una gamma di sintomi che vanno dal lieve dolore alla sensazione di corpo estraneo. Normalmente nell'arco di 3-4 mesi queste sensazioni andranno attenuandosi. Se sono stati utilizzati dei lembi muscolari vi saranno delle cicatrici e possibili dolori nelle zone donatrici addominali o dorsali.

Si sente molto dolore nel post operatorio?

Il dolore legato all'intervento va controllato con opportune prescrizioni di antidolorifici con protocolli già ampiamente sperimentati.

Il concetto di "sopportazione" del dolore è un preconcetto che va assolutamente superato: esso va opportunamente tenuto sotto controllo con i farmaci per permettere una adeguata ripresa fisica.



Occorre un abbigliamento particolare?

Per tutte le ricostruzioni dal giorno dopo l'intervento è consigliato l'uso di un reggiseno sportivo, rigorosamente senza ferretti, allacciato davanti e con spalline all'americana, per permettere di tenere il seno in una posizione stabile; per un mese il reggiseno andrà indossato giorno e notte. Per la degenza si consigliano pigiama aperti davanti per garantire un migliore confort nella gestione dei drenaggi che saranno sicuramente presenti in numero variabile.

Nel caso di intervento con TRAM, oltre a quanto sopra descritto, si consiglia la mobilizzazione con fascia addominale contenitiva.

Nel caso di DIEP non è necessaria alcuna fascia.

Dopo quanto tempo si può fare la doccia?

Se è stata eseguita la ricostruzione mammaria con protesi o espansore, il chirurgo plastico le parlerà sia della tempistica della doccia sia se vi sono istruzioni specifiche da seguire al domicilio in base alla tipologia di intervento. Prima di 6 settimane dall'intervento, e comunque fino a che la ferita non sarà completamente guarita, non sarà possibile immergersi nella vasca da bagno, in piscina o in mare.

Si potranno depilare le ascelle ed utilizzare deodoranti?

Se vi è una ferita in zona ascellare è sconsigliata la depilazione e l'uso dei deodoranti per almeno 4 settimane dall'intervento chirurgico.

Alla dimissione si potrebbero avere ancora dei drenaggi?

Alla dimissione si possono avere ancora uno o più drenaggi che hanno lo scopo di aspirare il siero che normalmente si forma in sede di intervento. Tali presidi vengono rimossi dopo circa 5-10 giorni dall'intervento. Un infermiere alla dimissione educerà la paziente e/o i suoi familiari alla gestione domiciliare del presidio. Dopo la rimozione dei drenaggi si potrà formare una raccolta di siero che prima veniva convogliata all'esterno dal drenaggio stesso; questo può essere rimosso tramite una aspirazione eseguita con una siringa durante una medicazione.

Quando si devono togliere i punti?

La ferita o le ferite generalmente vengono suturate con fili riassorbibili e non necessitano di rimozione.

Le estremità dei fili potrebbero comunque essere visibili e dare un po' di fastidio avvertito come dolore pungente.

Quando il filo si riassorbirà, le estremità emergenti dalla cute cadranno, spesso durante l'esecuzione della doccia.

Quante medicazioni si devono fare?

Alla dimissione un chirurgo dell'equipé controllerà la ferita e indicherà la data della medicazione successiva; in relazione al tipo di intervento e alla quantità del siero drenato verranno di volta in volta indicate le date successive. Durante un periodo post operatorio normale, complessivamente ne potrebbero servire da un minimo di 3 ad un massimo di 7-8. La frequenza delle medicazioni va comunque valutata con il chirurgo in relazione al tipo di intervento eseguito.



Ci sono dei movimenti o delle attività che si devono evitare?

Una volta a casa si possono riprendere le normali attività con alcuni accorgimenti. Se c'è stata ricostruzione con protesi, cautela dovrà essere posta nei movimenti che prevedono l'uso dei muscoli pettorali (esempio sollevamento di pesi superiori ai 2 kg).

Inizialmente sarà da evitare una attività fisica intensa, comprese alcune attività sportive come la corsa, il salto, il tennis, fino al benessere del chirurgo.

Se la ricostruzione è stata eseguita con il muscolo gran dorsale per le prime settimane si deve fare attenzione ai movimenti che coinvolgono l'uso del muscolo dorsale (sollevamento del braccio non oltre i 90°) per evitare trazioni sul peduncolo.

Con l'utilizzo del muscolo addominale si deve fare attenzione ai movimenti che attivano i muscoli del torchio addominale, alimentarsi in modo da facilitare il transito intestinale ed evitare i normali sforzi che coinvolgono i muscoli addominali durante l'evacuazione intestinale. In ogni caso movimenti bruschi e traumi nella zona operata vanno prevenuti ed evitati.

Se si subisce un intervento anche sull'ascella come ci si deve comportare?

Se durante l'intervento senologico è stata eseguita l'asportazione del linfonodo sentinella prima della dimissione si ricevono indicazioni supportate da uno specifico booklet realizzato appositamente. Con la dissezione di tutti i linfonodi ascellari il primo giorno dopo l'intervento si riceve in camera la visita del fisioterapista che insegna esercizi di stretching e rilassamento da eseguire anche a casa. In caso di difficoltà ad eseguire gli esercizi illustrati in maniera autonoma, si consiglia una valutazione fisioterapica.

Si potrà prendere il sole?

È sconsigliabile prendere il sole dopo l'intervento chirurgico per un mese. Per sei mesi dopo l'intervento è utile proteggere dal sole la cute operata applicando una crema solare a protezione totale e utilizzando il costume.

Si potrà guidare l'automobile?

Non esistono controindicazioni particolari alla guida, tuttavia è consigliabile non guidare per circa 3-4 settimane dal giorno dell'intervento chirurgico poiché manovre o posizioni associate alla guida e la cintura di sicurezza che attraversa il torace possono causare dolore con conseguente riduzione della sicurezza personale.

Dopo quanto tempo si potrà riprendere il lavoro?

È bene tenere presente che un intervento chirurgico, di qualunque tipo e per qualunque indicazione lo si effettui, è sempre un evento stressante per l'organismo, che quindi ha bisogno di tempo per ristabilirsi. La durata della convalescenza si decide con il medico curante, in relazione alle condizioni generali.

Nel caso di ricostruzione concomitante all'intervento oncologico dopo quanto tempo sarà pronto l'esito dell'esame istologico?

Alla dimissione l'esame istologico definitivo non sarà ancora pronto; lo sarà dopo circa una settimana dall'intervento chirurgico. È necessario rimanere in contatto con il senologo di riferimento per tutte le informazioni necessarie.



Nel caso di ricostruzione concomitante si dovranno fare delle cure dopo l'intervento?

Eventuali trattamenti complementari verranno decisi in maniera multidisciplinare da chirurghi, oncologi, radioterapisti, patologi che si riuniscono per discutere di tutte le persone operate di cui sia disponibile l'esame istologico.

Il riferimento per le cure è il senologo; oltre alla relazione che riceverà al momento della dimissione, riceverà per posta una relazione clinica completa che riassume il tipo di intervento chirurgico eseguito, l'esame istologico, le eventuali cure e un programma di controlli per il futuro.

La ricostruzione compromette i controlli oncologici del seno?

In abbinamento al follow-up oncologico, le pazienti sottoposte a ricostruzione mammaria devono essere controllate una volta all'anno con ecografia, mammografia e con una visita dal chirurgo plastico.

La presenza di protesi non compromette la qualità dei controlli radiologici essendo esse inserite in un piano anatomico profondo.

Nel caso la ricostruzione venga eseguita con un lembo, tale tessuto potrà essere studiato con l'ecografia o la risonanza magnetica.

Se si dovesse decidere di non eseguire nessun tipo di ricostruzione?

Dopo un intervento di mastectomia senza ricostruzione, prima della dimissione dal reparto riceverà dal personale infermieristico le indicazioni per acquistare le protesi in gommapiuma da inserire nel reggiseno e che potrà indossare già dal giorno seguente all'intervento. Le verrà rilasciata la modulistica da portare all'Ufficio Protesi della sua ASL per ricevere gratuitamente una protesi in silicone da inserire nel reggiseno.

Ogni 3 anni avrà diritto a ricevere una nuova protesi ripetendo tutta la prassi seguita per la prima fornitura. Nel caso in cui la protesi dovesse rompersi ha diritto ad una nuova fornitura anche prima dei 3 anni.

Dopo quanto tempo si potrà indossare la protesi in silicone?

Dopo circa 2 mesi dall'intervento potrà iniziare ad utilizzare in modo graduale la protesi esterna. Inizialmente se ne consiglia l'uso in modo graduale, per 2-3 ore al giorno, fino a raggiungere le 7-8 ore al giorno.

È obbligatorio portare la protesi esterna?

Soprattutto nel caso in cui la mammella asportata era di dimensioni medio grandi, indossare la protesi aiuta a mantenere una corretta posizione della colonna vertebrale; normalmente il peso del seno non viene percepito, ma la sua mancanza con il tempo tende, in modo del tutto inconsapevole, a far assumere delle posizioni scorrette.



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Occorre un abbigliamento particolare per la protesi esterna?

In commercio esistono dei reggiseni con apposita tasca per evitarne lo spostamento. Intere linee di indumenti intimi e costumi da bagno sono dedicati alle donne mastectomizzate e sono reperibili in moltissime ortopedie.

Esiste un solo tipo di protesi esterna?

Aziende specializzate come Amoena, Anita, Mediland, Tharmert per citarne solo alcune, propongono una vasta gamma di protesi che variano per forma, peso e dimensioni. Ne esistono addirittura di “autoportanti” che si possono indossare senza reggiseno, incollandole con apposito prodotto direttamente sulla parete toracica, oppure “refrigeranti” che hanno un cuscinetto che può essere messo in frigorifero per le donne che soffrono in modo particolare del calore che può generare il contatto con la protesi. Per maggiori informazioni vi consigliamo di visitare i siti web delle aziende.

Note

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.

#30



IEO Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti 435 20141 Milano

T +39 02 57489.1 F +39 02 57489.208
E info@ieo.it W www.ieo.it

A cura del
Divisione di Senologia e Chirurgia Plastica

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Lo IEO è accreditato
Joint Commission

